OMB #: 0970-0151
EXPIRATION DATE: 10/2006

Spring 2004

Head Start
Parent Interview – Spanish Version

ID number:_____

Child name: _____

Birth date:_____

Date: _____

Interviewer: _____ Interview complete ☐

Westat

SC1. WILL THE INTERVIEW BE COMPLETED IN WHOLE OR IN PART WITH AN INTERPRETER?

YES. 1
NO. ..... 2 (GO TO INTRO)

IF YES: HAVE INTERPRETER SIGN CONFIDENTIALITY FORM BEFORE INTERVIEW

SC2. WHAT LANGUAGE WILL BE USED? _____

INTRODUCCION

Gracias por acceder a hablar conmigo. El propósito de este estudio es conocer más acerca de las familias del Programa de Head Start y cómo Head Start proporciona diferentes tipos de servicios a los niños y a sus familias. También queremos saber más acerca del programa al que asiste su niño(a). Quiero hablar con usted para que podamos comprender Head Start desde el punto de vista de los padres, incluyendo alguna información acerca del ambiente del hogar del niño. La información de este estudio será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y a sus familias.

Le haré preguntas y anotaré sus resuestas. Me puede pedir que pare en cualquier momento, y usted puede volver a una pregunta anterior para cambiar sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Nadie del Programa Head Start verá u oirá sus respuestas. Todos los resultados del estudio serán reportados por grupos de padres; ningún resultado será analizado o reportado para personas individuales. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no completar esta entrevista, ésto no afectará la participación suya o de su niño en los programas Head Start. Las cosas que usted me cuente son muy importantes, así es que por favor sea lo más preciso(a) posible. Ocasionalmente, es posible que tenga que hacerle preguntas que no le correspondan a usted o que parezcan ser de naturaleza delicada. Si sucede ésto, simplemente dígamelo y seguiré con la siguiente pregunta. La entrevista tomará 45 minutos a una hora, más o menos. Es posible que usted reconozca algunas preguntas de la última entrevista, pero es importante preguntarlas nuevamente. Cuando terminemos, le mandaré un cheque de $20 para agradecerle por su tiempo.

Antes que empecemos, permítame leerle lo siguiente:

AVISO: De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda una recolección de información a menos que ésta exhiba un Número de Control OMB válido. El Número de Control OMB válido para esta recolección de información es 0970-0151 (expira 10/2006). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 60 minutos para responderla, incluyendo tiempo para revisar las instrucciones, investigar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recolectada.

¿Desea hacer alguna pregunta antes que empecemos?

S. ELIGIBILITY

SC3. Quiero entrevistar a la persona mayormente responsable por el cuidado de [CHILD]. ¿Es usted esa persona?

SI 1
NO 2

SC4. ¿Es usted la persona que entrevistamos el otoño pasado cuando hicimos la entrevista del otoño del 2000?

SI 1
NO 2

IF BOTH SC3 AND SC4 ARE "YES" (1), GO TO A1 (page 6).

IF SC3 IS "YES" (1) AND SC4 IS "NO" (2), GO TO SC7.

IF SC3 IS "NO" (2), GO TO SC5.

SC5. ¿Quién es la persona mayormente reponsable por el cuidado de [CHILD]?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono:_____

SC6. ¿Está disponible esa persona para hablar conmigo ahora?

SI ..... 1 (GO TO INTRODUCTION)
NO 2

TERMINATE INTERVIEW AND
RESCHEDULE WITH PRIMARY CAREGIVER

SC7. ¿Cuál es su parentesco o relación con [CHILD]?

MADRE BIOLÓGICA	01	(GO TO A1)
PADRE BIOLÓGICO	02	(GO TO A1)
MADRE ADOPTIVA	03	(GO TO A1)
PADRE ADOPTIVO	04	(GO TO A1)
MADRASTRA	05	(GO TO A1)
PADRASTRO	06	(GO TO A1)
ABUELA	07	
ABUELO	08	
BISABUELA	09	
BISABUELO	10	
HERMANA/HERMANASTRA	11	
HERMANO/HERMANASTRO	12	
OTRA PARIENTE O PARIENTE POLÍTICA	13	
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLÍTICO	14	
MADRE DE CRIANZA (“FOSTER”)	15	
PADRE DE CRIANZA (“FOSTER”)	16	
OTRA QUE NO ES PARIENTE	17	
OTRO QUE NO ES PARIENTE	18	
COMPAÑERA DEL PADRE	19	
COMPAÑERO DE LA MADRE	20	

SC8. ¿Es usted (el tutor/la tutora) legal de [CHILD]?

SI	1	(GO TO BOX SC-9A)
NO	2	

SC9. ¿Quién es (el tutor/la tutora) legal de [CHILD]?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono:_____

BOX SC-9A
IF NO PARENT INTERVIEW COMPLETED IN FALL 2003,
CHECK THIS BOX … ☐ AND CONTINUE WITH SC10.
OTHERWISE, GO TO A1.

SC10. ¿[CHILD] es un niño o una niña?

NIÑO	1
NIÑA	2

SC11. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [CHILD?

_____/_____ / 19/20 _____
MES DIA AÑO

SC12. ¿Es [CHILD] de origen español, hispano, o latino?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO SC14)

SC13. ¿Cuál de estos grupos describe mejor a [CHILD]…

Mexicano, mexicanomericano,
chicano, ... 1
Puertorriqueño,..... 2
Cubano, o 3
Otro grupo español/hispano/latino?.. 4

SC14. ¿Cuál es la raza de [CHILD]? Usted puede decir más de una si desea.

(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA 01
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA 02
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA
(*SPECIFY)*_____ 03
d. INDOASIATICA 04
e. CHINA..... 05
f. FILIPINA 06
g. JAPONESA..... 07
h. COREANA 08
i. VIETNAMITA 09
j. OTRA ASIATICA *(SPECIFY)*_____ 10
k. NATIVA DE HAWAI 11
l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12
m. SAMOANA..... 13
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO *(SPECIFY)* ___ 14
o. OTRA RAZA *(SPECIFY)* _____ 15

SC15. ¿En qué país nació [CHILD]?

USA ..... 1 (GO TO SC17)
Other
(SPECIFY COUNTRY) _____ 2

SC16. ¿Cuántos años ha vivido [CHILD] en Estados Unidos?

|____|
AÑOS

SC17. ¿Cuándo empezó [CHILD] Head Start?

_____/_____ /20 _____
MES DIA AÑO

SC18. ¿Cómo se enteró usted y [CHILD] la primera vez acerca de este programa de Head Start?
(CIRCLE ONLY ONE ANSWER.)

FAMILIA/AMIGO 01
REFERIDO DE OTRA AGENCIA 02
DE PALABRA 03
HEAD START VINO A VISITAR
NUESTRO HOGAR 04
NIÑOS QUE ESTABAN ANTES
EN HEAD START..... 05
VOLANTE/CORREO 06
OTRO
(POR FAVOR ESPECIFIQUE)____07

SC19. ¿Asistió usted mismo(a) a Head Start?

SI 1
NO 2

SC20. ¿Ha tenido algunos otros niños que hayan asistido a Head Start, o tiene algunos otros niños que asisten <u>ahora</u> a Head Start?
(CIRCLE ALL THAT APPLY.)

a. OTROS NIÑOS QUE ASISTIERON A HEAD START.. 1
b. OTROS NIÑOS QUE ASISTEN AHORA A HEAD START 2
c. NINGUNO..... 3

SC21. ¿Participó [CHILD] en “Early Head Start”?
PROBE: “Early Head Start” es un programa diseñado para proporcionar servicios para mejorar el desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta la edad de tres años.

SI 1
NO ..... 2 (GO TO A1)

SC22. ¿Por cuánto tiempo?

|____|
AÑOS

|____|____|
MESES

A. CURRENT HEAD START ENROLLMENT STATUS

A1. ¿Está [CHILD] matriculado aún en el mismo programa Head Start que estaba el otoño pasado, o (él/ella) ha dejado de ir a ese programa?

AUN ESTA YENDO AL MISMO PROGRAMA HEAD START..... 1 (GO TO A2)
DEJO DE IR A ESE PROGRAMA HEAD START..... 2 (GO TO A4)

A2. ¿Más o menos con qué frecuencia faltó [CHILD] a las clases de Head Start durante el año pasado?

NUNCA..... 1 (GO TO B1)
1-5 DIAS..... 2 (GO TO B1)
6-10 DIAS..... 3
MAS DE 10 DIAS 4
DON'T KNOW ..... 8 (GO TO B1)

A3. ¿Cuál es la razón más frecuente por la que [CHILD] faltó a las clases de Head Start durante el año pasado?
(CIRCLE ONLY ONE)

ENFERMEDAD (NIÑO) 01
ENFERMEDAD (MIEMBRO DE LA FAMILIA)..... 02
CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO O ESCUELA DE LOS PADRES..... 03
FALTA DE TRANSPORTACION 04
MAL TIEMPO..... 05
EL NIÑO NO QUISO IR..... 06
DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR AL NIÑO O DE MANDARLO A OTRO LUGAR 07
OTRO (PLEASE SPECIFY) _____ 08
DON'T KNOW..... 98

BOX A-3a GO TO B1.

A4. ¿Cuándo dejó de ir [CHILD] a ese programa Head Start?

_____/_____/_____
MES DIA AÑO

A5. ¿Por qué dejó de ir [CHILD] a ese programa Head Start? ¿Cuál fue la razón más importante?
(CIRCLE ONLY ONE)

FAMILIA MUDÓ 01
ENFERMEDAD (NIÑO) 02
ENFERMEDAD (MIEMBRO DE LA FAMILIA)..... 03
CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO O
ESCUELA DE LOS PADRES..... 04
FALTA DE TRANSPORTACION 05
MAL TIEMPO..... 06
EL NIÑO NO QUISO IR..... 07
DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR AL NIÑO
O DE MANDARLO A OTRO LUGAR 08
OTRO (PLEASE SPECIFY) _____ 09
DON'T KNOW..... 98

A6. Después que (él/ella) dejó de ir a ese programa Head Start, ¿matriculó usted a [CHILD] en otro programa preescolar, centro de cuidado infantil o programa de desarrollo infantil o programa Head Start?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO O3, PG48)

A7. ¿Está [CHILD] aún asistiendo a este programa?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO O3, PG48)

A8. ¿Qué tipo de programa es éste? ¿Es éste …

[PROBE: IF MORE THAN ONE PROGRAM, ASK ABOUT PRIMARY PROGRAM]

Un prekindergarten de escuela pública, ... 1
Un prekindergarten o guardería infantil de escuela particular, , 2
Un centro de cuidado infantil o programa de desarrollo infantil, 3
Otro programa Head Start, o 4
Algún otro programa? 5
(SPECIFY) _____

A9. ¿Cuántos días a la semana va [CHILD] a este programa?

DIAS A LA SEMANA _____

A10. ¿Cuántas horas al día está [CHILD] en este programa? HORAS AL DIA _____

A11. En cuanto a ayudar a [CHILD] a aprender y a estar preparado(a) para la escuela, ¿piensa usted que el programa es …

No tan bueno como Head Start,.....	1
Solamente tan bueno como Head Start, o	2
Mejor que Head Start?	3

NOW SKIP TO QUESTION 03, PAGE 48

B. ACTIVITIES WITH YOUR CHILD

Ahora tengo algunas preguntas acerca de usted y de [CHILD] en el hogar.

B1. ¿Cuántas veces usted o alguien de su familia le ha *leído* a [CHILD] la *semana* pasada? ¿Diría usted…

Nunca, ...	1
Una o dos veces,.....	2
Tres o más veces, o..	3
Todos los días?	4

B2. ¿Por cuánto rato disfruta [CHILD] que le lean de una sentada?
[PROBE: ¿Más o menos cuántos minutos?]

|_____|_____|_____|
MINUTOS

B3. La *semana pasada*, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]?

(READ EACH ITEM BELOW)

La *semana pasada*, ¿usted o alguien de su familia…

B4. **IF YES:** ¿Cuántas veces ha hecho ésto usted *la semana pasada*? ¿Diría que una o dos veces, o tres o más veces?

	SI	**NO**	**Una o dos veces**	**Tres o más**
a. Le contó un cuento a (él/ella)?	1	2	1	2
b. Le enseñó letras, palabras, o números a (él/ella)?.....	1	2	1	2
c. Le enseñó canciones o música a (él/ella)?	1	2	1	2
d. Trabajó en artes o artesanías con (él/ella)?.....	1	2	1	2
e. Jugó con juguetes o juegos dentro de la casa? ..	1	2	1	2
f. Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos?.....	1	2	1	2
g. Lo(a) llevó a (él/ella) mientras hacía mandados tales como ir al correo, al banco, o a la tienda?..	1	2	1	2
h. Lo(a) hizo tomar parte en los quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar a las mascotas o animalitos de la casa?.....	1	2	1	2
i. Le habló acerca de lo que pasó en Head Start? .	1	2	1	2
j. Le habló acerca de los programas de la televisión o de los videos?	1	2	1	2
k. Jugó juegos de contar tales como cantar canciones con números o leer libros con números?	1	2	1	2

B5. El *mes pasado,* es decir desde [(MONTH)/(DAY)], ¿ha hecho alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]?

		SI	NO
a.	¿Visitado una biblioteca?.....	1	2
b.	¿Ido al cine?	1	2
c.	¿Ido a ver una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo?	1	2
d.	¿Ido a un centro comercial?	1	2
e.	¿Visitado una galería de arte, museo, o lugar histórico?	1	2
f.	¿Visitado un parque de entretenimiento, parque, o ido a una excursión?.....	1	2
g.	¿Visitado un zoológico o acuario?.....	1	2
h.	¿Hablado con [CHILD] acerca de la historia de familia o herencia étnica de (él/ella)?.....	1	2
i.	¿Asistido a un acontecimiento auspiciado por un grupo de la comunidad, étnico o religioso?	1	2
j.	¿Asistido a un evento atlético o deportivo en el que [CHILD] no era jugador?.....	1	2
k.	¿Asistido a alguna actividad en una iglesia o escuela parroquial?.....	1	2

Ahora, tengo una pregunta acerca de sus propios hábitos de lectura.

B6. ¿Con qué frecuencia ha leído usted libros, revista, o el períodico, durante la semana pasada? ¿Fue ésto …

Nunca, ...	1
Una o dos veces,.....	2
Tres o cuatro veces, o	3
Todos los días?	4

C. DISABILITIES

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de [CHILD].

C1. **Antes** que [CHILD] empezara un programa Head Start, ¿le dijo alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que (él/ella) tiene algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI 1
NO 2

C2. **Desde** que [CHILD] empezó un programa Head Start, ¿le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que (él/ella) tiene algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI ..... 1 (GO TO C3)
NO 2

BOX C-2A
IF BOTH C1 AND C2 ARE “NO” (2), CHECK THIS BOX … ☐ AND GO TO D1. OTHERWISE, GO TO C3.

C3. ¿Alguien del personal de Head Start le sugirió que pidiera una opinión profesional?

SI 1
NO 2

C4. ¿Cómo describió el médico u otro profesional de salud o de educación las necesidades de [CHILD]? ¿Tiene [CHILD]…

		SI	NO
a.	Una incapacidad específica de aprendizaje?	1	2
b.	Retraso mental?	1	2
c.	Una incapacidad del habla?	1	2
d.	Una incapacidad del lenguaje?.....	1	2
e.	Una perturbación emocional/de comportamiento?	1	2
f.	Sordera?	1	2
g.	Otra incapacidad de la audición?	1	2
h.	Ceguera	1	2
i.	Otra incapacidad de la vista?	1	2
j.	Una incapacidad ortopédica	1	2
k.	Otra incapacidad de salud de seis meses o más de duración	1	2
l.	Autismo	1	2
m.	Lesión traumática del cerebro	1	2
n.	Retraso No categórico/Del desarrollo	1	2
o.	Alguna otra incapacidad (PLEASE SPECIFY)_____	1	2

C5. ¿Afecta(n) la(s) incapacidad(es) de [CHILD] su habilidad para aprender?

SI 1
NO 2

C6. ¿Qué tan útil ha sido Head Start o qué tan útil fue Head Start …

		Nada útil	Un poco útil	Util	Muy útil
a.	Ayudándole a hablar con otras escuelas y agencias, y conocer acerca de otras fuentes para satisfacer las necesidades especiales de [CHILD].....	1	2	3	4
b.	Ayudándole a usted a satisfacer mejor las necesidades especiales de [CHILD] en el hogar —por ejemplo, proporcionándole dieta y ejercicios apropiados, continuando con la terapia recomendada, y así sucesivamente	1	2	3	4

C7. ¿Tiene [CHILD] un Programa o Plan de Educación Individualizada o Plan “IEP” o un Plan de Servicio Individual para la Familia (“IFSP”)?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO D1)

C8. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el dasarrollo de un Programa de Educación Individualizada o Plan (“IEP”) o un Plan de Servicio Individual para la Familia (“IFSP”) para [CHILD]?

SI 1
NO 2

C9. ¿Fue desarrollado este plan con el personal de Head Start, o con alguna otra persona o agencia?

HEAD START..... 1
NO HEAD START 2

C10. ¿Está [CHILD] recibiendo …

Ninguno de los servicios identificados
en el “IEP” o “IFSP”,..... 1 (GO TO D1)
Algunos de los servicios,..... 2
La mayoría de los servicios, o..... 3
Todos los servicios identificados en
el “IEP” o “IFSP”? 4

C11. ¿Qué tan satisfecho(a) (está/ha estado) usted con este servicio? ¿Diría que (está/ha estado)…

Muy insatisfecho(a), ... 1
Algo insatisfecho(a),..... 2
Algo satisfecho(a), o..... 3
Muy satisfecho(a)? 4

D. YOUR CHILD'S ACCOMPLISHMENTS

Estas siguientes preguntas son acerca de cosas que diferentes niños hacen a diferentes edades. Estas cosas pueden ser o no verdaderas para [CHILD].

D1. ¿Puede [CHILD] reconocer...

Todas las letras del alfabeto,..... 1
La mayoría de ellas, ... 2
Algunas de ellas, o 3
Ninguna de ellas?..... 4

D2. ¿Hasta cuánto puede contar [CHILD]? ¿Diría usted que...

Nada, ... 1
Hasta cinco,..... 2
Hasta diez,..... 3
Hasta veinte,..... 4
Hasta cincuenta, o..... 5
Hasta 100 o más? 6

D3. ¿Puede [CHILD] abotonarse la ropa?

SI 1
NO 2

D4. ¿Toma [CHILD] un lápiz apropiadamente?

SI 1
NO 2

D5. ¿Con qué frecuencia a [CHILD] le gusta escribir o simular que escribe? ¿Diría…

Nunca, ... 1 (GO TO D8)
Lo ha hecho una o dos veces,..... 2
Algunas veces, o 3
Frecuentemente? 4

D6. ¿Escribe y dibuja mayormente [CHILD] en lugar de hacer garabatos?

SI 1
NO 2

D7. ¿Puede escribir [CHILD] su nombre, aún si algunas de las letras están al revés?

SI 1
NO 2

D8. ¿Tropieza, da un traspié, o se cae fácilmente [CHILD]?

SI 1
NO 2

D9. Cuando [CHILD] habla, ¿lo(a) entiende un extraño?

SI 1
NO 2

D10. ¿Empezó [CHILD] a hablar más tarde que otros niños que usted conoce? (REFERS TO PRIMARY LANGUAGE)

SI 1
NO 2

D11. ¿Tartamudea o balbucea [CHILD]?

SI 1
NO 2

D12. ¿Mira [CHILD] alguna vez un libro con dibujos y simula leer?

SI 1
NO 2

D13. ¿Reconoce [CHILD] su propio nombre por escrito o impreso?

SI 1
NO 2

D14. ¿Puede identificar [CHILD] los colores rojo, amarillo, azul, y verde por el nombre? ¿Diría usted…

Todos ellos, ... 1
Algunos de ellos, o. 2
Ninguno de ellos?..... 3

E. YOUR CHILD'S BEHAVIOR

E1. En general, pensando acerca de [CHILD] ahora o a través de los meses pasados, dígame qué tan bien describen las siguientes aseveraciones el comportamiento *usual* de [CHILD]: Para cada una, dígame si esto es *muy verdadero, algo verdadero, o no es verdadero.*

		Muy Verdadero	Algo Verdadero	No es Verdadero
a.	¿Hace amigos fácilmente?	1	2	3
b.	¿Espera su turno cuando juega o en otras actividades?.....	1	2	3
c.	¿No se puede concentrar, no puede prestar atención por mucho rato?.....	1	2	3
d.	¿Es muy inquieto(a) y se mueve mucho? ...	1	2	3
e.	¿Se siente infeliz, triste, o deprimido(a)?	1	2	3
f.	¿Reconforta o ayuda a otros?	1	2	3
g.	¿Respeta las reglas cuando juega con otros	1	2	3
h.	¿Se preocupa acerca de cosas por largo tiempo?.....	1	2	3
i.	¿Acepta las ideas de los amigos cuando juega y comparte?	1	2	3
j.	¿No se lleva bien con otros niños?.....	1	2	3
k.	¿Se siente que no vale nada o que es inferior?	1	2	3
l.	¿Tiene dificultad para cambiar de una actividad a otra?.....	1	2	3
m.	¿Es nervioso(a), se pone muy tenso(a)?.....	1	2	3
n.	¿Le ayuda a usted a guardar los juguetes, ropas, platos?	1	2	3
o.	¿Es desobediente en el hogar?.....	1	2	3
p.	¿Depende de los adultos para lo que tiene que hacer, y no toma la iniciativa?	1	2	3
q.	Cuando tiene una dificultad, ¿tiende a hecharse a llorar?.....	1	2	3
r.	¿Está dispuesto(a) a aceptar ayuda cuando la necesita?	1	2	3
s.	¿Hace una actividad por tanto tiempo como se puede esperar de un niño de su edad? ..	1	2	3
t.	¿Actúa sin tomarse suficiente tiempo para ver el problema o pensar en la solución?....	1	2	3
u.	¿No puede hacer nada constructivo cuando está abatido(a) o de mal humor?	1	2	3

F. HOUSEHOLD RULES AND PARENTING PRACTICES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de como trata usted a su niño(a) en el hogar.

F1. En su hogar, ¿hay reglas o hábitos acerca de …

		SI	NO
a.	Qué programas de televisión puede ver [CHILD]?	1	2
b.	Cuántas horas puede ver televisión [CHILD]?.....	1	2
c.	Qué tipo de comidas come [CHILD]?	1	2
d.	A qué hora se va a acostar [CHILD]?	1	2
e.	Qué quehaceres de la casa hace [CHILD]?	1	2

F2. Algunas veces los niños se portan bastante bien y otras no. ¿Le ha dado unas palmadas a [CHILD] la semana pasada por no portarse bien?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO F4)

F3. ¿Cuántas veces más o menos en la semana pasada?

CANTIDAD DE VECES |__|__|

F4. ¿Le ha dicho que deje de hacer lo que estaba haciendo o lo(a) ha mandado como castigo a [CHILD] a su dormitorio la semana pasada por no portarse bien?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO F6)

F5. ¿Cuántas veces más o menos en la semana pasada?

CANTIDAD DE VECES |__|__|

F6. Aquí hay algunas declaraciones que los padres de niños pequeños hacen acerca de ellos mismos. Le voy a leer las declaraciones, y después de cada una, por favor dígame si ésto es exactamente parecido a usted, muy parecido a usted, algo parecido a usted, no muy parecido a usted, o nada parecido a usted.
(USE RESPONSE CARD)

	Exactamente parecido a usted	Muy parecido a usted	Algo parecido a usted	No muy parecido a usted	Nada parecido a usted
a. Yo controlo a mi niño(a) advirtiéndole acerca de las malas cosas que le pueden suceder a (él/ella)	1	2	3	4	5
b. Hay veces que simplemente no tengo energías para hacer que mi niño(a) se comporte como (él/ella) debería.....	1	2	3	4	5
c. Mi niño(a) y yo tenemos juntos(as) momentos íntimos cariñosos.....	1	2	3	4	5
d. Yo enseño a mi niño(a) que portarse mal o no seguir las reglas establecidas será siempre castigado de una manera u otra	1	2	3	4	5
e. Yo estimulo a mi niño(a) para que sea curioso(a), que explore y que pregunte cosas	1	2	3	4	5
f. Yo no le permito a mi niño(a) que se enoje conmigo	1	2	3	4	5
g. Yo soy fácil de tratar y relajado(a) con mi niño(a).....	1	2	3	4	5
h. Yo creo que a un niño se le debe mirar y no escuchar	1	2	3	4	5
i. Yo me aseguro que mi niño(a) sepa que yo aprecio lo que (él/ella) trata de realizar.....	1	2	3	4	5
j. Yo no tengo ningún o muy poco problema para seguir mis reglas para mi niño(a) aún cuando hay parientes cercanos (incluyendo a los abuelos) presentes.....	1	2	3	4	5
k. Yo estimulo a mi niño(a) para que sea independiente de mí	1	2	3	4	5
l. Una vez que yo decido cómo tratar un mal comportamiento de mi niño(a), lo sigo completamente.....	1	2	3	4	5
m. Yo creo que el castigo físico es la mejor manera de disciplinar	1	2	3	4	5

G. YOU AND YOUR FAMILY

BOX G-1A	
RESPONDENT IS: *(CIRCLE ONE.)*	
[CHILD]'s BIO/ADOPTIVE MOTHER... …..	1 *(ASK QUESTIONS ABOUT RESPONDENT, STARTING WITH G7)*
SOMEONE ELSE	2 *(ASK QUESTIONS ABOUT BIO/ADOPTIVE MOTHER, STARTING WITH G1)*

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la madre de [CHILD].

G1. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

MADRE ESTA EN EL HOGAR...	1	(GO TO G7)
MADRE NO ESTA EN EL HOGAR	2	
MADRE FALLECIDA.....	3	(GO TO BOX G-17A)

G2. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI	1
NO	2

G3. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

CANTIDAD DE DIAS |__|__|__|

G4. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 000
DON'T KNOW 998

OR

a. CANTIDAD:

|__|__|__|

b. UNIDAD:

DIAS	1
SEMANAS	2
MESES	3
AÑOS	4

G5. Desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”), ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G6. Desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”), ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G7. ¿Cuál es el estado civil actual de (usted/ella)?

CASADA..... 1
SEPARADA 2
DIVORCIADA 3
VIUDA..... 4
NUNCA CASADA 5

BOX G-7A IF CHILD’S MOTHER IS NOT IN HOUSEHOLD (G1=2), CHECK THIS BOX …. ☐ AND GO TO BOX G-17A.

G8. Desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”), ¿ha tomado (usted/ella) algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal? Algunos ejemplos incluyen clases universitarias o certificados de programas, clases de computación, cursos de adiestramiento en el trabajo, clases básicas de lectura o matemáticas, clases de alfabetización para la familia, o clases de preparación para el GED.

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G12)

G9. ¿Ha recibido (usted/ella) un certificado, un diploma, o un título desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G11)
DON’T KNOW ..... 8 (GO TO G11)

G10. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o título recibió (usted/ella)?
(CIRCLE ONLY ONE)

LICENCIA O CERTIFICADO DE COMERCIO	01
CERTIFICADO GED (O EQUIVALENTE)	02
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	03
GRADO ASOCIADO.....	04
GRADO ASOCIADO EN DESARROLLO DEL NIÑO (“CDA”)	05
TITULO UNIVERSITARIO	06
TITULO DE POSTGRADO	07
OTRO (SPECIFY)_____	08
_____	
REFUSED.....	97
DON’T KNOW.....	98

G11. ¿Le ayudó Head Start a (usted/ella) a tomar o localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (usted/ella) tomó desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI	1
NO	2

G12. ¿Está (usted/ella) actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?
(CIRCLE ONLY ONE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MAS POR SEMANA)	01	
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02	
BUSCANDO TRABAJO.....	03	GO TO BOX G-17A
SUSPENDIDA DEL TRABAJO.....	04	GO TO BOX G-17A
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO.....	05	GO TO BOX G-17A
EN LA CARCEL/PRISION	06	GO TO BOX G-17A
EN EL EJERCITO.....	07	GO TO BOX G-17A
ATENDIENDO LA CASA	08	GO TO BOX G-17A
ALGUNA OTRA COSA (*SPECIFY*) _____	09	GO TO BOX G-17A

G13. ¿Está (usted/ella) trabajando aún para el mismo empleador para quien (usted/ella) estaba trabajando el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI	1	
NO	2	(GO TO G15)

G14. ¿Está (usted/ella) haciendo el mismo tipo de trabajo que (usted/ella) estaba haciendo el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI	1	(GO TO BOX G-17A)
NO	2	(GO TO G16)

G15. ¿Dónde ha trabajado (usted/ella) desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)? [IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G16 ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (usted/ella) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G17.

To be coded by home office only

OCCUPATION CODE: ( )

Executive, Administrative, and Managerial Occupations	01
Engineers, Surveyors, and Architects	02
Natural Scientists and Mathematicians	03
Social Scientists, Social Workers, Religious Workers, and Lawyers	04
Teachers	05
Health Diagnosing and Treating Practitioners	06
Registered Nurses, Pharmacists, Dieticians, Therapists, and Physician’s Assistants	07
Writers, Artists, Entertainers, and Athletes	08
Health Technologists and Technicians	09
Technologists and Technicians, except Health	10
Marketing and Sales Occupation	11
Administrative Support Occupation, including Clerical	12
Service Occupations	13
Agricultural, Forestry, and Fishing Occupations	14
Mechanics and Repairers	15
Construction and Extractive Occupations	16
Precision Production Occupations	17
Production Working Occupations	18
Transportation and Materials Moving Occupations	19
Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers	20
Miscellaneous Occupations	21
NEVER WORKED/HOMEMAKERS	22
REFUSED	97
DON’T KNOW	98

BOX G-17A		
RESPONDENT IS: *(CIRCLE ONE.)*		
[CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER……..	1	*(ASK QUESTIONS ABOUT RESPONDENT, STARTING WITH G24)*
SOMEONE ELSE	2	*(ASK QUESTIONS ABOUT BIO/ADOPTIVE FATHER, STARTING WITH G18)*

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca del padre de [CHILD].

G18. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

PADRE ESTA EN EL HOGAR ...	1	(GO TO G24)
PADRE NO ESTA EN EL HOGAR	2	
PADRE FALLECIDO	3	(GO TO BOX G-34A)

G19. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI	1
NO	2

G20. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

CANTIDAD DE DIAS |__|__|__|

G21. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 000
DON'T KNOW 998

OR

a. CANTIDAD:

|__|__|__|

b. UNIDAD:

DIAS	1
SEMANAS	2
MESES	3
AÑOS	4

G22. Desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”), ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] del padre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G23. Desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”), ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] del padre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G24 ¿Cuál es el estado civil actual (suyo/de él)?

CASADO 1
SEPARADO..... 2
DIVORCIADO..... 3
VIUDO 4
NUNCA CASADO..... 5
REFUSED 7
DON’T KNOW 8

BOX G-24A
IF CHILD’S FATHER IS NOT IN HOUSEHOLD (G18=2),
CHECK THIS BOX … ☐ AND SKIP TO BOX AFTER G34A.

G25. Desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”), ¿ha tomado (usted/él) algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal? Algunos ejemplos incluyen clases universitarias o certificados de programas, clases de computación, cursos de adiestramiento en el trabajo, clases básicas de lectura o matemáticas, clases de alfabetización para la familia, o clases de preparación para el GED.

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G29)

G26. ¿Ha recibido (usted/él) un certificado, un diploma, o un título desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G28)
DON’T KNOW ..... 8 (GO TO G28)

G27. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o título recibió (usted/él)?
(CIRCLE ONLY ONE)

LICENCIA O CERTIFICADO DE COMERCIO	01
CERTIFICADO GED (O EQUIVALENTE)	02
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	03
GRADO ASOCIADO.....	04
GRADO ASOCIADO EN DESARROLLO DEL NIÑO (“CDA”).	05
TITULO UNIVERSITARIO	06
TITULO DE POSTGRADO	07
OTRO (SPECIFY).....	08
.....	
REFUSED.....	97
DON’T KNOW.....	98

G28. ¿Le ayudó Head Start a (usted/él) a tomar o a localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (usted/él) tomó desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI	1
NO	2

G29. ¿Está (usted/él) <u>actualmente</u> trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?
(CIRCLE ONLY ONE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MAS POR SEMANA)	01	
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02	
BUSCANDO TRABAJO.....	03	GO TO BOX G-34A
SUSPENDIDA DEL TRABAJO.....	04	GO TO BOX G-34A
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO.....	05	GO TO BOX G-34A
EN LA CARCEL/PRISION	06	GO TO BOX G-34A
EN EL EJERCITO.....	07	GO TO BOX G-34A
ATENDIENDO LA CASA	08	GO TO BOX G-34A
ALGUNA OTRA COSA (*SPECIFY*) _____	09	GO TO BOX G-34A

G30. ¿Está (usted/él) trabajando aún para el mismo empleador para quien (usted/él) estaba trabajando el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI	1	
NO	2	(GO TO G32)

G31. ¿Está (usted/él) haciendo el mismo tipo de trabajo que (usted/él) estaba haciendo el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)?

SI ..... 1 (GO TO BOX G-34A)
NO ..... 2 (GO TO G33)

G32. ¿Dónde ha trabajado (usted/él) desde el último día de acción de gracias (“Thanksgiving”)? [IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G33. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (usted/él) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G34.

To be coded by home office only

OCCUPATION CODE: ( )

Executive, Administrative, and Managerial Occupations	01
Engineers, Surveyors, and Architects	02
Natural Scientists and Mathematicians	03
Social Scientists, Social Workers, Religious Workers, and Lawyers	04
Teachers	05
Health Diagnosing and Treating Practitioners	06
Registered Nurses, Pharmacists, Dieticians, Therapists, and Physician's Assistants	07
Writers, Artists, Entertainers, and Athletes	08
Health Technologists and Technicians	09
Technologists and Technicians, except Health	10
Marketing and Sales Occupation	11
Administrative Support Occupation, including Clerical	12
Service Occupations	13
Agricultural, Forestry, and Fishing Occupations	14
Mechanics and Repairers	15
Construction and Extractive Occupations	16
Precision Production Occupations	17
Production Working Occupations	18
Transportation and Materials Moving Occupations	19
Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers	20
Miscellaneous Occupations	21
NEVER WORKED/HOMEMAKERS	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

BOX G-34A IF RESPONDENT IS NEW OR HAS CHANGED SINCE THE FALL CHECK THIS BOX …… ☐ AND GO TO G35. OTHERWISE, GO TO G49.

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted.

G35. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

_____/_____ /19 _____
MES DIA AÑO

G36. ¿Es usted de origen español, hispano, o latino?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G38)

G37. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a usted …

Mexicano, mexicanomericano,
chicano, ... 1
Puertorriqueño,..... 2
Cubano, u 3
Otro grupo español/hispano/latino?.. 4

G38. ¿Cuál es su raza? Si quiere puede mencionar más de una.
(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA 01
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA 02
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA
(*SPECIFY)*_____ 03
d. INDOASIATICA 04
e. CHINA..... 05
f. FILIPINA 06
g. JAPONESA..... 07
h. COREANA 08
i. VIETNAMITA 09
j. OTRA ASIATICA *(SPECIFY)*_____ 10
k. NATIVA DE HAWAI 11
l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12
m. SAMOANA..... 13
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO *(SPECIFY)* ___ 14
o. OTRA RAZA *(SPECIFY)* _____ 15

G39 ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted completó?
(CIRCLE ONLY ONE)

HASTA 8TH GRADO	01
9TH A 11TH GRADO	02
12TH GRADO PERO SIN DIPLOMA	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/ EQUIVALENTE	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.)	13

G40. ¿Se habla algún otro idioma distinto al inglés en su hogar?

SI	1	
NO	2	(GO TO G49)

G41. ¿Cuáles son esos idiomas?
(CIRCLE ALL THAT APPLY)

a.	FRANCES	01
b.	ESPAÑOL	02
c.	CAMBODIANO (KHMER)	03
d.	CHINO	04
e.	CREOLE HAITIANO	05
f.	HMONG	06
g.	JAPONES	07
h.	COREANO	08
i.	VIETNAMES	09
j.	ARABE	10
k.	OTRO (ESPECIFIQUE)_____	11

G42. ¿Qué idioma se le habla más frecuentemente a [CHILD] en el hogar?

FRANCES 01
ESPAÑOL 02
CAMBODIANO (KHMER) 03
CHINO 04
CREOLE HAITIANO 05
HMONG 06
JAPONES 07
COREANO 08
VIETNAMES 09
ARABE 10
OTRO
(ESPECIFIQUE) _____ 11
INGLES ..... 12 (GO TO G49)

G43. ¿Qué tan bien … ? (READ RESPONSE OPTIONS)

	Nada	No Muy Bien	Bien	Muy Bien
a. Comprende inglés?	1	2	3	4
b. Habla inglés?	1	2	3	4
c. Lee inglés?	1	2	3	4

G44. ¿Qué tan bien … ? (READ RESPONSE OPTIONS)

	Nada	No Muy Bien	Bien	Muy Bien
a. Habla [LANGUAGE LISTED IN G42]?	1	2	3	4
b. Lee [LANGUAGE LISTED IN G42]?	1	2	3	4
c. Escribe [LANGUAGE LISTED IN G42]?	1	2	3	4

G45. Si usted le lee a sus niños, ¿qué idioma usa normalmente ahora? (SELECT ONE)

INGLÉS 1
IDIOMA ANOTADO EN G42 2
LOS DOS IDIOMAS ANOTADOS EN G42 3
NO LO PUEDE HACER/NO LE LEE A LOS NIÑOS 4

G46. ¿Hay alguien disponible en el salón de clases de Head Start para que le hable [LANGUAGE from G42] a [CHILD]?

SI 1
NO 2

G47. ¿Necesita o desea [CHILD] alguna vez que un miembro del personal de enseñanza de Head Start hable [LANGUAGE from G42]?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G49)

G48. ¿Hay alguien de Head Start disponible para hablar con usted o su familia en [LANGUAGE from G42]?

SI 1
NO 2

G49. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad o mayores viven en su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS |__|__|

G50. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños y niñas de 17 años de edad y menores viven en en su hogar?

CANTIDAD DE NIÑOS |__|__|

G51. Por favor dígame el nombre de cada persona de su hogar.
PROBE: ¿Hay alguna otra persona en su hogar?

IF ONLY RESPONDENT AND CHILD IN HOUSEHOLD,
WRITE "NO ONE ELSE" ON LINE C.

G51a. Nombre	G51b. ¿Cuál es la relación o parentesco de [NAME] con [CHILD]? (SEE CODES BELOW)	G51c. ¿Qué edad tiene [NAME]?
a. [CHILD]		
b. RESPONDENT		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		
k.		

RELATIONSHIP CODES:

01=Madre Biológica/Adoptiva	11=Otra pariente o pariente política
02=Padre Biológico/Adoptivo	12=Otro pariente o pariente político
03=Madrastra	13=Madre de Crianza ("Foster")
04=Padrastro	14=Padre de Crianza ("Foster")
05=Abuela	15=Otra que no es pariente
06=Abuelo	16=Otro que no es pariente
07=Bisabuela	17=Compañera del Padre
08=Bisabuelo	18=Compañero de la Madre
09=Hermana/Hermanastra	97=Refused
10=Hermano/Hermanastro	98=Don't know

H. INCOME AND HOUSING

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las fuentes de ingreso de su hogar. Esta información permanecerá confidencial.

H1. ¿Está cubierto [CHILD] por Medicaid o bajo un programa de seguro de salud del estado, tal como CHIP?

SI 1
NO 2

H2. ¿Está cubierto [CHILD] por un seguro de salud distinto a Medicaid a través de (su trabajo) o del trabajo de otro adulto que esté empleado?

SI 1
NO 2

H3. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

		SI	NO
a.	Bienestar, TANF, o ayuda general	1	2
b.	Seguro de desempleo.....	1	2
c.	(Cupones/Sellos/Estampillas/Cheques) de alimento....	1	2
d.	WIC -- Programa especial de comida suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	1	2
e.	Pensión Alimenticia al Niño	1	2
f.	SSI o Seguro Social de Retiro, Incapacidad, o beneficios de Sobreviviente	1	2
g.	Pagos por proveer cuidado de crianza	1	2
h.	Ayuda para pagar la energía	1	2

BOX H-3A
IF ANY OF H3 a, c, OR d WERE ANSWERED YES,
CHECK THIS BOX….☐ THEN ASK H4.
OTHERWISE, GO TO H5.

H4. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les está exigiendo que hagan ciertas cosas tales como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le exige a usted o a alguna otra persona del hogar que…

		SI	NO
a.	Asista a un adiestramiento de trabajo?	1	2
b.	Asista a la escuela o a una clase GED?.....	1	2
c.	Consiga un trabajo?.....	1	2
d.	Haga alguna otra cosa? (SPECIFY) _____	1	2

H5. ¿Cuál fue [su ingreso total/el ingreso total (combinado) de (usted y de su esposo/esposa)] el año calendario pasado -- es decir, 2003 – incluyendo salarios y otras ganancias, intereses, retiro, y así sucesivamente?

INGRESO TOTAL (COMBINADO) ..... $ __ __ __, __ __ __ (GO TO H7)

O

REFUSED ..... 97 (GO TO H7)
DON'T KNOW ..... 99 (GO TO H6)

H6. ¿Fue éste…

$25.000 o menos, o..... 1 (READ SET 1)
Más de $25.000?..... 2 (READ SET 2)

H6a. [SET 1] ¿Fue éste…

$5.000 o menos,..... 01
$5.000 a $10.000,..... 02
$10.001 a $15.000,..... 03
$15.001 a $20.000, o..... 04
$20.001 a $25.000?..... 05

H6b. [SET 2] ¿Fue éste…

$25.001 a $30.000,..... 06
$30.001 a $35.000,..... 07
$35.001 a $40.000,..... 08
$40.001 a $50.000,..... 09
$50.001 a $75.000, o..... 10
Más de $75.000?..... 11

H7. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

|__|__| CANTIDAD DE ADULTOS

H8. Ahora, incluyendo a *todas las personas* de su hogar, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar el último **mes** antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estaría bien.

INGRESO DEL HOGAR ..... $ __ , __ __ __ (GO TO H10)
(CANTIDAD AL MES)

O

REFUSED ..... 97 (GO TO H10)
DON'T KNOW ..... 98 (GO TO H9)

H9. ¿Diría usted que éste fue…

Menos de $250,..... 01
Entre $251 y $500, ... 02
Entre $501 y $1.000, ... 03
Entre $1.001 y $1.500, ... 04
Entre $1.501 y $2.000, ... 05
Entre $2.001 y $2.500, o 06
Sobre $2.500?..... 07
REFUSED 97
DON'T KNOW 98

H10. Las siguientes preguntas son acerca de vivienda. ¿Vive usted ahora en …

Una casa, un departamento, o una casa móvil con
su familia solamente,..... 1
Una casa, un departamento, o una casa móvil que
comparte con otra familia, ... 2
Vivienda de transición (departamento) o un refugio
para personas sin hogar, o 3
Algún otro lugar? (POR FAVOR ESPECIFIQUE)..... 4

_____

H11. ¿Cuántas veces se ha mudado usted en lo últimos doce meses?

|____|
VECES

H12. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su casa o apartamento, paga renta, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

ES DUEÑO(A) O ESTÁ COMPRANDO CASA O
APARTAMENTO 1
RENTA (SIN AYUDA PÚBLICA) 2
VIVIENDA PÚBLICA O SUBSIDIADA..... 3
ALGÚN OTRO ARREGLO 4

I. CHILD CARE

I1. Ahora hablemos acerca de los arreglos para el cuidado infantil que usted usa para [CHILD] justo ahora.

[INTERVIEWER NOTE: CHILD CARE DOES NOT INCLUDE TIME IN HEAD START OR PREKINDERGARTEN CLASS, BUT MAY INCLUDE SEPARATE CHILD CARE AT THE HEAD START CENTER OR IN THE PREKINDERGARTEN PROGRAM BEFORE OR AFTER CLASS.]

¿Está [CHILD] en cuidado infantil antes o después de Head Start (o Prekindergarten)?

ANTES DE HEAD START	01	
DESPUES DE HEAD START	02	
AMBOS ANTES DE/DESPUES DE HEAD START	03	
ANTES DE PREKINDERGARTEN	04	
DESPUES DE PREKINDERGARTEN	05	
AMBOS ANTES DE/DESPUES DE PREKINDERGARTEN	06	
NO ESTA EN CUIDADO INFANTIL	07	(GO TO J1)

I2. ¿En cuántos arreglos para el cuidado infantil diferentes pasa tiempo [CHILD] cada semana?

CANTIDAD DE ARREGLOS |____|____|

I3. ¿Dónde se provee ese cuidado infantil?
[IF MORE THAN ONE, PROBE: Piense acerca del cual en que [CHILD] pasa la mayor parte del tiempo.]

EN EL HOGAR DE [CHILD] POR UN PARIENTE	01
EN EL HOGAR DE [CHILD] POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE	02
EN EL HOGAR DE UN PARIENTE	03
EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO	04
HOGAR DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR	05
OTRO CENTRO DE CUIDADO INFANTIL/PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL	06
EN HEAD START (NO INCLUYENDO EL TIEMPO EN CLASES)	07
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE)_____	08

I4. ¿Cuántas horas a la semana se usa este cuidado infantil?

HORAS A LA SEMANA |____|____|

I5. ¿Quién paga por este cuidado infantil…

		SI	NO
a.	¿Paga usted mismo(a)?	1	2
b.	¿Paga una agencia de gobierno?.....	1	2
c.	¿Paga un empleador?	1	2
d.	¿Paga alguna otra persona?	1	2
e.	¿Intercambia cuidado al niño con alguna persona?	1	2
f.	¿Es gratis o sin cobro?	1	2
g.	Otro (PLEASE SPECIFY) _____	1	2

I6. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] en este cuidado infantil. Por favor dígame cual respuesta describe mejor la experiencia de [CHILD]. Dígame si es nunca, algunas veces, frecuentemente, o siempre

		Nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Siempre
a.	[CHILD] se siente seguro y protegido en el cuidado infantil	1	2	3	4
b.	[CHILD] recibe mucha atención individual....	1	2	3	4
c.	El proveedor de cuidado de [CHILD] está abierto a la información nueva y al aprendizaje	1	2	3	4

J. FAMILY HEALTH CARE

J1. Ahora le voy a preguntar acerca de las necesidades de servicios de salud de su familia. En general, ¿diría usted que la salud de [CHILD] es…

Excelente,..... 1
Muy buena,..... 2
Buena, ... 3
Regular, o 4
Mala?..... 5

J2. ¿Tiene [CHILD] una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

SI 1
NO 2

J3. ¿Diría que la salud suya en general es…

Excelente,..... 1
Muy buena,..... 2
Buena, ... 3
Regular, o 4
Mala?..... 5

J4. ¿Le impide a usted algún deterioro o problema de salud trabajar en un trabajo o negocio?

SI ..... 1 (GO TO J6)
NO. 2

J5. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o la cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a un deterioro o problema de salud?

SI 1
NO. 2

J6. Alguien en su hogar, (que no sea [CHILD]), ¿tiene una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

SI 1
NO. 2

J7. ¿Fuma usted tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

SI 1
NO. 2

J8. ¿Hay (alguien/alguna otra persona) en su hogar que fume tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

SI 1
NO 2

J9. ¿Dónde va [CHILD] para cuidado médico de rutina, tal como exámenes generales o regulares de salud?
(CIRCLE ONLY ONE)

UN MEDICO PARTICULAR, UNA CLINICA PARTICULAR, O HMO..... 01
UNA CLINICA DE PACIENTES EXTERNOS MANEJADA POR UN HOSPITAL 02
LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL..... 03
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA O CENTRO DE SALUD COMUNAL 04
UNA CLINICA DE SALUD MIGRATORIA 05
EL SERVICIO DE SALUD INDIGENA..... 06
ALGUN OTRO LUGAR (SPECIFY) _____ 07

J10. ¿Le (ha ayudado/ayudó) Head Start a usted a encontrar un proveedor de servicios de salud regular para [CHILD]?

PROPORCIONO INFORMACION, INCLUYENDO PANFLETOS, REUNIONES O CONVERSACIONES 01
HIZO REFERENCIAS, FOR EJEMPLO, LLAMADAS TELEFONICAS 02
PROPORCIONO CUIDADO DE SALUD DIRECTAMENTE 03
AYUDO DE ALGUNA OTRA MANERA..... 04
(PLEASE SPECIFY) _____

IF YES, USE CODES 01 THROUGH 04

TENIA UN PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE LA MATRICULA 05
HEAD START NO (HA AYUDADO/AYUDO) PERO QUISIERA QUE LO (HICIERA/HUBIESE HECHO)..... 06
ENCONTRE SERVICIOS DE SALUD POR MI PROPIA CUENTA07
OTRA (EXPLANATION) _____08

IF NO, USE CODES 05 THROUGH 08

J11. ¿Adónde va usted usualmente para cuidado medico de rutina?
(CIRCLE ONLY ONE)

AL MISMO LUGAR QUE [CHILD]	01
UN MEDICO PARTICULAR, UNA CLINICA PARTICULAR, O HMO.....	02
UNA CLINICA DE PACIENTES EXTERNOS MANEJADA POR UN HOSPITAL	03
LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.....	04
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA O CENTRO DE SALUD COMUNAL	05
UNA CLINICA DE SALUD MIGRATORIA	06
EL SERVICIO DE SALUD INDIGENA.....	07
ALGUN OTRO LUGAR (SPECIFY) _____	08

J12. ¿Le (ha ayudado/ayudó) Head Start a usted a encontrar un proveedor de servicios de salud regular para usted mismo(a)?

PROPORCIONO INFORMACION, INCLUYENDO PANFLETOS, REUNIONES O CONVERSACIONES	01	IF YES, USE CODES 01 THROUGH 04
HIZO REFERENCIAS, FOR EJEMPLO, LLAMADAS TELEFONICAS	02	
PROPORCIONO CUIDADO DE SALUD DIRECTAMENTE.....	03	
AYUDO DE ALGUNA OTRA MANERA ..... (PLEASE SPECIFY) _____	04	
TENIA UN PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE LA MATRICULA	05	IF NO, USE CODES 05 THROUGH 08
HEAD START NO (HA AYUDADO/AYUDO) PERO QUISIERA QUE LO (HICIERA/HUBIESE HECHO).....	06	
ENCONTRE SERVICIOS DE SALUD POR MI PROPIA CUENTA	07	
OTRA (EXPLANATION) _____	08	

J13. Por favor dígame si usted sigue ciertas prácticas de seguridad. Por favor dígame si ésto es nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo, o siempre. ¿Diría usted …

	Nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
a. Usa un asiento o un cinturón de seguridad para [CHILD] cuando está en el carro?.....	1	2	3	4
b. Guarda las medicinas en botellas con tapas de seguridad y fuera del alcance de los niños?	1	2	3	4
c. Tiene al menos un detector de humo que funciona con una batería en buen estado?	1	2	3	4
d. Guarda los productos de limpieza fuera del alcance de los niños y/o en gabinetes con llave?	1	2	3	4
e. Tiene un botiquín de primeros auxilios en el hogar?	1	2	3	4

f.	Mantiene el número de teléfono del centro de control de envenenamiento y otros números de emergencia junto al teléfono?	1	2	3	4
g.	Supervisa a [CHILD] cuando cruza la calle o anda en bicicleta/triciclo cerca del tráfico?.....	1	2	3	4
h.	Guarda los fósforos y los encendedores de cigarrillos fuera del alcance de [CHILD]?	1	2	3	4
i.	Supervisa a [CHILD] cuando está en la tina?.	1	2	3	4
j.	Guarda las armas de fuego bajo llave?.....	1	2	3	4

IF THERE ARE NO FIREARMS IN THE HOUSEHOLD, WRITE “NA”

K. COMMUNITY SERVICES

Las familias con niños pequeños a veces necesitan ayuda de varios tipos. Ahora quisiera saber acerca de si Head Start ha ayudado a su familia.

K1. Completó usted u otro miembro de la familia una "Evaluación de las Necesidades de la Familia de Head Start ("Head Start Family Needs Assessment") o Acuerdo de Asociación de Familias ("Family Partnership Agreement") en el cual a usted se le preguntó acerca de las necesidades, intereses, metas, capacidades, y así sucesivamente de su familia en particular?

SI 1
NO 2

K2. Ha recibido usted o alguien en su hogar alguno de estos servicios comunales o del gobierno desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

		SI	NO
a.	Ayuda para vivienda	1	2
b.	Adiestramiento para un trabajo.....	1	2
c.	Ayuda para encontrar trabajo	1	2
d.	Ayuda para ir a la escuela o universidad.....	1	2
e.	Clases de inglés como segundo idioma	1	2
f.	Transportación al y desde el trabajo o adiestramiento .	1	2
g.	Cuidado infantil	1	2
h.	Tratamiento o consejería para alcohol o drogas	1	2
i.	Asesoría de un abogado.....	1	2
j.	Consejería o servicios de salud mental	1	2
k.	Ayuda para tratar la violencia doméstica.....	1	2
l.	Ayuda o consejería para otros problemas familiares....	1	2
m.	Servicios dentales o de ortodoncia.....	1	2

BOX K-2A
IF ANY OF K2 WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX… ☐
THEN ASK K3. OTHERWISE, GO TO L1.

K3. ¿Le hizo consciente o le ayudó Head Start a conseguir este(os) servicio(s)?

SI 1
NO 2

L. GETTING READY FOR KINDERGARTEN

L1. ¿Dónde asistirá a la escuela [CHILD] este próximo otoño? ¿Estará (él/ella) …

Volviendo a Head Start,.....	1	(GO TO M1)
Asistiendo a Pre-Kindergarten,.....	2	
Asistiendo a Kindergarten, ...	3	
Asistiendo a otro programa preescolar,	4	
No asistirá a ninguna escuela, o	5	(GO TO M1)
No sabe usted aún?	8	(GO TO M1)

L2. ¿Cuál es el nombre de la escuela a la que [CHILD] asistirá el próximo año?

_____
NOMBRE DE LA ESCUELA

L3. ¿Dónde está localizada la escuela elemental?

_____
CALLE (SI SABE)

_____
CIUDAD

M. SOCIAL SUPPORT

M1. Muchas personas y grupos pueden ser útiles para los miembros de una familia que está criando un niño pequeño. Queremos saber qué tan útiles son diferentes personas y grupos para su familia.

Por favor dígame qué tan útil ha sido para usted desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), cada una de las siguientes personas en términos de criar a (CHILD).

¿Qué tanta ayuda le ha prestado [_____] ? ¿Diría…	No mucha ayuda	Alguna ayuda, o	Mucha ayuda?	N/A
a. El padre de [CHILD]	1	2	3	4
INTERVIEWER NOTE: IF RESPONDENT IS [CHILD]'S FATHER, CODE 4				
b. La madre de [CHILD].....	1	2	3	4
INTERVIEWER NOTE: IF RESPONDENT IS [CHILD]'S MOTHER, CODE 4				
c. Su actual esposo(a) o compañero(a)	1	2	3	4
INTERVIEWER NOTE: IF CURRENT SPOUSE OR PARTNER IS [CHILD]'S FATHER/MOTHER, CODE 4				
d. Los abuelos de [CHILD].....	1	2	3	4
e. Otros parientes	1	2	3	4
f. Sus amigos	1	2	3	4
g. Compañeros de trabajo	1	2	3	4
h. Profesionales proveedores de ayuda tal como consejeros o trabajadoras social.....	1	2	3	4
i. Personal de Head Start	1	2	3	4
j. Otros padres que ha conocido a Través de Head Start.....	1	2	3	4
k. Otros proveedores de cuidado al niño	1	2	3	4
l. Miembros de un grupo religioso o social.....	1	2	3	4
m. ¿Hay alguien más que haya prestado ayuda? (Por favor especifique) _____	1	2	3	4

N. YOUR FEELINGS

N1. Le voy a leer una lista de sentimientos o actitudes que las personas tienen acerca de ellas mismas. Después que yo lea cada una, por favor dígame si usted está *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, o totalmente de acuerdo* en que usted siente de esta manera.
(CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH ITEM.)

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
a. No hay manera realmente que yo pueda resolver algunos de los problemas que yo tengo.....	1	2	3	4
b. Algunas veces siento que estoy siendo llevado(a) por las circunstancias en la vida.....	1	2	3	4
c. Yo tengo poco control sobre las cosas que a mí me pasan.....	1	2	3	4
d. Yo puedo hacer casi cualquier cosa que realmente me propongo hacer	1	2	3	4
e. Frecuentemente me siento desvalido(a) cuando trato de resolver los problemas de la vida.....	1	2	3	4
f. Lo que a mí me pase en el futuro depende mayormente de mí.....	1	2	3	4
g. Hay muy poco que yo pueda hacer para cambiar muchas de las cosas importantes de mi vida....	1	2	3	4

N2. Le voy a leer una lista de maneras en que usted se puede haber sentido o comportado. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido usted de esta manera durante la semana pasada: *raramente o nunca, algo o un poco, ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado, o la mayor parte o todo el tiempo*?

		Raramente o Nunca	Algo o un Poco	Ocasionalmente o Moderadamente	La Mayor Parte o Todo el Tiempo
a.	Molesto(a) por cosas que usualmente no le molestan	1	2	3	4
b.	No tenía ganas de comer; no tenía apetito	1	2	3	4
c.	No podía quitarse la tristeza, aún con la ayuda de su familia y sus amigos	1	2	3	4
d.	Tenía problema para mantener la mente en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
e.	Deprimido(a)	1	2	3	4
f.	Que todo lo que usted hizo era un esfuerzo	1	2	3	4
g.	Temeroso(a)	1	2	3	4
h.	Usted durmió inquieto(a)	1	2	3	4
i.	Usted habló menos de lo usual	1	2	3	4
j.	Solitario(a)	1	2	3	4
k.	Triste	1	2	3	4
l.	Usted no podía “continuar”	1	2	3	4

O. PARENT INVOLVEMENT AND SATISFACTION WITH HEAD START

O1. Por favor indique con qué frecuencia ha participado usted en las siguientes actividades en el centro Head Start de [CHILD] desde el principio de este año de Head Start.

Para cada una, por favor dígame si éso ha sido, no aún, una o dos veces, varias veces, una vez al mes más o menos, o al menos una vez a la semana.

¿Cuántas veces usted ha…	No aún	Una o dos veces	Varias veces	Más o menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana
a. Ofrecido su ayuda en el salón de clases de [CHILD]?	1	2	3	4	5
b. Observado el salón de clases de [CHILD] por 30 minutos al menos?	1	2	3	4	5
c. Preparado comida o materiales para acontecimientos especiales tales como la celebración de una festividad o de un acontecimiento cultural especial?	1	2	3	4	5
c. Ayudado en excursiones u otros acontecimientos especiales?	1	2	3	4	5
d. Asistido a acontecimientos sociales de Head Start tales como bazares o ferias para los niños o familias?	1	2	3	4	5
e. Asistido a reuniones o talleres de educación para los padres enfocados en tópicos tales como destrezas de trabajo o crianza de los niños?	1	2	3	4	5
g. Asistido a conferencias de padres y maestros?	1	2	3	4	5
i. Sido visitado en su hogar por un miembro del personal de Head Start?	1	2	3	4	5
i. Asistido a un acontecimiento de Head Start con su esposo(a) o compañero(a)? **INTERVIEWER NOTE: IF NO SPOUSE OR PARTNER, WRITE "NA"**	1	2	3	4	5
j. Asistido a un acontecimiento de Head Start con otro adulto?	1	2	3	4	5
j. Participado en el Consejo de Políticas, en actividades relacionadas con control, u otros grupos de planificación de Head Start?	1	2	3	4	5
l. Llamado o visitado a otros padres de Head Start acerca de un asunto relacionado con Head Start?	1	2	3	4	5
m. Preparado o distribuido boletines, volantes, o materiales de Head Start?	1	2	3	4	5
n. Participado en actividades de recaudación de fondos?	1	2	3	4	5
o. Otra (PLEASE DESCRIBE): _____ _____ _____	1	2	3	4	5

O2. Algunos padres tienen dificultades para participar en el programa Head Start de sus niños. Por favor dígame si alguna de las siguientes cosas le ha impedido a usted participar tanto como usted quisiera en el programa Head Start de [CHILD] este último año?

		SI	NO
a.	Su necesidad de cuidado infantil	1	2
b.	El horario de su trabajo interfiere	1	2
c.	El horario de su escuela o adiestramiento interfiere	1	2
d.	Usted necesita transportación	1	2
e.	Usted no conoce a otros en Head Start	1	2
f.	Usted se siente incómodo(a) en Head Start	1	2
g.	Usted tiene problemas de salud que interfieren	1	2
h.	La maestra de [CHILD] se siente incómoda con padres en el salón de clases	1	2
i.	Head Start no proporciona suficientes oportunidades para que usted participe	1	2
j.	Usted ha tenido malas experiencias con Head Start en el pasado	1	2
k.	Usted se siente incómodo(a) por las diferencias de idioma o culturales	1	2
l.	Usted tiene preocupación por su seguridad para llegar a Head Start	1	2
m.	Usted necesita más ayuda de su esposo(a) o compañero(a)	1	2
n.	Otra (PLEASE SPECIFY) _____	1	2

INTERVIEWER NOTE: THERE IS A DIFFERENT STEM FOR
PARENTS OF CHILDREN NO LONGER ATTENDING HEAD START

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del programa Head Start de [CHILD].

O3. Basado(a) en lo que ha sucedido en Head Start desde que [CHILD] empezó en el programa Head Start, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con lo bien que Head Start lo está haciendo en cada una de las siguientes áreas:

FOR PARENTS OF CHILDREN **NO LONGER IN HEAD START**, ASK:
Basado en lo que sucedió mientras [CHILD] estaba en Head Start, ¿Qué tan satisfech(a) estaba usted con lo bien que Head Start lo estaba haciendo en cada una de las siguientes áreas:

	Muy insatis-fecho(a)	Algo insatis-fecho(a)	Algo-satis-fecho(a)	Muy satis-fecho(a)
a. Ayudando a [CHILD] a crecer y desarrollarse .	1	2	3	4
b. Estando abierto a sus ideas y participación	1	2	3	4
c. Ayudando y respetando la cultura y el origen de su familia.....	1	2	3	4
d. Identificando y proporcionando servicios para [CHILD] — por ejemplo, exámenes de salud, ayuda con el desarrollo del habla y del lenguaje	1	2	3	4
e. Identificando y ayudando a proporcionar servicios que ayudan a su familia — por ejemplo, ayuda pública, transportación, o adiestramiento de trabajo.....	1	2	3	4
f. Manteniendo un programa seguro — por ejemplo, patios seguros, salones de clase limpios y ordenados.....	1	2	3	4
g. Preparando a [CHILD] para entrar a kindergarten	1	2	3	4
h. Ayudándole a usted a que participe más en grupos que están activos en su comunidad	1	2	3	4

O4. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] y suyas en Head Start. Por favor dígame cual respuesta describe mejor las experiencias de [CHILD] y suyas en Head Start.

	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
a. [CHILD] se siente seguro(a) y protegido(a) en Head Start	1	2	3	4
b. [CHILD] recibe mucha atención individual	1	2	3	4
c. La maestra de [CHILD] está abierta a la nueva información y al aprendizaje	1	2	3	4
d. [CHILD] ha estado feliz en el programa	1	2	3	4
e. La maestra es cariñosa y afectuosa con [CHILD]	1	2	3	4
f. [CHILD] es tratado con respeto por los maestros	1	2	3	4
g. La maestra se interesa por [CHILD]	1	2	3	4
h. [CHILD] se siente aceptado(a) por la maestra	1	2	3	4
i. La maestra le apoya a usted como padre/madre	1	2	3	4
j. Usted se siente bienvenido(a) por la maestra	1	2	3	4
k. La maestra maneja los asuntos de disciplina fácilmente sin ser dura	1	2	3	4
l. La maestra se ve feliz y contenta	1	2	3	4
m. La maestra asistente/ayudante es cariñosa y afectuosa con [CHILD]	1	2	3	4

O5. ¿Cuáles son las formas principales que usted siente que Head Start le ayudó a [CHILD] este año?
PROBE: ¿Alguna otra cosa?

_____

_____

_____

_____

O6. ¿Cuáles son las formas principales que usted piensa que Head Start le ayudó a su familia este año?
PROBE: ¿Ayudaron ellos a su familia en otras áreas además de educar a [CHILD]? ¿Qué más?

_____

_____

_____

_____

O7. Si usted pudiera cambiar cualquier cosa acerca de Head Start que usted cree que ayudaría a servir mejor a los niños y a sus familias, ¿qué sería ésto?

_____

_____

_____

_____

BOX O-7A

FOR PARENTS OF CHILDREN NO LONGER ATTENDING HEAD START,
CHECK BOX… ☐ AND SKIP TO Q2.

OTHERWISE, GO TO BOX P-1A.

COMPLETE AFTER INTERVIEW IS CONCLUDED.

R. CONFIDENCE RATINGS

R1. Interview Completion Code:

Respondent terminated interview prematurely	1
Respondent refused interview	2
Respondent unable to respond (PLEASE SPECIFY).....	3
_____	
Interview completed	4

R2. Please rate the following qualities of the respondent, the interviewing situation, and the data. The Respondent (was/had):

a. Able to understand questions easily	7	6	5	4	3	2	1	Hardly able to understand
b. Truthful	7	6	5	4	3	2	1	Untruthful
c. Accurate	7	6	5	4	3	2	1	Inaccurate
d. Interested in the interview	7	6	5	4	3	2	1	Not interested in the interview
e. Cooperative	7	6	5	4	3	2	1	Uncooperative
f. No Spanish language problem	7	6	5	4	3	2	1	Spoke Spanish with great difficulty
g. Interviewed without interruptions	7	6	5	4	3	2	1	Interrupted often
h. Your opinion about the overall quality of the data:								
High	7	6	5	4	3	2	1	Low