

Head Start Family and Child Experiences Survey

Spring 2002/2003 – Kindergarten Followup-- Parent Interview Spanish Version (for parents of children in K, plus parents of non-K, non-HS children)

INTRODUCTION

Buenos(as) (días/tardes/noches), mi nombre es _____ y estoy llamando de parte de Westat. Nosotros somos parte del equipo de investigación que está realizando el estudio del Programa de Head Start. (Posiblemente usted recuerde que) alguien del equipo de investigación habló con (usted/SPRING 2001 RESPONDENT) en la primavera del 2001, mientras [CHILD] estaba asistiendo a Head Start.

Como parte de este mismo estudio, la Encuesta de las Experiencias de la Familia y el Niño en Head Start, quisiéramos entrevistarle a usted nuevamente, administrarle una evaluación al niño a [CHILD] y hacerle algunas preguntas a la maestra actual de [CHILD]. El estudio nos ayudará a conocer mejor acerca de lo que le pasa a los niños y familias que han participado en Head Start cuando los niños entran a kindergarten. Queremos conocer su punto de vista de como le está yendo a [CHILD] en la escuela y lo que está pasando ahora en su familia. Esta información será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y sus familias. Para agradecerle a usted y a [CHILD] por su participación, en este estudio, usted recibirá \$25 y [CHILD] recibirá un pequeño juguete.

Le haré preguntas y anotaré sus respuestas. Me puede pedir que pare en cualquier momento, y usted puede volver a las preguntas anteriores para cambiar sus respuestas. Nadie del programa Head Start o de la escuela actual de [CHILD] verá u oirá sus respuestas. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no completar esta entrevista, ésto no afectará la participación suya o la 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. Es posible que usted reconozca algunas preguntas de la última entrevista, pero es importante preguntarlas nuevamente. La entrevista debe tomar 45 minutos aproximadamente.

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 7/2003). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 45 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

S1. [NOT APPLICABLE]

S2. [NOT APPLICABLE]

Buenos(as) (días/tardes/noches), ¿podría hablar con [SPRING 2001 RESPONDENT]?

S3. SPRING 2001 RESPONDENT IS:

- THERE AND AVAILABLE 1 (GO TO S10)
- NOT CURRENTLY AVAILABLE 2
- NO LONGER THERE..... 3 (GO TO S5)

S4. ¿Cuándo sería el mejor momento para llamar nuevamente y comunicarme con (él/ella)?

BEST DAY: _____ TIME: _____

**THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION.
RECORD CALLBACK INFORMATION ON CALL RECORD.**

S5. Estoy tratando de comunicarme con la persona mayormente responsable de [CHILD]. ¿Será (todavía) [SPRING 2001 RESPONDENT]?

- SI 1
- NO 2 (GO TO S7)

S6. ¿Podría decirme cómo me puedo comunicar con (él/ella)?

CALLE: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
TELEFONO: _____

**THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION.
USE INFORMATION OBTAINED ABOVE TO CONTACT SPRING 2001 RESPONDENT.**

S7. ¿Quién es la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

RESPONDENT 1 (GO TO S8)

SOMEONE ELSE (SPECIFY BELOW)..... 2

NOMBRE: _____

PARENTESCO/RELACION CON EL NIÑO: _____

CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

TELEFONO: _____

S8. Desde la primavera del 2001, ¿cuántos meses ha sido (usted/él/ella) la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

CANTIDAD DE MESES: _____

S9. MOST RESPONSIBLE PERSON IS:

PERSON YOU ARE CURRENTLY
SPEAKING WITH..... 1 (GO TO S10)

SOMEONE ELSE.....2 (THANK R AND END CONVERSATION. USE
INFORMATION FROM **S7** TO CONTACT
MOST RESPONSIBLE PERSON)

S10. Ahora, quisiera confirmar la edad de [CHILD]. Tenemos la fecha de nacimiento de (él/ella) anotada como [BIRTHDATE]? ¿Es correcto esto?

- SI 1 (GO TO S12)
- NO 2

S11. ¿Cuál es la fecha de nacimiento correcta de [CHILD]?

_____ / _____ / _____
MES DÍA AÑO

S12. Ahora, acerca de su conocimiento de idiomas. ¿Cuál fue el primer idioma que usted aprendió a hablar?

- INGLES 1 (GO TO S14)
- ESPAÑOL 2
- INGLES Y ESPAÑOL IGUALMENTE 3
- INGLES Y OTRO IDIOMA IGUALMENTE 4
- OTRO IDIOMA 5
- (SPECIFY) _____

S13. ¿Qué idioma habla usted mayormente en el hogar ahora?

- INGLES 1
- ESPAÑOL 2
- INGLES Y ESPAÑOL IGUALMENTE 3
- INGLES Y OTRO IDIOMA IGUALMENTE 4
- OTRO IDIOMA 5
- (SPECIFY) _____

S14. Quiero confirmar solamente su parentesco o relación con [CHILD]. ¿Es usted su...

MADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVA).....	01	} GO TO A1
PADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVO).....	02	
MADRASTRA.....	03	
PADRASTRO.....	04	
ABUELA.....	05	
ABUELO.....	06	
BISABUELA.....	07	
BISABUELO.....	08	
HERMANA/HERMANASTRA.....	09	
HERMANO/HERMANASTRO.....	10	
OTRA PARIENTA POLITICA.....	11	
OTRO PARIENTE POLITICO.....	12	
MADRE DE CRIANZA ("FOSTER").....	13	
PADRE DE CRIANZA ("FOSTER ").....	14	
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (FEMENINA).....	15	
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (MASCULINO).....	16	
COMPAÑERA DEL PADRE.....	17	
COMPAÑERO DE LA MADRE.....	18	

S15. ¿Es usted (el tutor/la tutora) legal de [CHILD]?

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

S16. ¿Quién es (el tutor/la tutora) legal de [CHILD]?

NOMBRE: _____
PARENTESCO/RELACION CON EL NIÑO: _____
CALLE: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
TELEFONO: _____

A. HEAD START EXPERIENCE

A1. ¿Siguió yendo [CHILD] a Head Start hasta el final de año del programa, o dejó (él/ella) de ir antes que el programa terminara?

- | | |
|--|--------------|
| SIGUIO YENDO HASTA EL FINAL DE AÑO DEL PROGRAMA | 1 (GO TO A4) |
| DEJO DE IR ANTES QUE TERMINARA EL AÑO DEL PROGRAMA | 2 |
| OTRO | 3 |
| (SPECIFY) _____ | |

A2. ¿Cuándo dejó [CHILD] de ir a Head Start?

_____/_____
MES AÑO

A3. ¿Por qué dejó de ir [CHILD] a Head Start? ¿Cuál fue la razón más importante?

(CIRCLE ONLY ONE)

- | | |
|---|----|
| ENFERMEDAD DEL NIÑO | 01 |
| ENFERMEDAD DE 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/LA NIÑO(A) NO QUISO IR | 06 |
| DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR A (AL/A LA) NIÑO(A) O MANDARLE A OTRO LUGAR | 07 |
| NECESITABA CUIDADO PARA EL NIÑO EL DIA COMPLETO | 08 |
| OTRO (SPECIFY) _____ | 09 |

A4. Después que (él/ella) dejó de ir a Head Start y antes que empezara kindergarten, ¿matriculó usted a [CHILD] en otro programa preescolar o de desarrollo del niño?

- | | |
|----------|----------------|
| SI | 1 |
| NO | 2 (SKIP TO A9) |

IF MORE THAN ONE PROGRAM, ASK ABOUT PRIMARY PROGRAM.

A5. ¿Qué tipo de programa era ése? ¿Era ése...

- | | |
|---|---|
| Un prekindergarten de escuela pública, | 1 |
| Un prekindergarten o jardín infantil de escuela privada, | 2 |
| Una guardería infantil o programa de desarrollo del niño, | 3 |
| Otro programa Head Start, o | 4 |
| Algún otro lugar? | 5 |
| (SPECIFY) _____ | |

A6. ¿Cuánto días a la semana iba [CHILD] a ese programa?

DIAS A LA SEMANA: _____

A7. ¿Cuántas horas a la semana pasaba [CHILD] en ese programa?

HORAS A LA SEMANA: _____

A8. En cuanto a ayudarle a [CHILD] a aprender y estar preparado(a) para la escuela, ¿piensa usted que el programa era....

- No tan bueno como Head Start, 1
- Tan bueno como Head Start, o 2
- Mejor que Head Start? 3

A9. Después que (él/ella) dejó de ir a Head Start y antes que (él/ella) empezara kindergarten, ¿recibió [CHILD] cuidado infantil en forma regular de alguien distinto a un pariente? (Es decir, cuidado infantil distinto al programa preescolar acerca del cual usted me acaba de hablar. No cuente el uso de niñeras ocasionales.)

- SI 1
- NO 2 (GO TO A14)

A10. ¿Dónde era proporcionado ese cuidado? (IF MORE THAN ONE CHILD CARE ARRANGEMENT, ASK ABOUT PRIMARY ARRANGEMENT. CIRCLE ONE RESPONSE.)

- EN EL HOGAR DEL NIÑO POR UN PARIENTE 01
- EN EL HOGAR DEL NIÑO POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE 02
- EN EL HOGAR DE UN PARIENTE 03
- EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO 04
- EN UNA GUARDERÍA INFANTIL FAMILIAR 05
- GUARDERÍA INFANTIL 06
- OTRO 07
- (SPECIFY) _____

A11. ¿Estaba esa persona o lugar licenciado, certificado, o regulado?

- SI 1
- NO 2
- DON'T KNOW 8

A12. ¿Cuántos días a la semana (cuidaba a [CHILD] esa persona/cuidaban a [CHILD] en ese lugar)?

DIAS A LA SEMANA: _____

A13. ¿Cuántas horas a la semana (cuidaba a [CHILD] esa persona/cuidaban a [CHILD] en ese lugar)?

HORAS A LA SEMANA: _____

A14. Ahora quisiera hablar con usted de las experiencias de [CHILD] en la escuela. ¿Está [CHILD] asistiendo o matriculado en la escuela?

- SI..... 1
- NO..... 2 (GO TO A17)
- ESCUELA EN LA CASA..... 3 (GO TO A16)
- HEAD START 4 (**STOP AND USE HEAD START BOOKLET**)

A15. ¿A qué grado o año de escuela está asistiendo [CHILD]?

- HEAD START 01 (**STOP AND USE HEAD START BOOKLET**)
- GUARDERÍA/PROGRAMA PREESCOLAR/PREKINDERGARTEN..... 02 (GO TO A17)
- KINDERGARTEN TRANSICIONAL..... 03 (GO TO SECTION B)
- KINDERGARTEN 04 (GO TO SECTION B)
- PRE PRIMER GRADO (DESPUÉS DE K) 05 (GO TO SECTION B)
- PRIMER GRADO..... 06 (GO TO A18)
- SIN GRADO..... 07 (GO TO A16)
- OTRO..... 08 (GO TO A17)
- (SPECIFY)_____

A16. ¿En qué grado estaría [CHILD] si (él/ella) estuviera asistiendo a una escuela con grados regulares?

- GUARDERÍA/PROGRAMA PREESCOLAR/PREKINDERGARTEN..... 01 (GO TO A17)
- KINDERGARTEN TRANSICIONAL..... 02 (GO TO SECTION B)
- KINDERGARTEN 03 (GO TO SECTION B)
- PRE PRIMER GRADO (DESPUÉS DE K) 04 (GO TO SECTION B)
- PRIMER GRADO..... 05 (GO TO A18)
- SIN GRADO, NO EQUIVALENTE 06 (GO TO A17)
- OTRO..... 07 (GO TO A17)
- (SPECIFY)_____

A17. ¿Espera usted que [CHILD] sea matriculado en kindergarten el próximo año, o el año después de éste?

- PROXIMO AÑO 1
- EL AÑO DESPUÉS DE ESE 2
- NINGUNO, NO ESPERA QUE EL/LA NIÑO(A) ASISTA A KINDERGARTEN.. 3
- OTRO..... 4
- (SPECIFY)_____
- REFUSED..... 7
- DON'T KNOW..... 8

[NOTE REVISIONS FOR SPRING 2003.]

A18. Esta primavera estamos viendo solamente a los niños que están asistiendo a kindergarten. No tengo más preguntas para usted ahora, pero gracias por su tiempo. ~~Quisiéramos comunicarnos con usted la próxima primavera.~~

~~UPDATE CONTACT INFORMATION ON THE TRACKING INFO SHEET.~~

GIVE PARENT INCENTIVE PAYMENT OF \$25.

A19. INDICATE PARENT PAYMENT METHOD:

- INTERVIEW CONDUCTED IN PERSON,
PAY PARENT IN CASH..... 1
- INTERVIEW CONDUCTED BY TELEPHONE,
FILL OUT PARENT CHECK FORM 2

B. KINDERGARTEN SCHOOL CHARACTERISTICS

Ahora quisiera hablar con usted acerca de las experiencias de [CHILD] en la escuela.

B1. ¿Va [CHILD] a un kindergarten de día completo, o de día parcial?

DIA COMPLETO1
 DIA PARCIAL.....2

B2. ¿Cuántas horas al día pasa (él/ella) en kindergarten?

CANTIDAD DE HORAS AL DIA: _____

B3. ¿Cuántos días a la semana semana pasa (él/ella) en kindergarten?

CANTIDAD DE DIAS A LA SEMANA: _____

B4. ¿Aproximadamente cuántos días ha faltado a clases [CHILD] desde el principio del año escolar, es decir, desde el último Septiembre?

CANTIDAD DE DIAS QUE HA FALTADO: _____

BOX B-4A

**IF NUMBER OF DAYS ABSENT IS GREATER THAN 5,
 CHECK THIS BOX... AND THEN ASK B5.
 OTHERWISE, GO TO SECTION C.**

B5. ¿Cuál es la razón más frecuente por la que [CHILD] faltó a clases?

ENFERMEDAD DEL NIÑO 01
 ENFERMEDAD DE 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/LA NIÑO(A) NO QUISO IR 06
 DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR (AL/A LA)
 NIÑO(A) O MANDARLE A OTRO LUGAR 07
 OTRO (SPECIFY) _____ 08

C. SCHOOL CHARACTERISTICS

Ahora, hablemos acerca de la escuela a la que va [CHILD] ahora.

C1. ¿ Va [CHILD] a una escuela pública o privada?

- PUBLICA..... 1 (GO TO C4)
- PRIVADA 2
- RECIBE LA EDUCACION EN EL HOGAR..... 3 (GO SECTION D)

C2. ¿Está la escuela relacionada con la iglesia o no está relacionada con la iglesia ?

- RELACIONADA CON LA IGLESIA..... 1
- NO RELACIONADA CON LA IGLESIA 2 (GO TO C4)

C3. ¿Es ésta una escuela Católica?

- SI..... 1
- NO..... 2

C4. ¿Aproximadamente cuántos estudiantes hay en la clase de [CHILD]?

CANTIDAD DE ESTUDIANTES EN LA CLASE: _____

C5. ¿Cuántos maestros hay en la clase de [CHILD]?

CANTIDAD DE MAESTROS EN LA CLASE: _____

C6. Desde el principio de este año escolar, ¿ha estado [CHILD] en la misma escuela?

- SI..... 1
- NO..... 2

D. SCHOOL PRACTICES

D1. Para cada afirmación que yo le lea a usted, por favor dígame qué tan bien ha estado haciendo la escuela de [CHILD] las siguientes cosas (durante este año escolar):

[IF NECESSARY, READ AFTER EACH STATEMENT.]: ¿Diría usted que la escuela de [CHILD] *hace esto muy bien, bien solamente, o no lo hace?*

	<u>Hace esto muy bien</u>	<u>Bien sola- mente</u>	<u>No lo hace</u>	<u>Don't know</u>
a. Le deja saber a usted (entre informes de notas) cómo le está yendo a [CHILD] en la escuela.....	1	2	3	8
b. Le ayuda a usted a comprender cómo son los niños de la edad de [CHILD]	1	2	3	8
c. Le hace consciente a usted de las posibilidades de hacer trabajo voluntario en la escuela	1	2	3	8
d. Provee talleres, materiales, o consejo acerca de cómo ayudar a [CHILD] a aprender en la casa.....	1	2	3	8
e. Provee información acerca de los servicios de la comunidad para ayudar a [CHILD] o a su familia	1	2	3	8
 <u>IF LANGUAGE MOST SPOKEN AT HOME IS NOT ENGLISH, (S13 ≠ 1) ASK:</u>				
f. Comprenden las necesidades de las familias que no hablan inglés	1	2	3	8

E. FAMILY/SCHOOL INVOLVEMENT

Ahora quisiera preguntarle acerca de su participación en la escuela actual de [CHILD].

E1. Desde el principio de este año escolar, ¿usted ha ...

	SI	NO
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, a una invitación general, a una noche de celebración de regreso a clases, o a una reunión de una organización de padres y maestros?	1	2
b. Ido a una conferencia para padres y maestro regularmente programada con el maestro de [CHILD]?	1	2
c. Asistido a un evento de la clase o de la escuela, tal como la representación de una obra de teatro, (o) un evento deportivo debido a [CHILD]?	1	2
d. ¿Actuado como voluntario(a) en la escuela o trabajado en un comité?	1	2

BOX E-1A

IF E1a-d ARE ALL NO, CHECK THIS BOX AND SKIP TO SECTION F

E2. Durante este año escolar, ¿más o menos cuántas veces ha ido a reuniones o participado en actividades en la escuela de [CHILD]?

CANTIDAD DE VECES: _____

F. TEACHER FEEDBACK ON CHILD'S SCHOOL PERFORMANCE AND BEHAVIOR

Aquí hay algunas de las cosas que los maestros le cuentan a los padres acerca de cómo les están yendo sus niños en la escuela. Para cada una, por favor dígame si un maestro dijo algo como esto acerca de [CHILD], o lo escribió en una nota o en un informe de notas durante este año escolar, aún si usted no estuvo de acuerdo.

- F1. Desde el principio de este año escolar, ¿ha dicho o escrito un maestro que [CHILD]...
- | | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| a. Le ha estado yendo realmente bien en la escuela? | 1 | 2 |
| b. No ha estado aprendiendo de acuerdo a sus capacidades?..... | 1 | 2 |
| c. No se concentra, o no presta atención por mucho rato?..... | 1 | 2 |
| d. Ha estado portándose mal o interrumpiendo la clase? | 1 | 2 |
| e. Ha parecido frecuentemente triste o infeliz en clases? | 1 | 2 |
| f. Ha estado inquieto(a), se agita mucho, o no se sienta quieto(a)? | 1 | 2 |
| g. Ha estado teniendo problemas para esperar su turno, compartir o cooperar con otros niños? | 1 | 2 |
| h. Se lleva bien con otros niños o trabaja bien en un grupo?..... | 1 | 2 |
| i. Es muy entusiasta y tiene interés en muchas cosas diferentes? | 1 | 2 |
| j. Le falta confianza para aprender cosas nuevas o para tomar parte en actividades nuevas? | 1 | 2 |
| k. Es difícil entender lo que [CHILD] dice? | 1 | 2 |
| l. Está frecuentemente con sueño o cansado(a) en clases?..... | 1 | 2 |
| m. Le gusta hablar en clases y expresar sus ideas?..... | 1 | 2 |
| n. Está frecuentemente aburrido(a) en clases? | 1 | 2 |
- F2. Que usted sepa, ¿va a ser promovido(a) [CHILD] a primer grado este próximo otoño, o (él/ella) pasará otro año en kindergarten?
- | | |
|--|---|
| SI, SERA PROMOVIDO(A) A PRIMER GRADO | 1 |
| NO, PASARA OTRO AÑO EN KINDERGARTEN GRADO..... | 2 |
| NO, IRA A UNA CLASE DE TRANSICION | 3 |
- F3. Ahora que [CHILD] ha estado en kindergarten por la mayor parte de un año escolar, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con lo que Head Start hizo para ayudar a [CHILD] y a su familia a estar preparados para la escuela? ¿Está usted...
- | | |
|-----------------------------|---|
| Muy insatisfecho(a), | 1 |
| Algo insatisfecho(a), | 2 |
| Algo satisfecho(a), o | 3 |
| Muy satisfecho(a)?..... | 4 |

G. YOUR CHILD'S ACCOMPLISHMENTS

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

- G1. ¿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 |
- G2. ¿Puede (él/ella) reconocer...
- | | |
|--------------------------------------|---|
| Todas las letras del alfabeto, | 1 |
| La mayoría de ellas, | 2 |
| Algunas de ellas, o | 3 |
| Ninguna de ellas? | 4 |
- G3. ¿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 |
- G4. ¿[CHILD]....
- | | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| a. Mayormente escribe y dibuja en lugar de hacer garabatos? | 1 | 2 |
| b. Escribe su nombre, aún si algunas letras están al revés? | 1 | 2 |
| c. Tropezaba, da un traspie o se cae fácilmente? | 1 | 2 |
| d. Tartamudea o balbucea? | 1 | 2 |
| e. Cuando [CHILD] habla, ¿lo(a) entiende a (él/ella) un extraño? | 1 | 2 |
- G5. ¿Puede leer [CHILD] ahora libros de cuento por su propia cuenta?
- | | |
|----------|--------------|
| SI | 1 |
| NO | 2 (GO TO G8) |

G6. ¿Lee realmente [CHILD] las palabras escritas en el libro, o (él/ella) mira el libro y simula leer?

- LEE LAS PALABRAS ESCRITAS 1
- SIMULA LEER 2 (GO TO G9)
- HACE AMBAS COSAS 3

G7. ¿Qué edad tenía [CHILD] en años y meses cuando (él/ella) empezó a leer frases simples, completas?

AÑOS: _____ MESES: _____ (GO TO G10)

G8. ¿Mira alguna vez (él/ella) un libro con dibujos y simula leer?

- SI 1
- NO 2 (GO TO H1)

G9. Cuando (él/ella) simula leer un libro, ¿parece como un cuento coherente, o dice (él/ella) lo que hay en cada dibujo sin mucha coherencia entre ellos?

- PARECE COMO UN CUENTO COHERENTE 1
- DICE LO QUE HAY EN CADA DIBUJO 2
- HACE AMBAS COSAS 3

G10. ¿Más o menos cuántos libros de cuento leyó por su cuenta [CHILD] el mes pasado? (BOOKS ASSIGNED BY SCHOOL DO NOT COUNT.)

CANTIDAD DE LIBROS: _____

G11. ¿Escogió (él/ella) los libros por su cuenta, o usted le ayudó a escogerlos?

- LOS ESCOGIO POR SU CUENTA 1
- PADRE O MADRE LE AYUDO 2
- AMBOS 3
- NIÑO NO LEYO LIBROS EL ULTIMO MES 4

H. YOUR CHILD'S BEHAVIOR

H1. Le voy a leer una lista de afirmaciones que describen cosas que a veces hacen los niños. Para cada afirmación, quiero que me diga qué tan seguido actúa [CHILD] de esta manera. Para cada una, diría usted que nunca, algunas veces, frecuentemente, o muy frecuentemente?

(READ ALL ITEMS. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH. REPEAT CATEGORIES AS NECESSARY.)

¿Con qué frecuencia [CHILD] ...	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
a. Se une fácilmente con otros para jugar?	1	2	3	4
b. Responde apropiadamente si (lo/la) molestan?...	1	2	3	4
c. Hace y mantiene amigos?	1	2	3	
d. Reconforta o ayuda a otros?	1	2	3	4
e. Se preocupa acerca de cosas?	1	2	3	4
f. Escucha atentamente a otros?	1	2	3	4
g. Actúa como si estuviera triste?	1	2	3	4
h. Controla su genio?	1	2	3	4
i. Coopera con los miembros de la familia?	1	2	3	4
j. Trabaja en algo hasta que lo termina?	1	2	3	4
k. Discute con otros?	1	2	3	4
l. Pelea con otros?	1	2	3	4
m. Muestra interés en una variedad de cosas?	1	2	3	4
n. Le dan rabietas cuando no hace lo que él/ella quiere?	1	2	3	4
o. Se concentra en una tarea e ignora las distracciones?	1	2	3	4
p. Se enoja fácilmente?	1	2	3	4
q. Da la impresión de sentirse solitario?	1	2	3	4
r. Ayuda con las tareas del hogar?	1	2	3	4
s. Tiene problemas para ser aceptado y gustarle a los demás?	1	2	3	4
t. Actúa impulsivamente?	1	2	3	4
u. Muestra bajo amor propio?	1	2	3	4
v. Está ansioso(a) de aprender cosas nuevas?	1	2	3	4
w. Es hiperactivo(a)?	1	2	3	4
x. Es creativo(a) en el trabajo y el juego?	1	2	3	4
y. Es nervioso(a), muy sensible, tenso(a)?	1	2	3	4
z. Es desobediente en el hogar?	1	2	3	4

I. ACTIVITIES WITH YOUR CHILD

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

11. ¿Cuántas veces usted o alguien de su familia le *leyó* a [CHILD] la semana pasada? ¿Diría usted...

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

12. ¿Por cuánto rato disfruta [CHILD] que le lean de una sentada?

[PROBE: ¿Más o menos cuántos minutos?]

MINUTOS		

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

IF YES, ASK: ¿Cuántas veces ha hecho esto usted o alguien de su familia la semana pasada?
¿Diría usted una o dos veces, o tres o más veces?

	SI	NO	1-2 VECES	3+ VECES
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. ¿Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos?.....	1	2	1	2
f. ¿Lo(a) llevó a (él/ella) mientras hacía mandados tales como ir al correo, el banco, o la tienda?	1	2	1	2
g. ¿Lo(a) involucró a (él/ella) en quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar a las mascotas?	1	2	1	2

14. El mes pasado, ¿ha hecho usted o alguien de su familia alguna de 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
g. ¿Hablado con [CHILD] acerca de su historia de familia o herencia étnica.....	1	2
i. ¿Asistido a un evento 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

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

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

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

16. ¿Cuál de lo siguiente tiene usted en su hogar? ¿Qué tal...

	SI	NO
a. Historietas cómicas?	1	2
b. Revistas para niños?	1	2
c. Revistas para adultos?	1	2
d. Periódicos?	1	2
e. Catálogos?	1	2
f. Libros religiosos?	1	2
g. Diccionarios?	1	2
h. Otros libros?	1	2

J. HOUSEHOLD RULES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las reglas y límites impuestos en el hogar.

J1. En su hogar, ¿hay reglas generales 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 la cama [CHILD]?	1	2
e. Qué quehaceres de la casa hace [CHILD]?	1	2

J2. ¿Más o menos cuántas horas al día ve televisión [CHILD]?

HORAS AL DIA: _____

J3. Algunas veces los niños se portan bastante bien y otras no, ¿Le ha pegado a [CHILD] la semana pasada por no portarse bien?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO SECTION K)

J4. ¿Más o menos cuántas veces en la semana pasada?

CANTIDAD DE VECES: _____

K. HEALTH

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

K1. En general, ¿diría usted que la salud de [CHILD] es....

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

K2. ¿Tiene [CHILD] una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

- | | |
|---------|---|
| SI..... | 1 |
| NO..... | 2 |

K3. ¿Tiene [CHILD] un proveedor de servicio de salud en forma regular para servicio médico de rutina, por ejemplo, servicio de bienestar del niño y exámenes físicos completos?

- | | |
|---------|---|
| SI..... | 1 |
| NO..... | 2 |

K4. ¿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..... | 07 |
| (SPECIFY) _____ | |

K5. ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] vio un médico u otro profesional de la salud para un examen físico completo u otro servicio de salud de rutina? ¿Diría usted...

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Menos de 1 año,..... | 1 |
| 1 año, pero menos de 2 años, o | 2 |
| 2 años, o más?..... | 3 |

K6. ¿Ha ido [CHILD] alguna vez a un dentista o higienista dental para servicio dental?

- | | |
|----------|--------------|
| SI | 1 |
| NO | 2 (GO TO K8) |

K7. ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] vio un dentista o higienista dental para servicio dental? ¿Diría usted...

- Menos de 1 año,..... 1
- 1 año, pero menos de 2 años, o 2
- 2 años o más? 3

K8. Ahora algunas preguntas acerca de su salud. ¿Diría usted que su salud en general es...

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

K9. ¿Algún deterioro o problema de salud le impide ahora a usted trabajar en un trabajo o negocio?

- SI 1 (GO TO K11)
- NO 2

K10. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a un deterioro o problema de salud?

- SI 1
- NO 2

K11. ¿Tiene usted un proveedor de servicio de salud regular para su propio servicio médico de rutina, por ejemplo, exámenes físicos completos?

- SI 1
- NO 2

K12. ¿Alguien en su hogar fuma cigarrillos regularmente?

- SI 1
- NO 2

K13. ¿Está cubierto [CHILD] por Medicaid o bajo un programa de seguro de salud del estado, tal como "CHIP"?

- SI 1
- NO 2

K14. ¿Está cubierto [CHILD] por un seguro de salud distinto a Medicaid a través de (su trabajo) o el trabajo de otro adulto de su hogar que esté empleado?

SI..... 1
NO..... 2

K15. ¿Tiene su familia seguro de salud distinto a Medicaid a través de (su trabajo) o el trabajo de otro adulto que esté empleado?

SI..... 1
NO..... 2
DON'T KNOW 8

L. DISABILITIES

L1. ¿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	NO
a. Antes que [CHILD] empezara Head Start?	1	2
b. Durante el tiempo en que [CHILD] estaba matriculado(a) en Head Start?.....	1	2

BOX L-1A

IF “NO” BOT BOTH L1a AND b, CHECK THIS BOX ... AND GO TO SECTION M. OTHERWISE, GO TO L2.

L2. ¿Alguien del personal de Head Start sugirió que pidiera una opinión profesional?

SI.....	1
NO.....	2

L3. ¿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	1	2
(SPECIFY)_____		

L4. ¿La(s) incapacidad(es) de [CHILD] afecta(n) su habilidad para aprender?

SI..... 1
 NO..... 2

L5. ¿Qué tan útil ha sido Head Start o qué tan útil fue Head Start ...

	<u>Nada útil</u>	<u>Un poco útil</u>	<u>Útil</u>	<u>Muy útil</u>
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, recomendada, y así sucesivamente	1	2	3	4

L6. ¿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 SECTION M)

L7. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el desarrollo 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

L8. ¿Fue desarrollado este plan con el personal de la escuela, o con alguna otra persona o agencia?

SCHOOL STAFF 1
 NOT SCHOOL STAFF 2

L9. ¿Está [CHILD] recibiendo ...

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

L10. ¿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

M. YOU AND YOUR FAMILY

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted y de su familia.

M1. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero(a), nunca casado(a)	1
Casado(a)	2
Declarado(a)	3
Divorciado(a).....	4
Viudo(a).....	5

M2. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad o mayores viven en su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS: _____

M3. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños y niñas de 17 años de edad y menores viven en su hogar?

CANTIDAD DE NIÑOS: _____

M4. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted ha completado?

HASTA 8º GRADO.....	01
9º A 11º GRADO	02
12º 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; LAW/JD/LLB; ETC.).....	13
DON'T KNOW	98

M5. ¿Está usted actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- | | | |
|--|----|----------------------|
| TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO
(30 HORAS O MAS A LA SEMANA)..... | 01 | |
| TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL..... | 02 | |
| BUSCANDO TRABAJO | 03 | } GO TO
BOX M-10A |
| SUSPENDIDA DEL TRABAJO | 04 | |
| EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO..... | 05 | |
| EN LA CARCEL/PRISION | 06 | |
| EN EL EJERCITO | 07 | |
| ATENDIENDO LA CASA | 08 | |
| ALGUNA OTRA COSA | 09 | |
| (SPECIFY)_____ | | |
| DON'T KNOW | 98 | |

M6. ¿Está usted trabajando todavía para el mismo empleador para quien estaba trabajando en la primavera del 2001?

- | | |
|---------|--------------|
| SI..... | 1 |
| NO..... | 2 (GO TO M8) |

M7. ¿Está usted haciendo el mismo tipo de trabajo que estaba haciendo en la primavera del 2001?

- | | |
|---------|---------------------|
| SI..... | 1 (GO TO BOX M-10A) |
| NO..... | 2 |

M8. ¿Dónde ha trabajado usted desde la primavera del 2001?

[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

M9 ¿Qué tipo de trabajo está haciendo usted y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

M10.

<i>To be coded by home office only</i>	
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 M-10A

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIRTH MOTHER 1 (GO TO BOX M-25A)
SOMEONE ELSE 2 (CONTINUE WITH M11)

M11. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

MADRE ESTA EN EL HOGAR 1 (GO TO M15)
 MADRE NO ESTA EN EL HOGAR..... 2
 MADRE FALLECIDA..... 3 (GO TO BOX M-25A)

M12. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI 1
 NO 2

M13. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

CANTIDAD DE DIAS: _____

M14. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 00 (GO TO M23)
 DON'T KNOW 98

O

CANTIDAD: _____ DIAS 1
 SEMANAS 2
 MESES 3
 AÑOS 4

BOX M-14A

IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX...

THEN SKIP TO BOX M-22A.

M15. Desde el comienzo de este año escolar, ¿la madre de [CHILD] ha...

	SI	NO	DK
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, ha asistido a una reunión general o de regreso a clases de la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros?.....	1	2	8
b. Ido a una conferencia de padres y maestros programada regularmente con el maestro de {CHILD}?	1	2	8
c. Asistido a una clase o acontecimiento de la escuela, tal como un evento debido a CHILD)?	1	2	8
d. Participado como voluntario en la escuela o en una comisión?	1	2	8

M16. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó la madre de [CHILD]?

HASTA 8º GRADO.....	01
9º A 11º GRADO.....	02
12º 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; LAW/JD/LLB; ETC.).....	13
DON'T KNOW.....	98

M17. ¿Está ella actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS A LA SEMANA).....	01	} GO TO BOX M-22A
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL.....	02	
BUSCANDO TRABAJO.....	03	
SUSPENDIDA DEL TRABAJO.....	04	
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO.....	05	
EN LA CARCEL/PRISION.....	06	
EN EL EJERCITO.....	07	
ATENDIENDO LA CASA.....	08	
ALGUNA OTRA COSA.....	09	
(SPECIFY)_____		
DON'T KNOW.....	98	

M18. ¿Está ella trabajando todavía para el mismo empleador para quien estaba trabajando en la primavera del 2001?

SI.....	1
NO.....	2 (GO TO M20)

M19. ¿Está ella haciendo el mismo tipo de trabajo que estaba haciendo en la primavera del 2001?

SI.....	1 (GO TO BOX M-22A)
NO.....	2

M20. ¿Dónde ha trabajado ella desde la primavera del 2001?

[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

- a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____
- b. TIPO DE NEGOCIO: _____

M21. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo ella y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

- a. TIPO DE TRABAJO: _____
- b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

M22.

<i>To be coded by home office only</i>	
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 M-22A

**IF CHILD'S MOTHER IS IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX....
THEN SKIP TO BOX M-25A.**

M23. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI..... 1
NO..... 2

M24. ¿Hay alguna otra persona que sea como una madre para [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO BOX M-25A)

M26. ¿Quién es esa persona? ¿Es ella...

[Usted,] 1
Su (esposa/compañera), 2
Una parienta del niño que vive en el hogar, 3
Una parienta del niño que no vive en el hogar, 4
Una amiga de la familia que vive en el hogar, o 5
Una amiga de la familia que no vive en el hogar? 6

BOX M-25A

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s FATHER 1 (GO TO M41)
SOMEONE ELSE 2 (CONTINUE WITH M26)

M26. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

PADRE ESTA EN EL HOGAR..... 1 (GO TO M30)
PADRE NO ESTA EN EL HOGAR 2
PADRE FALLECIDO..... 3 (GO TO M39)

M27. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2
DON'T KNOW 8

M28. El último pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

CANTIDAD DE DIAS: _____

M29. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 00 (GO TO M38)
 DON'T KNOW 98

O

CANTIDAD: _____ DIAS 1
 SEMANAS 2
 MESES..... 3
 AÑOS..... 4

BOX M-29A
IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX....
THEN SKIP TO M38.

M30. Desde el comienzo de este año escolar, ¿el padre de [CHILD] ha...

	SI	NO	DK
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, ha asistido a una reunión general o de regreso a clases de la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros?.....	1	2	8
b. Ido a una conferencia de padres y maestros programada regularmente con el maestro de [CHILD]?	1	2	8
c. Asistido a una clase o acontecimiento de la escuela, tal como un evento debido a [CHILD]?	1	2	8
d. Participado como voluntario en la escuela o en una comisión?	1	2	8

M31. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó el padre de [CHILD]?

HASTA 8º GRADO..... 01
 9º A 11º GRADO 02
 12º 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; LAW/JD/LLB; ETC.) 13
 DON'T KNOW 98

M32. ¿Está él actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- | | | |
|---|----|----------------------|
| TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO
(30 HORAS O MAS A LA SEMANA) | 01 | |
| TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL..... | 02 | |
| BUSCANDO TRABAJO | 03 | } GO TO
BOX M-37A |
| SUSPENDIDA DEL TRABAJO | 04 | |
| EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO..... | 05 | |
| EN LA CARCEL/PRISION | 06 | |
| EN EL EJERCITO..... | 07 | |
| ATENDIENDO LA CASA | 08 | |
| ALGUNA OTRA COSA (<i>SPECIFY</i>) | 09 | |
| _____ | | |
| DON'T KNOW | 98 | |

M33. ¿Está él trabajando todavía para el mismo empleador para quien estaba trabajando en la primavera del 2001?

- | | |
|---------|---------------|
| SI..... | 1 |
| NO..... | 2 (GO TO M35) |

M34. ¿Está él haciendo el mismo tipo de trabajo que estaba haciendo en la primavera del 2001?

- | | |
|---------|---------------------|
| SI..... | 1 (GO TO BOX M-37A) |
| NO..... | 2 |

M35. ¿Dónde ha trabajado él desde la primavera del 2001?

[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

M36. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo él y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

M37.

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 M-37A
IF CHILD'S FATHER IS IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX....
THEN SKIP TO M41.

M38. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] del padre de (él/ella)?

- SI..... 1
- NO..... 2
- DON'T KNOW 8

M39. ¿Hay alguna otra persona que sea como un padre para [CHILD]?

- SI..... 1
- NO..... 2 (GO TO M41)

M40. ¿Quién es esa persona? ¿Es él...

- (Usted,) 1
- Su (esposo/compañero),..... 2
- Un pariente del niño que vive en el hogar, 3
- Un pariente del niño que no vive en el hogar, 4
- Un amigo de la familia que vive en el hogar, o 5
- Un amigo de la familia que no vive en el hogar? 6

M41. 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 HH, WRITE "NO ONE ELSE" AT C.

M41a. Nombre	M41b. ¿Cuál es la relación o parentesco de [NAME] con [CHILD]? (SEE CODES BELOW)	M41c. ¿Qué edad tiene [NAME]?
a. [CHILD]		
b. RESPONDENT		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		
k.		
l.		
m.		
n.		
o.		
RELATIONSHIP CODES:		
01=Madre Biológica/Adoptiva 02=Padre Biológico/Adoptivo 03=Madrastra 04=Padrastra 05=Abuela 06=Abuelo 07=Bisabuela 08=Bisabuelo 09=Hermana/Hermanastra 10=Hermano/Hermanastro	11=Otra pariente o pariente política 12=Otro pariente o pariente político 13=Madre de Crianza ("Foster") 14=Padre de Crianza ("Foster") 15=Otra que no es pariente 16=Otro que no es pariente 17=Compañera del Padre 18=Compañero de la Madre 97=Refused 98=Don't know	

N. INCOME AND HOUSING

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

N1. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda en los últimos seis meses?

		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

BOX N-1A

IF N1 a, c, OR d WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX.....
THEN ASK N2. OTHERWISE, GO TO N3.

N2. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les ha requerido que hagan ciertas cosas tales como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le requiere a usted o pronto se le requerirá 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.	busque un trabajo?.....	1	2
d.	haga alguna otra cosa?.....	1	2
	(SPECIFY) _____		

N3. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS: _____

N4. Pensando acerca de todas las fuentes de ingreso acerca de las que usted me acaba de hablar, ¿cuál fue el ingreso total para su hogar el último mes antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estará bien.

INGRESO DEL HOGAR \$ __ , __ __ __ (GO TO N6)

O

REFUSED..... 7 (GO TO N6)
 DON'T KNOW..... 8 (CONTINUE WITH N5)

N5. ¿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

Nuestras siguientes preguntas son acerca de vivienda.

N6. ¿Vive usted ahora en ...

una casa, un departamento, o una casa móvil propia, con su familia solamente,	1
una casa, un departamento, o una casa móvil que usted comparte con otra familia,.....	2
vivienda de transición (departamento) o un refugio para personas sin hogar, o	3
Algún otro lugar?..... (SPECIFY)_____	4

N7. ¿Cuántas veces se ha mudado usted en lo últimos seis meses?

VECES: _____

N8. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su casa o apartamento, paga alquiler, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

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

N9. ¿Ha vivido [CHILD] alguna vez separado de [usted/la madre de (él/ella)] por seis meses o más, sin incluir vacaciones, o arreglos de custodia compartida?

SI..... 1
NO..... 2

N10. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de un crimen o violencia doméstica?

SI..... 1
NO..... 2
REFUSED..... 7
DON'T KNOW..... 8

N11. Desde que [CHILD] nació, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de un crimen o violencia doméstica?

SI..... 1
NO..... 2
REFUSED..... 7
DON'T KNOW..... 8

N12. El último año, ¿alguien de su hogar o (el padre/la madre) biológico(a) de [CHILD] ha sido arrestado(a) o acusado(a) de un crimen por la policía?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO SECTION O)
REFUSED..... 7 (GO TO SECTION O)
DON'T KNOW..... 8 (GO TO SECTION O)

N13. ¿Pasó esta persona algún tiempo en la cárcel?

SI..... 1
NO..... 2
REFUSED..... 7
DON'T KNOW..... 8

O. CHILD CARE

Ahora hablemos acerca de los arreglos para el cuidado infantil que usted está usando actualmente para [CHILD]. El cuidado infantil no incluye el tiempo en las clases de kindergarten, pero puede incluir arreglos para el cuidado infantil separados en la escuela antes o después de las clases.

O1. ¿Está [CHILD] recibiendo cuidado infantil?

SI..... 1
 NO..... 2 (GO TO SECTION P)

O2. ¿En cuántos diferentes arreglos para el cuidado del niño pasa tiempo [CHILD] a la semana?

CANTIDAD DE ARREGLOS: _____

O3. ¿Dónde está el principal proveedor de cuidado infantil?

EN EL HOGAR DE [CHILD] CON ALGUIEN QUE NO ES
 SU PADRE O SU MADRE 1
 HOGAR DE PARIENTES 2
 HOGAR DE PERSONAS QUE NO SON PARIENTES 3
 EN LA ESCUELA EN UN PROGRAMA ANTES O DESPUES
 DE CLASES (O CUIDADO AL FINALIZAR) 4
 OTRO CENTRO DE CUIDADO DEL NIÑO..... 5
 OTHER..... 6
 (SPECIFY) _____

O4. ¿Cuántas horas a la semana se usa este cuidado?

HORAS A LA SEMANA: _____

O5. ¿Quién paga por este cuidado del niño?

	SI	NO
a. ¿Paga por esto usted mismo(a)?.....	1	2
b. ¿Paga una agencia de gobierno?.....	1	2
c. ¿Paga un empleador?.....	1	2
d. ¿Intercambia usted cuidado del niño con alguna otra persona?.....	1	2
e. Other (SPECIFY) _____	1	2

O6. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] con el cuidado infantil. Por favor dígame cual de estas respuestas describe mejor la experiencia de [CHILD]: *nunca, algunas veces, frecuentemente, o siempre*:

	Nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Siem-pre
a. [CHILD] se siente seguro y protegido en el cuidado.	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

P. YOUR FEELINGS

P1. Le voy a leer una lista de sentimientos o actitudes que las personas tienen acerca de sí 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

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. No hay manera realmente que yo pueda resolver algunos de los problemas que 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

P2. 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 moderadamente, 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. Tuvo 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. Usted se sintió solitario(a)	1	2	3	4
k. Usted se sintió triste	1	2	3	4
l. Usted no podía "continuar"	1	2	3	4

BOX P-2A

INTERVIEWER: COMPLETE KINDERGARTEN CONSENT/TEACHER INFO FORM.
WHEN COMPLETE, CHECK BOX -- THEN CONTINUE BELOW.

Estas son todas las preguntas que tengo ahora. Quisiera darle muchas gracias por participar en esta entrevista. Permítame recordarle que nuestro equipo de investigación estará en su área durante las semanas de:

[DATES FROM SCHEDULE] _____

Alguien del equipo se comunicará pronto con usted para programar una cita para evaluar a [CHILD]). Como mencioné anteriormente, una vez que la evaluación haya sido completada, usted recibirá \$25 por su tiempo y [CHILD] recibirá un juguete.

COMPLETE SECTION Q AFTER INTERVIEW COMPLETE.

Q. CONFIDENCE RATINGS

Q1. Interview Completion Code:

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

Q2. 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