

**SLAITS NATIONAL SURVEY OF
CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS 2
SPANISH QUESTIONNAIRE
July 6, 2006**

Section 1. NIS/SLAITS ELIGIBILITY AND SCREENERS.....	2
Section 2. INITIAL SCREENING.	7
Section 3. HEALTH AND FUNCTIONAL STATUS	21
Section 4. ACCESS TO CARE: UTILIZATION AND UNMET NEEDS	31
Section 5. CARE COORDINATION	56
Section 6A. FAMILY CENTERED CARE.....	60
Section 6B. TRANSITION ISSUES.....	62
Section 6C. EASE OF SERVICE USE.....	64
Section 6D. HURRICANE EVACUEES	67
Section 7. HEALTH INSURANCE.....	72
Section 8. ADEQUACY OF HEALTH CARE COVERAGE.....	79
Section 9. IMPACT ON THE FAMILY.....	80
Section 10. FAMILY COMPOSITION	83
Section 11. INCOME.....	87
Section 11A. TELEPHONE LINE AND HOUSEHOLD INFORMATION	92
CALLBACK / REFUSAL CONVERSION SCRIPT.....	95

Section 1. NIS/SLAITS ELIGIBILITY AND SCREENERS

S.C. = Sample Child

[CATI INSTRUCTIONS:

CREATE A FLAG THAT WOULD IDENTIFY THE TWO SAMPLES

IF REPLID IN () THEN SAMPLE_USE_CODE = 02 (MAIN SAMPLE);

IF REPLID IN () THEN SAMPLE_USE_CODE = 3 (REFERENT SAMPLE);

IF REPLID IN () THEN SAMPLE_USE_CODE = 4 (AUGMENTATION SAMPLE).

- Intro_1 Hola, me llamo _____. Lo estoy llamando en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos haciendo una encuesta sobre la salud de niños y adolescentes en los Estados Unidos, (y me dijeron que usted era la persona a quien debía consultar sobre la salud del/de la niño/a o los niños que viven en su hogar). (use la frase entre paréntesis cuando esté devolviendo una llamada)
- (01) CONTINUE WITH INTERVIEW **[SKIP TO S1]**
(02) CONFIRM THIS IS A BUSINESS **[SKIP TO SALZ]**
(88) EMERGENCY NO KIDS CONFIRMATION **[GO TO SF9]**
(04) ANSWERING MACHINE **[SET ITS = 34, 35, 36, OR 37]**
(05) ANSWERING SERVICE **[GO TO SASERV]**
- SALZ ¿Es este numero de telefono solo para uso de un negocio?
- (01) YES **[GO TO SALZ_BUS]**
(02) No **(SKIP BACK TO Intro_01)**
(88) EMERGENCY. NO CHILDREN **[GO TO SF9]**
- SALZ_BUS Estamos entrevistando en residencias privadas solamente. Muchas gracias.
[ENTER DISPOSITION AND TERMINATE INTERVIEW AND SET ITS=38]
- SASSERV BASED ON THE ANSWERING SERVICE, WAS THIS DEFINITELY A BUSINESS, A HOUSEHOLD, OR COULD NOT BE DETERMINED?
- (01) BUSINESS – SET TO BUSINESS DISPOSITION
(02) HOUSEHOLD – SET TO CALL BACK
(03) COULD NOT DETERMINE – SET AS CALL BACK
- [TERMINATE INTERVIEW]**
- S1 ¿Estoy hablando con alguien que vive en este hogar y tiene más de 17 años de edad?
- (01) YES, I AM THAT PERSON **[SKIP TO S_NUMB]**
(02) THIS IS A BUSINESS **[SKIP TO SALZ_BUS]**
(03) NEW PERSON COMES TO PHONE **[SKIP BACK TO INTRO_01]**
(08) DOES NOT LIVE IN HOUSEHOLD **[CALLBACK, SET DISP AND TERMINATE]**
(09) NO PERSON AT HOME WHO IS OVER 17 **[SKIP TO S2_B]**
(99) REFUSED **[GO TO REFUSAL CONVERSION, SET DISP AND TERMINATE]**

S2_B ¿Vive alguien mayor de 17 años de edad en su hogar?
(01) YES > Cuál sería una buena hora para volver a llamar y hablar con esa persona?
[SCHEDULE APPOINTMENT]
(02) No **[TERMINATE INTERVIEW]**
(88) EMERGENCY, NO CHILDREN **[GO TO SF9]**

SF9 Solamente para estar seguro(a) de que tengo la información correcta, ¿hay algún niño que tenga entre 18 y 36 meses de edad y que esté viviendo en su hogar de manera permanente o temporal?

(01) YES **[RETURN TO QUESTION THAT ROUTED TO SF9]**
(02) NO **[TERMINATE INTERVIEW]**

NIS SCREENING

S_NUMB ¿Cuántos niños entre 12 meses y 3 años de edad están viviendo en su hogar?
HELP SCREEN (S_NUMB): CHILDREN IN THIS CATEGORY HAVE TURNED 19 MONTHS OLD AND HAVE NOT CELEBRATED THEIR THIRD BIRTHDAY.

IF ONE OR MORE, ENTER
NUMBER OF CHILDREN _____ (CATI: RANGE IS 00 TO 09)
(77) DON'T KNOW **[TERMINATE AND DISP AS CALLBACK]**
(99) REFUSED **[TERMINATE AND DISP AS REFUSAL]**

[IF S_NUMB = 0 and samptype = 2 or 3 then go to S_UNDR18 in SLAITS Roster, ELSE GO TO S3_TERM]
[CATI: IF S_NUMB > 0, CONTINUE WITH NIS INTERVIEW.]

ROSTER SECTION BEGINS

[TIME STAMPS – SECTION1]

INTRO_AUG **IF sample_use_code = 4, READ INTRO_AUG. ELSE, SKIP TO S_UNDR18**

Hola, me llamo _____. Lo estoy llamando en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos haciendo una encuesta sobre la salud de niños y adolescentes en los Estados Unidos, (y me dijeron que usted era la persona a quien debía consultar sobre la salud del/de la niño/a o los niños que viven en su hogar). (use la frase entre paréntesis cuando esté devolviendo una llamada)

(01) CONTINUE WITH INTERVIEW

[FROM THIS POINT FORWARD, IF sample_use_code=4 > FOLLOW PATH OF sample_use_code=2]

S_UNDR18 **[IF S_NUMB GE 01 AND NIS IS DONE, FILL S_UNDR18 FROM NIS DATA
S_UNDR18 = C1 – C1A. C1 – C1A CANNOT BE LE 0. IF THAT IS THE CASE, ASK
S_UNDR18]**

¿Cuántas personas menores de 18 años de edad viven en su hogar?
**(CATI: 02 NUMERIC-CHARACTER FIELD TO ALLOW FOR DK/REF VALUES,
RANGE: 00-09)**

(77) Don't know **[TERMINATE AND DISP AS A CALLBACK]**
(99) Refused **[TERMINATE AND DISP AS A REFUSAL]**

ENTER NUMBER OF CHILDREN UNDER 18
ENTER 77 FOR DON'T KNOW AND 99 FOR REFUSED

A CHILD IS COUNTED AS "LIVING IN THE HOUSEHOLD" IF THE CHILD:
- HAS BEEN STAYING THERE (OR IS EXPECTED TO STAY THERE) FOR AT LEAST TWO MONTHS
- THE LENGTH OF THE CURRENT STAY IS UNKNOWN, BUT THERE IS NO OTHER PLACE WHERE THE CHILD USUALLY STAYS
- USUALLY STAYS IN THE HOUSEHOLD, BUT IS CURRENTLY AWAY FOR LESS THAN TWO MONTHS (WHETHER TRAVELING, IN THE HOSPITAL, OR AWAY FOR ANY OTHER REASON)
- USUALLY STAYS IN THE HOUSEHOLD, BUT IS CURRENTLY AWAY FOR TWO MONTHS OR MORE BECAUSE THEY ARE AT SCHOOL (COLLEGE, BOARDING SCHOOL, MILITARY ACADEMY, PREP SCHOOL, ETC.)
- ONLY LIVES PART-TIME IN THE HOUSEHOLD BECAUSE OF CUSTODY ISSUES, BUT IS STAYING THERE AT THE TIME OF THE CALL

NUMBER OF CHILDREN = 0 > GO TO NOCHILD
NUMBER OF CHILDREN > 1 AND HH NIS-ELIGIBLE > GO TO SL_INTRO
NUMBER OF CHILDREN > 1 AND HH NIS-INELIGIBLE > GO TO ISC200

NOCHILD Hemos llegado al final del cuestionario. Quiero agradecerle en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades por el tiempo y el esfuerzo dedicado a contestar estas preguntas. **[TERMINATE]**

ISC200 **(IF NIS-ELIGIBLE HOUSEHOLD, SKIP TO SL_INTRO)**
Necesitamos hablar con el padre, madre o tutor que viva en esta casa y que sepa sobre la salud y la atención médica del niño/a o de los niños/as (FILL 'niño/a' OR 'niños/as' AS APPROPRIATE) menor/es de 18 años. ¿Quién sería esa persona?

(01) MYSELF **(SKIP TO SL_INTRO)**
(02) SOMEONE ELSE **(SKIP TO ISC240)**

NOTE: THE FOLLOWING OPTION SHOULD BE USED VERY RARELY. IF YOU DO SELECT THIS OPTION, IT WILL BE CAREFULLY REVIEWED BY A SUPERVISOR. BE SURE TO LEAVE GOOD CALL NOTES!

(33) THERE IS NO ONE PERSON WHO KNOWS ABOUT ALL THE CHILDREN IN THE HOUSEHOLD

ISC240 El resto de la encuesta trata sobre la salud y la atención médica del niño/a o niños/as (FILL 'niño/a' OR 'niños/as' AS APPROPRIATE) menor/es de 18 años, por lo que desearía hablar con esa persona.

- (01) YES (SKIP TO INTRO3)
(02) NO (GO TO SCHEDULE APPOINTMENT)

SL_INTRO **IF 1) sample_use_code = 2 AND S3_INTRO OR 2) IF NIS S3_INTRO AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD:**

Ahora le haré algunas preguntas sobre otras necesidades de atención médica de los niños. Como antes, usted puede optar por no contestar cualquier pregunta, y puede dar por terminada la encuesta en cualquier momento. Usted no será penalizado/a por ello. Una vez que le haya hecho unas pocas preguntas, podré decirle cuánto tiempo tomará el resto de la entrevista. Ahora, si no tiene ninguna pregunta, quisiera continuar.

IF sample_use_code = 2 AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD:

Antes de continuar, quisiera que sepa que su participación en esta encuesta es voluntaria. Puede saltarse cualquier pregunta que no quiera contestar y puede dar por terminada la entrevista sin ninguna penalización. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales, de acuerdo a lo que establecen las leyes federales. Si lo desea, puedo describirle las mismas. Allí se le garantiza que sus respuestas se utilizarán únicamente con fines de investigación estadística. Una vez que le haya hecho unas pocas preguntas, podré decirle cuánto tiempo tomará el resto de la entrevista. Para evaluar mi desempeño, es posible que mi supervisor(a) grabe y escuche cuando le haga las preguntas. Ahora, si usted no tiene otra pregunta, quisiera continuar.

IF sample_use_code = 3 AND S3_INTRO WAS READ:

Ahora le haré algunas preguntas sobre otras necesidades de atención médica de los niños. Como antes, usted puede optar por no contestar cualquier pregunta, y puede dar por terminada la encuesta en cualquier momento. Usted no será penalizado/a por ello. Una vez que le haya hecho unas pocas preguntas, podré decirle cuánto tiempo tomará el resto de la entrevista. Ahora, si no tiene ninguna pregunta, quisiera continuar.

IF sample_use_code = 3 AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD:

Antes de continuar, quisiera recordarle que su participación en esta encuesta es voluntaria. Puede saltarse cualquier pregunta que no desee contestar y puede dar por terminada la entrevista en cualquier momento sin ninguna penalización. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales, de acuerdo a lo que establecen las leyes federales. Si lo desea, puedo describirle estas leyes. Ellas garantizan que sus respuestas se utilizarán únicamente con fines de investigación estadística. Una vez que le haya hecho unas pocas preguntas, podré decirle cuánto tiempo tomará el resto de la entrevista. Para evaluar mi desempeño, es posible que mi supervisor(a) grabe y escuche esta entrevista. Ahora, si usted no tiene ninguna pregunta, quisiera continuar.

(01) CONTINUE WITH INTERVIEW (IF SAMPLE_USE_CODE = 2 AND S3_INTRO WAS READ OR IF S3_INTRO READ AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD, GO TO SECTION 2 CATI INSTRUCTIONS

IF SAMPLE_USE_CODE = 3 AND S3_INTRO WAS READ OR IF S3_INTRO WAS READ AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD, GO TO SECTION 2 CATI INSTRUCTIONS

ELSE, GO TO SL_INTRO_EVAL_R]

- (02) HUNG UP DURING 1ST/2ND SENTENCE (SET ITS CODE AS REFUSAL)
(03) HUNG UP DURING 3RD/4TH SENTENCE (SET ITS CODE AS REFUSAL)
(04) HUNG UP DURING 5TH/6TH SENTENCE (SET ITS CODE AS REFUSAL)
(05) HUNG UP DURING 7TH/8TH SENTENCE (SET ITS CODE AS REFUSAL)

READ IF NECESSARY: La Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act) se encuentra descrita en el Volumen 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 242k. La recolección de la información contenida en esta encuesta está autorizada por la sección 306 de esta Ley. La sección 308d de la misma y la Ley de Protección de Información Confidencial y Eficiencia Estadística aseguran la confidencialidad de sus respuestas.

SL_INTRO_EVAL_R

- (01) YES, RESPONDENT AGREES TO RECORDING/LISTENING (**GO TO SECTION 2 CATI INSTRUCTIONS**)
- (02) NO, RESPONDENT DOES NOT AGREE TO RECORDING/LISTENING (**GO TO SECTION 2 CATI INSTRUCTIONS**)

INTRO3

Hola, me llamo (nombre del encuestador). Lo estoy llamando en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos haciendo una encuesta sobre la salud de niños y adolescentes en {FILL: NAME OF STATE} y me dijeron que usted era la persona a quien debía consultar sobre la salud del niño/a o niños/as (FILL 'niño/a' OR 'niños/as' AS APPROPRIATE) que viven en su hogar.

01 – ENTER TO CONTINUE

INTRO3B

IF sample_use_code = 2 AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD:

Ahora le haré algunas preguntas sobre otras necesidades de atención médica de los niños. Como antes, usted puede optar por no contestar cualquier pregunta, y puede dar por terminada la encuesta en cualquier momento. Usted no será penalizado/a por ello. Una vez que le haya hecho unas pocas preguntas, podré decirle cuánto tiempo tomará el resto de la entrevista. Ahora, si no tiene ninguna pregunta, quisiera continuar.

IF sample_use_code = 3 AND NIS-INELIGIBLE HOUSEHOLD:

Antes de continuar, quisiera que sepa que su participación en esta encuesta es voluntaria. Puede saltarse cualquier pregunta que no quiera contestar y puede terminar la entrevista sin ninguna penalización. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales, de acuerdo a lo que establecen las leyes federales. Si lo desea, puedo describirle las mismas. Ellas garantizan que sus respuestas se utilizarán únicamente con fines de investigación estadística. Una vez que le haya hecho unas pocas preguntas, podré decirle cuánto tiempo tomará el resto de la entrevista. Para evaluar mi desempeño, es posible que mi supervisor(a) grabe y escuche esta entrevista. Ahora, si usted no tiene ninguna pregunta, quisiera continuar.

- (01) CONTINUE WITH INTERVIEW (**GO TO INTRO3B_EVAL_R**)
- (02) HUDI – DURING 1ST/2ND SENTENCE (**GO TO REFUSAL CONVERSION QUEUE**)
- (03) HUDI – DURING 3RD/4TH SENTENCE (**GO TO REFUSAL CONVERSION QUEUE**)
- (04) HUDI – DURING 5TH/6TH SENTENCE (**GO TO REFUSAL CONVERSION QUEUE**)
- (05) HUDI – DURING 7TH/8TH SENTENCE (**GO TO REFUSAL CONVERSION QUEUE**)

READ IF NECESSARY: La Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act) se encuentra descrita en el Volumen 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 242k. La recolección de la información contenida en esta encuesta está autorizada por la sección 306 de esta Ley. La sección 308d de la misma y la Ley de Protección de Información Confidencial y Eficiencia Estadística aseguran la confidencialidad de sus respuestas.

INTRO3B_EVAL_R

- (01) YES, RESPONDENT AGREES TO RECORDING/LISTENING (**GO TO SECTION 2 CATI INSTRUCTIONS**)
- (02) NO, RESPONDENT DOES NOT AGREE TO RECORDING/LISTENING (**GO TO SECTION 2 CATI INSTRUCTIONS**)

Section 2. INITIAL SCREENING.

[TIME STAMPS – SECTION21]

IF sample use code = 02

CATI: C2Q01 THROUGH C2Q03 AND CW10Q01 THROUGH CW10Q02a ARE TO BE ASKED FOR ALL CHILDREN WITHIN A HOUSEHOLD. ALLOW LOOP FOR UP TO 9 CHILDREN. THE LOOP WILL HAVE TO OCCUR FIRST FOR C2Q01-AGE_CONF FOR ALL CHILDREN, SECOND FOR C2Q03, AND LATER FOR CW10Q01-CW10Q02a.

IF ANY CHILD WAS NIS-ELIGIBLE, AND DEMOGRAPHIC QUESTIONS WERE ASKED IN NIS INTERVIEW, DO NOT REPEAT FOR THAT CHILD/THOSE CHILDREN HERE.

IF HOUSEHOLD WAS NIS-ELIGIBLE AND ANY NIS INTERVIEW WAS PERFORMED AND S_UNDR18 > S_NUMB, SKIP TO C2Q0A.

ELSE GO TO SC1_INTRO

FOR C2Q01: IF S_UNDR18 > 1, USE “el hijo/a mayor”, “el segundo/a hijo mas mayor”, “su hijo/a menor”, ETC. FOR (CHILD) FILL / IF S_UNDR18=1, USE “su hijo/a” FOR (CHILD) FILL

IF sample use code = 3

BASED ON THE VALUE OF S_UNDR18, CREATE A ROSTER OF CHILDREN IN THE HOUSEHOLD. THE ROSTER WILL HAVE UP TO 9 CHILDREN. CHILDREN WILL BE ROSTERED FROM THE OLDEST TO THE YOUNGEST.

1. THE OLDEST CHILD
2. THE SECOND OLDEST CHILD
3. THE THIRD OLDEST CHILD
4. THE FOURTH OLDEST CHILD
5. THE FIFTH OLDEST CHILD
6. THE SIXTH OLDEST CHILD
7. THE SEVENTH OLDEST CHILD
8. THE EIGHTH OLDEST CHILD
9. THE NINTH OLDEST CHILD

TO SIMPLIFY THE IDENTIFICATION OF THE SELECTED CHILD, THE CHILD IN THE ROSTER POSITION WITH THE VALUE OF S_UNDR18 WILL BE REFERRED TO AS THE YOUNGEST CHILD. I.E., IF THERE ARE THREE CHILDREN IN THE HOUSEHOLD, THE THIRD CHILD IN THE ROSTER IS REFERRED TO AS THE YOUNGEST.

NEXT, RANDOMLY SELECT ONE CHILD BASED ONLY ON THAT CHILD’S POSITION IN THE ROSTER. STORE THE ROSTER POSITION OF THE CHILD IN FLG_HH (01-9). THE FILL [S.C.] WILL REFLECT THE CHILD’S AGE, FOR EXAMPLE, THE SECOND OLDEST CHILD.

ALL OF THE QUESTIONS STARTING WITH C2Q01 WILL BE ASKED ABOUT THE SELECTED CHILD ONLY.

IF NIS INTERVIEW WAS CONDUCTED, GO TO NIS_WHO, ELSE GO TO SELECTION.

NIS_WHO **[IF S_NUMB = S_UNDR18 = 1, GO TO SC1_INTRO]**
El resto de la encuesta tratará sobre la salud y la atención médica de (S.C.) que vive en su hogar.
¿Es **(FILL NAME FROM NIS, IF MORE THAN ONE NIS-ELIGIBLE CHILD WAS IDENTIFIED, FILL THE NAMES OF ALL NIS CHILDREN. IF MORE THAN ONE NIS CHILD, THE LAST NAME SHOULD BE PRECEDED WITH ‘o’)**?

1. FIRST NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
2. SECOND NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
3. THIRD NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
4. FOURTH NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
5. FIFTH NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
6. SIXTH NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
7. SEVENTH NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
8. SEVENTH NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
9. EIGHTH NIS CHILD NAME >GO TO C2Q01
10. NO > GO TO C2Q01

SELECTION **(IF S_UNDR18 = 01 then fill (S.C.) with “niño/a”)**. El resto de la encuesta tratará sobre la salud y la atención médica de (S.C.), que vive en su casa. La computadora seleccionó al azar a este niño para la encuesta, por lo que a partir de este momento las preguntas se referirán únicamente a él.

Begin Loop

C2Q0A **(FOR NIS ELIGIBLE CASES)**
Usted ya me ha dicho la fecha de nacimiento de **(NAME OF NIS-ELIGIBLE CHILD OR CHILDREN)**. Ahora, ¿podría por favor decirme la edad de su/s otro/s **(IF [S_UNDR18 - S_NUMB =1; INSERT ‘niño/a’/ IF [S_UNDR18 - S_NUMB > 1; INSERT ‘[S_UNDR18 - S_NUMB] niños/as’)** menor/es de 18 años?

- (01) YES **[SKIP TO C2Q01B]**
(02) CONTINUE TO AGE QUESTION **[SKIP TO S_UNDR18, CORRECT, AND RETURN TO C2Q0A]**

[AFTER COLLECTING ALL AGES CALCULATE AGE IN YEARS. SAVE AS AGEID. AGEID EQUALS AGE IN YEARS PLUS THE PHRASE "your N MONTH(YEAR) OLD". FOR EXAMPLE, "your 8 YEAR OLD".]
[CATI: AGE MUST BE BETWEEN 0-17 YEARS]

C2Q01B ¿Cual es la edad de su (CHILD) menor/es de 18 años?
[CATI: 02 NUMERIC-CHARACTER FIELD FOR MONTHS 02 NUMERIC-CHARACTER FIELD FOR YEARS AGE SHOULD BE CONVERTED TO MONTHS]

C2Q01B1 _____ VALUE

- (77) DON'T KNOW > GO TO WHEN_CALL2
(99) REFUSED > GO TO C2Q01B_REF

IF CHILD IS LESS THAN 1 MONTH OLD, ENTER “0 MONTHS.”

C2Q01B1 (01)Months **[RANGE 01-12]**
(02)Years **[RANGE 00-17]**

IF AGE C2Q01B1 = 1 YEAR > GO TO C2Q01B1MO

[AFTER COLLECTIONG ALL AGES, ALL GO TO AGE_CONF]

C2Q01B1MO ¿Cual es la edad de su niño/a en meses?
 _____ MONTHS [RANGE 12 – 23]
 (77) DON'T KNOW > CONTINUE C2Q01B1 LOOP FOR REAMINING CHILDREN, ELSE TO GO AGE_CONF
 (99) REFUSED > CONTINUE C2Q01B1 LOOP FOR REMAINING CHILDREN, ELSE GO TO AGE_CONF

WHEN_CALL2 ¿Cuál sería una buena hora para llamar y hablar con la persona que sabe la edad del niño/a?
 (01) SET APPOINTMENT FOR CALLBACK
 (02) PERSON AVAILABLE > **GO TO INTRO_AGE**

INTRO_AGE Hola, me llamo _____. Lo estoy llamando en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos haciendo una encuesta sobre la salud de niños y adolescentes, y me dijeron que usted era la persona a quien debía consultar sobre la salud del **(IF [S_UNDR18 = 01; INSERT 'niño/a' / IF [S_UNDR18 > 01; INSERT ' niños/as')** que viven en su hogar.
 (01) CONTINUE > RETURN TO C2Q01B

C2Q01B_REF Entiendo que pueda sentirse incómodo. Sin embargo, toda la información es confidencial de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Federal. El único motivo por el que necesito saber la EDAD del/de la niño/a es para saber qué preguntas hacerle.
 (01) RESPONDENT AGREES TO GIVE AGE> **RETURN TO C2Q01B**
 (02) R STILL REFUSES > **GO TO AGE_TERM_X**

AGE_TERM_X ¿Hay alguien allí que sepa la edad del/ de la niño/a?

AGE_TERM Hemos llegado al final del cuestionario. Quiero agradecerle en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades por el tiempo y el esfuerzo dedicado a contestar estas preguntas. **SET AS REFUSAL. WHEN RETURNING ON A CALL BACK, PROPER POINT OF RETURN IS C2Q01B, BEGINNING WITH CHIDREN WHOSE AGES HAVE NOT BEEN COLLECTED.**
TERMINATE INTERVIEW

End Loop

AGE_CONF **[IF HOUSEHOLD IS NIS ELIGIBLE AND S_UNDR18 = S_NUMB, SKIP TO SC1_INTRO/IF NIS_WHO NE 10 OR NIS_WHO BLANK > GO TO SC1_INTRO]**
IF sample_use_code = 2: Entonces usted tiene un/a niño/a de **(FILL WITH AGEID IN YEARS FOR ALL CHILDREN 2 YEARS OLD OR OLDER, OR AGEID IN MONTHS FOR ALL CHILDREN UNDER 2 YEARS OLD INCLUDING AGE FOR ANY NIS-ELIGIBLE CHILDREN, E.G, 12 MONTH OLD, 10 YEAR OLD, 15 YEAR OLD)** años/meses. ¿Es correcto?

IF sample_use_code = 3: Entonces, (S.C.) tiene **(FILL WITH AGE IN YEARS FOR THE CHILD)** años. ¿Es correcto?

(01) YES **[IF TWO OR MORE CHILDREN HAVE THE SAME AGE > GO TO MULTIAGE ELSE IF HH (WAS) NIS ELIGIBLE GO TO C2Q01N ELSE GO TO C2Q03**

(02) NO, WRONG AGES OF CHILDREN > **RETURN TO C2Q01B**

(03) NO, WRONG NUMBER OF CHILDREN > **RETURN TO S_UNDR18**

(77) DON'T KNOW > **GO TO C2Q03**

(99) REFUSED > **GO TO C2Q03**

C2Q01N **IF S_NUMB>0, THEN LOOP FOR ALL CHILDREN. IF S_NUMB=0, THEN LOOP ONLY FOR CHILDREN OF THE SAME AGE.**

USE TEXT FOR CHILDREN WITH SAME AGE: Para poder referirme a (AGEID) durante esta entrevista, necesitaría saber el nombre o las iniciales del/ de la **(FILL WITH "primer/a" FIRST TIME QUESTION READ, "segundo/a" SECOND TIME QUESTION READ, ETC.)** niño/a?" (Por ejemplo, quedaría de la siguiente manera: "Para poder referirme a su niño de cuatro años durante la entrevista, necesitaría saber el nombre o las iniciales del primer niño?")

USE TEXT FOR CHILD(REN) WITH UNIQUE AGE " Para saber cómo referirme al/ a la niño/a de (AGEID) durante la entrevista, ¿podría por favor decirme su nombre de pila o sus iniciales?"

_____ (NAME/INITIALS) **[SKIP TO C2Q03 AFTER THE APPROPRIATE NUMBER OF CHILDREN ARE ROSTERED]**

THE NAMES OF THE CHILDREN ARE STORED IN THE VARIABLES FROM ISC100_01 TO ISC100_9.

(99) REFUSED **[GO TO REFNAME1]**

MULTIAGE **(ASK ONLY IF THE TWO OR MORE CHILDREN ARE UNDER 2YEARS OLD AND ARE OF THE SAME AGE IN MONTHS, OR THE TWO OR MORE CHILDREN ARE 02-17 YEARS OLD AND ARE OF THE SAME AGE IN YEARS.)**

Como usted tiene más de un niño de [AGEID], necesito poder referirme a ellos de alguna forma durante la entrevista. ¿Me podría decir sus nombres o iniciales?

(01) YES **[RETURN TO C2Q01N1]**

(02) NO **[SKIP TO REFNAME1]**

(77) DK **[SKIP TO REFNAME1]**

(99) REF **[SKIP TO REFNAME1]**

REFNAME1 Le aseguro que TODA la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y se usará en forma resumida únicamente con fines de investigación. Ya que tiene dos o más niños de la misma edad, necesitamos distinguirlos de alguna forma. Esto es importante para saber si los niños con ciertas características en común usan más o menos servicios médicos que otros niños. ¿Puede decirme el primer nombre, apodo o iniciales de ellos/ellas?

(01) RESPONDENT WILL GIVE NAMES **[SKIP TO C2Q01N AND ENTER]**

(02) REFUSED **[IF ASKED MULTIAGE GO TO REFNAME2] [ELSE GO TO C2Q03]**

REFNAME2 Hemos llegado al final del cuestionario. Me gustaría agradecerle en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades por el tiempo y esfuerzo que dedicó a contestar estas preguntas.

[GO TO REFUSAL DEBRIEFING QUESTIONS]

CATI: IF C2Q01 ROSTER INCLUDES A CHILD/CHILDREN BETWEEN 19-35 MONTHS OF AGE AND NO NIS INTERVIEW WAS COMPLETED FOR THIS CHILD/CHILDREN, PROCEED TO S2Q02A. ALL OTHERS SKIP TO C2Q03 IN SLAITS INTERVIEW. THAT IS, IF AGEID = 19-35 MONTHS AND S3_3 = NULL > GO TO S2Q02A; IF AGEID = 2 YEARS AND S3_3 = NULL ? GO TO S2Q0A; ELSE SKIP TO C2Q03

S2Q02A De acuerdo a las edades que me dijo, ahora tengo algunas preguntas sobre [AGEID].

[FILL S_NUMB, S3, AND S3.3, THEN SKIP TO S3.4 IN NIS INTERVIEW].

NEED DATA FLAG TO INDICATE THAT THIS SCREEN (S2Q02A) WAS ACCESSED, I.E., THAT NIS-ELIGIBLE CHILD WAS IDENTIFIED IN SLAITS ROSTER.

IF IT WAS NECESSARY TO RETURN TO NIS INTERVIEW AT THIS POINT:

WHEN THE NIS INTERVIEW IS COMPLETED, IF S_NUMB EQUAL TO S_UNDR18 OR sample_use_code=3, SKIP TO SL_TRANS.

WHEN THE NIS INTERVIEW IS COMPLETED, IF S_NUMB NOT EQUAL TO S_UNDR18, SKIP TO SL_TRANS2.

ROSTER SECTION ENDS

[TIME STAMPS – SECTION22]

SL_TRANS Agradezco sus respuestas sobre las inmunizaciones de [NIS CHILD]. **SKIP TO SC1_INTRO**

SL_TRANS2 Agradezco sus respuestas sobre las inmunizaciones de [NIS CHILD/CHILDREN]. A continuación le haré algunas preguntas sobre las necesidades de atención médica de todos los niños menores de 18 años que viven en su casa. **[SKIP TO C2Q03]**

**FOR ALL OTHER QUESTIONS IN SECTION 02:
FILL (S.C.) WITH CHILD NAME FROM C2Q01N, OR MULTIAGE AS APPROPRIATE.
IF CHILD NAME WAS REFUSED, FILL WITH AGEID.**

Begin Loop

C2Q03 **[SKIP IF NIS_WHO NE 10 OR NIS_WHO NE BLANK, FILL IN THE DATA FOR THE CHILD FROM NIS – S3.4]**
¿Es (S.C.) niño o niña?

- (01) MALE
- (02) FEMALE
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

End Loop

SC1_INTRO Las siguientes preguntas son sobre cualquier tipo de problema de salud o enfermedad que pueda afectar la salud física, el comportamiento, el aprendizaje, el crecimiento o el desarrollo físico de su/s niño/s. Algunos de estos problemas de salud pueden afectar sus capacidades o las actividades que realiza/n en la escuela o durante el juego. Algunos de estos problemas afectan el tipo o cantidad de servicios que su/s niño/s puede/n necesitar.

[TIME STAMPS – SECTION23]

CSHCN1 Actualmente, ¿necesita o usa (IF sample_use_code = 3, INSERT 'Tiene (S.C.)'/IF S_UNDR18 = 1, INSERT 'su niño' / IF S_UNDR18 > 1 AND sample_use_code = 2, INSERT 'alguno de sus niños') medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

- (01) YES
- (02) NO **[SKIP TO CSHCN2]**
- (77) DON'T KNOW **[SKIP TO CSHCN2]**
- (99) REFUSED **[SKIP TO CSHCN2]**

READ IF NECESSARY: Esto se aplica a CUALQUIER medicamento recetado por un médico. No incluya medicamentos de venta libre como antigripales o analgésicos, vitaminas, minerales o suplementos que pueda adquirirse sin receta médica.

THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

CSHCN1_ROS (FA1_ROSX01 through FA1_ROSX09)

[IF S_UNDR18 = 01 OR SAMPLE_USE_CODE = 3, SKIP TO CSHCN1_A]

¿Es (PICKLIST CONSISTING OF CHILDREN LISTED AS IN AGE_CONF)?

CATI: ALLOW A "CHOOSE ALL THAT APPLY" PICKLIST OF CHILDREN. FOR EACH CHILD CHOSEN, ASK CSHCN1_A AND CSHCN1_B. FOR EXAMPLE, IF THERE ARE 02 CHILDREN, A 10 YEAR OLD AND A 12 YEAR OLD, AND BOTH ARE CHOSEN FROM THE PICKLIST, ASK CSHCN1_A AND CSHCN1_B ABOUT THE 10 YEAR OLD FIRST, AND THEN ASK THE SERIES ABOUT THE 12 YEAR OLD, USING APPROPRIATE FILL.

CSHCN1_A Con respecto a (**AGEID**) ¿Su necesidad de medicamentos de venta bajo receta, se debe a ALGÚN problema médico, de comportamiento u otro problema de salud?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO CSHCN2]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO CSHCN2]
- (99) REFUSED [SKIP TO CSHCN2]

CSHCN1_B ¿Es éste un problema que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

CSHCN2 ¿ (**IF SAMPLE_USE_CODE = 3, INSERT 'Tiene (S.C.)'/IF S_UNDR18 = 01, INSERT 'Su niño(a)'/ IF S_UNDR18 > 01 AND SAMPLE_USE_CODE = 02, INSERT 'Alguno de sus niños'**) necesita o usa más atención médica, servicios de salud mental o educativos que la mayoría de los niños de la misma edad?

- (01) YES
- (02) NO (SKIP TO CSHCN3)
- (77) DON'T KNOW (SKIP TO CSHCN3)
- (99) REFUSED (SKIP TO CSHCN3)

READ IF NECESSARY: El/ La niño/a requiere más atención médica, utiliza más servicios de salud mental o servicios educativos que la mayoría de los niños de la misma edad.

THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

CSHCN2_ROS (FA2_ROSX01 through FA2_ROSX09)

[IF S_UNDR18 = 01 OR SAMPLE_USE_CODE = 3, SKIP TO CSHCN2_A]

¿Es (**PICKLIST CONSISTING OF CHILDREN LISTED AS IN AGE_CONF**)?CATI: ALLOW A "CHOOSE ALL THAT APPLY" PICKLIST OF CHILDREN. FOR EACH CHILD CHOSEN, ASK CSHCN2_A AND CSHCN2_B.

CSHCN2_A Con respecto a (**AGE ID**) ¿Su necesidad de atención médica o de servicios de salud mental o educativos, se debe a ALGÚN problema médico, de comportamiento u otro problema de salud?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO CSHCN3]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO CSHCN3]
- (99) REFUSED [SKIP TO CSHCN3]

CSHCN2_B ¿Es éste un problema que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

CSHCN3 ¿Tiene (IF SAMPLE_USE_CODE = 3, INSERT 'Tiene (S.C.)'/IF S_UNDR18 = 01, INSERT 'su niño(a)/ IF S_UNDR18 > 01 AND SAMPLE_USE_CODE = 02, INSERT 'alguno de sus niños') alguna limitación o impedimento para hacer cosas que la mayoría de niños de la misma edad pueden hacer?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO CSHCN4]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO CSHCN4]
- (99) REFUSED [SKIP TO CSHCN4]

READ IF NECESSARY: Un niño tiene una limitación o impedimento cuando hay cosas que no puede hacer, o que no puede hacer en la misma medida que la mayoría de los niños de su edad. THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

CSHCN3_ROS (FA3_ROSX01 through FA3_ROSX09)

[IF S_UNDR18 = 01 OR SAMPLE_USE_CODE = 3, SKIP TO CSHCN3_A]

¿Es (PICKLIST CONSISTING OF CHILDREN LISTED AS IN AGE_CONF)?

CATI: ALLOW A "CHOOSE ALL THAT APPLY" PICKLIST OF CHILDREN. FOR EACH CHILD CHOSEN, ASK CSHCN3_A AND CSHCN3_B.

CSHCN3_A (Con respecto a (AGEID), ¿Sus limitaciones se deben a ALGÚN problema médico, de comportamiento u otro problema de salud?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO CSHCN4]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO CSHCN4]
- (99) REFUSED [SKIP TO CSHCN4]

CSHCN3_B ¿Es éste un problema que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

CSHCN4 ¿(IF SAMPLE_USE_CODE = 3, INSERT 'Tiene (S.C.)'/IF S_UNDR18 = 01, INSERT 'Su niño(a)'/ IF S_UNDR18 > 01 AND SAMPLE_USE_CODE = 02, INSERT 'Alguno de sus niños') necesita o recibe alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO CSHCN5]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO CSHCN5]
- (99) REFUSED [SKIP TO CSHCN5]

READ IF NECESSARY: La terapia especial incluye terapia física, ocupacional o del habla. Se centra en las necesidades físicas, y no incluye las terapias psicológicas. THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

CSHCN4_ROS (FA4_ROSX01 through FA4_ROSX09)

[IF S_UNDR18 = 01 OR SAMPLE_USE_CODE = 3, SKIP TO CSHCN4_A]
¿Es el de (PICKLIST CONSISTING OF CHILDREN LISTED AS IN AGE_CONF)?

CATI: ALLOW A “CHOOSE ALL THAT APPLY” PICKLIST OF CHILDREN. FOR EACH CHILD CHOSEN, ASK CSHCN4_A AND CSHCN4_B.

CSHCN4_A (Con respecto a (AGE ID,) ¿Su necesidad de terapia especial se debe a ALGÚN problema médico, de comportamiento u otro problema de salud?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO CSHCN5]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO CSHCN5]
- (99) REFUSED [SKIP TO CSHCN5]

CSHCN4_B ¿Es éste un problema que ha durado o se piensa que dure 12 meses o más??

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

CSHCN5 **(IF sample_use_code = 3, INSERT 'Tiene (S.C.)'/IF S_UNDR18 = 1, INSERT 'Tiene su niño/a'/ IF S_UNDR18 > 1 AND sample_use_code = 2, INSERT 'Tiene alguno de sus niños')** algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento por el que **(IF sample_use_code=3 OR sample_use_code=2 AND S_UNDR18=1, INSERT 'él/ella necesite'/ IF sample_use_code=2 AND S_UNDR18>1, INSERT 'necesiten')** recibir algún tratamiento o terapia?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO C2START1]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C2START1]
- (99) REFUSED [SKIP TO C2START1]

READ IF NECESSARY: Se trata de cualquier servicio de terapia o de apoyo que el niño pueda necesitar debido a sus problemas emocionales, de desarrollo o de comportamiento. **THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH “YES” IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.**

CSHCN5_ROS (FA5_ROSX01 through FA5_ROSX09)

[IF S_UNDR18 = 01 OR SAMPLE_USE_CODE = 3, SKIP TO CSHCN5_A]

¿Es el de (PICKLIST CONSISTING OF CHILDREN LISTED AS IN AGE_CONF)?

CATI: ALLOW A “CHOOSE ALL THAT APPLY” PICKLIST OF CHILDREN. FOR EACH CHILD CHOSEN, ASK CSHCN5_A.

CSHCN5_A (Con respecto a (AGE ID) Este problema emocional, de desarrollo o de comportamiento, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

THE CSHCN SCREENER ENDS HERE.

[TIMESTAMP – SECTION24]

C2START1 Ahora le haré algunas preguntas más generales. El resto de la encuesta tomará aproximadamente [IF SAMPLE_USE_CODE = 3 OR SAMPLE_USE_CODE = 2 AND CWTYPE = S, READ: “25 minutos”; IF SAMPLE_USE_CODE = 2 AND CWTYPE = N, READ: “5 minutos”].

IF RESPONDENT IS CONCERNED ABOUT THE LONGER TIME ESTIMATE, READ ANY OF THE FOLLOWING:

Sabemos que su tiempo es valioso, por lo que trataremos de hacerle las preguntas lo más rápido posible.

Comencemos y veamos hasta dónde llegamos. Si tiene que irse, por favor hágamelo saber.

PRESS ENTER TO CONTINUE.

Begin Loop

CW10Q01 [SKIP IF NIS_WHO NE 10 OR BLANK, FILL IN THE DATA FOR THE CHILD FROM NIS:
(NIS VARIABLE – C2_06Q3)]

FIRST CHILD - ¿Es (S.C.) de origen hispano or latino?

[THE REST OF CHILDREN] ¿Y (S.C.)?

- (01) YES
- (02) NO
- (66) DON'T KNOW
- (77) REFUSED

CW10Q02

(SKIP IF NIS_WHO NE 10 OR BLANK, FILL IN THE DATA FOR THE CHILD FROM NIS – C2_OTHR1_06Q3_x)

[FIRST CHILD] Ahora le voy a leer una lista de categorías. Por favor escoja una o más de las siguientes categorías para describir el grupo étnico al que pertenece **(S.C.)**. ¿Es **(S.C)** blanco/a, negro/a o afroamericano/a, indio/a norteamericano/a, nativo/a de Alaska, asiático/a, nativo/a de Hawaii o de otras islas del Pacífico?

[THE REST OF CHILDREN] ¿Y **(S.C.)**?

[MARK ALL THAT APPLY]

C1002X01 WHITE	(01) YES (02) NO
C1002X02 BLACK/ AFRICAN AMERICAN	(01) YES (02) NO
C1002X03 AMERICAN INDIAN	(01) YES (02) NO
C1002X04 ALASKA NATIVE	(01) YES (02) NO
C1002X05 ASIAN	(01) YES (02) NO
C1002X06 NATIVE HAWAIIAN	(01) YES (02) NO
C1002X07 PACIFIC ISLANDER	(01) YES (02) NO
C1002X08 OTHER (SPECIFY)	(01) YES (02) NO
CW10Q02DK	(77) DON'T KNOW
CW10Q02REF	(99) REFUSED

End Loop

HELP SCREEN: BE SURE TO READ THE ENTIRE QUESTION AS WRITTEN (INCLUDING ALL RESPONSE CATEGORIES).

RACE INFORMATION IS COLLECTED BY SELF-IDENTIFICATION. IT IS “WHATEVER RACE YOU CONSIDER YOURSELF TO BE.” DO NOT TRY TO EXPLAIN OR DEFINE ANY OF THE GROUPS. MULTIPLE RACES MAY BE SELECTED.

[IF C1002X08 = 01, ASK CW10Q02A. ELSE SKIP TO SCREENER DECISION INSTRUCTIONS].

CW10Q02A

ENTER OTHER DESCENT
[CATI: ALL 02 TEXT BOXES FOR OTHER DESCENT - 50 ALPHANUMERIC CHARACTERS EACH]

SCREENER DECISION INSTRUCTIONS

IF sample use code =2 THEN DO

01) IN CSHCN SCREENER, IF ANY OF THE FOLLOWING ARE TRUE FOR A PARTICULAR ROSTERED CHILD:

CSHCN1_B = 01;
CSHCN2_B = 01;
CSHCN3_B = 01;
CSHCN4_B = 01;
CSHCN5_A = 01;

THEN SKIP TO CSHCN RANDOM SELECTION PROCESS

IF NONE OF THE ABOVE ARE TRUE, SKIP TO CW10Q04, ASK CW10Q04 AND C2Q05, THEN SKIP TO C11Q01_A, ASK THAT QUESTION AND THEN SKIP TO C11Q01 AND DO THE REST OF THE DEMOGRAPHICS EXCEPT FOR C11Q12 AND C11Q13

CSHCN RANDOM SELECTION PROCESS

CREATE VARIABLE CWTYPE

IN CSHCN SCREENER, IF ANY OF THE FOLLOWING ARE TRUE FOR A PARTICULAR ROSTERED CHILD:

CSHCN1_B = 01;
CSHCN2_B = 01;
CSHCN3_B = 01;
CSHCN4_B = 01;
CSHCN5_A = 01;

THEN CWTYPE = S (SPECIAL)

IF NONE OF THE ABOVE ARE TRUE, THEN CWTYPE = N (NON-SPECIAL NEEDS)

CATI: AT THIS POINT, A FOCAL CHILD MUST BE SELECTED FOR THE REST OF THE INTERVIEW FROM ALL CHILDREN WITH A POSITIVE SPECIAL HEALTH CARE NEED SCREEN.

ONE CHILD:

IF ONLY ONE CHILD UNDER 18 YEARS OLD (S_UNDR18 = 01 CHILD) WITH A POSITIVE SPECIAL HEALTH CARE NEED SCREEN, THAT CHILD IS THE FOCAL CHILD (S.C.) FROM THIS POINT.

MORE THAN ONE CHILD:

IF THERE IS MORE THAN ONE CHILD UNDER THE AGE OF 18 (S_UNDR18 > 01 CHILD) WITH A POSITIVE SPECIAL HEALTH CARE NEED SCREEN, ONE OF THESE CHILDREN SHOULD BE RANDOMLY SAMPLED AND THAT CHILD IS THE FOCAL CHILD (S.C.) FROM THIS POINT.

GO TO CW10Q04

IF sample use code =3 THEN DO

1) IN CSHCN SCREENER, IF ANY OF THE FOLLOWING ARE TRUE FOR THE SAMPLED CHILD:

**CSHCN1_B = 01;
CSHCN2_B = 01;
CSHCN3_B = 01;
CSHCN4_B = 01;
CSHCN5_A = 01;**

**THEN DO THE ENTIRE CWSHCN INTERVIEW
ELSE, DO THE CWSHCN INTERVIEW WITHOUT SEVERAL QUESTIONS IN SECTION 3 AND SECTION 4.**

GO TO CW10Q04

CW10Q04 ¿Cuál es el nivel educativo o diploma más alto obtenido por alguno de los miembros de su hogar?

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) 9TH-12TH GRADE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME COLLEGE (LESS THAN 4 YEARS)
- (05) COLLEGE GRADUATE (4+ YEARS)
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C2Q05 ¿Cuál es el idioma que más se habla en su hogar?

- [READ RESPONSES ONLY IF NECESSARY]
- (01) ENGLISH
 - (02) SPANISH
 - (03) ANY OTHER LANGUAGE
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED

**[IF SAMPLE_USE_CODE = 2 AND CWTYPE=N, SKIP TO C11Q01_A
IF SAMPLE_USE_CODE = 3, SKIP TO SELECTION1_NAME
ELSE SKIP TO SELECTION1]**

SELECTION1 IF S_UNDR18 = 1, SKIP TO SELECTION1_NAME;

ELSE DISPLAY, “El resto de la encuesta tratará sobre la salud y la atención médica de (S.C.). La computadora seleccionó a este/a niño/a al azar para la entrevista, y en adelante no le haremos preguntas sobre ningún otro niño.”

1 - CONTINUE WITH INTERVIEW

SELECTION1_NAME **[SKIP TO C2Q04 IF NAME OF SELECTED CHILD ALREADY GATHERED BECAUSE FROM MULTIAGE, C2Q01N, NIS INTERVIEW, OR RESPONDENT REFUSED TO ANSWER NAME QUESTIONS.]**

Puedo continuar refiriéndome a su niño/a como (AGEID) durante toda la entrevista o, si lo prefiere, puede darme el nombre de pila o las iniciales.

(01) CONTINUE TO USE AGE REFERENCE [GO TO C2Q04]

(02) USE NAME [GO TO SELECTION1_NAME_A]

SELECTION1_NAME_A ENTER NAME/INITIALS: _____ [GO TO C2Q04] [FILL (S.C.) WITH THIS NAME FROM THIS POINT ON IN THE INTERVIEW]

(99) REFUSED [GO TO C2Q04]

C2Q04 **IF [S.C.] WAS NIS-ELIGIBLE, SKIP TO CW10Q04.**

FILL THE DATA FROM NIS VARIABLE – C5

¿Cuál es su relación con (S.C.) ?

(01) MOTHER (BIOLOGICAL, STEP, FOSTER, ADOPTIVE)

(02) FATHER (BIOLOGICAL, STEP, FOSTER, ADOPTIVE)

(03) SISTER OR BROTHER (BIOLOGICAL/STEP/FOSTER/HALF/ADOPTIVE)

(04) IN-LAW OF ANY TYPE

(05) AUNT/ UNCLE

(06) GRANDPARENT

(07) OTHER FAMILY MEMBER

(08) FEMALE GUARDIAN

(09) MALE GUARDIAN

(10) GODPARENT OR OTHER FRIEND

(77) DON'T KNOW

(99) REFUSED

Section 3. HEALTH AND FUNCTIONAL STATUS

C3QINTRO

[TIME STAMPS – SECTION31]

[IF CWTYPE = 'N', SKIP TO S3Q01, ELSE ASK C3QINTRO]

Antes usted me dijo que (S.C.)

IF CSHCN1_B = 1, ADD “necesita medicamentos de venta bajo receta...”

IF CSHCN2_B = 1, ADD “necesita atención médica, terapia, o servicios educativos...”

IF CSHCN3_B = 1, ADD “tiene limitaciones o no puede hacer algunas cosas...”

IF CSHCN4_B = 1, ADD “necesita una terapia especial...”

IF CSHCN5_A = 1, ADD “necesita tratamiento o apoyo psicológico...”

IF MORE THAN ONE OF THESE ITEMS = 01, THEN ADD “Y” BETWEEN EACH ADDITIONAL STATEMENT.

IF CSHCN1_B, CSHCN2_B, CSHCN3_B, OR CSHCN4_B = 01, THEN CONTINUE:

“...debido a problemas médicos, de comportamiento u otras enfermedades.”

IF CSHCN1_B = 02, CSHCN2_B = 02, CSHCN3_B = 02, CSHCN4_B = 02, AND CSHCN5_A = 01, THEN CONTINUE: “debido a problemas emocionales, de desarrollo o de comportamiento.”

FOR C3Q02 AND C3Q03 FILLS, IF CSHCN1_B, CSHCN2_B, CSHCN3_B, OR CSHCN4_B = 01 USE FIRST FILL. IF CSHCN1_B = 02, CSHCN2_B = 02, CSHCN3_B = 02, CSHCN4_B = 02, AND CSHCN5_A = 01, USE SECOND FILL]

C3Q02

[En los últimos 12 meses/Desde que nació], ¿cuánto tiempo esta/este (condición o problema de salud, de comportamiento u otros problemas de salud/ problemas emocionales, de desarrollo o de comportamiento) de (S.C) ha afectado su habilidad para hacer las cosas que hacen otros niños de su edad? ¿Diría que:

(01) NEVER (SKIP TO C3Q11)

(02) SOMETIMES

(03) USUALLY

(04) ALWAYS

(77) DON'T KNOW (SKIP TO C3Q11)

(99) REFUSED (SKIP TO C3Q11)

READ IF NECESSARY: Esta pregunta apunta a la frecuencia con que la capacidad de su niño/a se ve afectada por su salud. No se refiere a la gravedad, intensidad o magnitud del efecto.

ADDITIONAL INFO: FOR EXAMPLE, IF A CHILD'S ASTHMA WAS SEVERE BUT THE ATTACKS WERE RARE, THIS QUESTION WOULD BE ANSWERED WITH "SOMETIMES." IF THE CONDITION IS EPISODIC, RESPONDENTS SHOULD THINK ABOUT HOW OFTEN THE CONDITION HAS AFFECTED THE CHILD'S ABILITIES DURING THE PAST ENTIRE 12 MONTHS.

C3Q03 Esta (condición o problema de salud, del comportamiento u otros problemas de salud/ problema emocional, de desarrollo o de comportamiento) de (S.C.), ¿afecta mucho, algo o muy poco su habilidad de hacer cosas?

- (01) A GREAT DEAL
- (02) SOME
- (03) VERY LITTLE
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

READ IF NECESSARY: Usted me dijo que la salud de su niño/a afecta su capacidad de hacer cosas. Cuando esto ocurre, ¿en qué medida se ve afectada la capacidad de su niño/a?

ADDITIONAL INFO: FOR EXAMPLE, IF A CHILD'S ASTHMA WAS SEVERE BUT THE ATTACKS WERE RARE, THIS QUESTION WOULD BE ANSWERED WITH "A GREAT DEAL." IF THE CONDITION IS EPISODIC, RESPONDENTS SHOULD THINK ABOUT HOW SEVERE THE IMPACT HAS BEEN WHEN THE EPISODES OCCURRED OVER THE PAST 12 MONTHS.

C3Q11 ¿Cuál de las siguientes oraciones describe mejor las necesidades de atención médica de (S.C.)? Las necesidades de la atención médica de (S.C.) cambian todo el tiempo, las necesidades de la atención médica de (S.C.) sólo cambian de vez en cuando, o las necesidades de la atención médica de (S.C.) son en general estables.

- (01) CHILD'S HEALTH CARE NEEDS CHANGE ALL THE TIME
- (02) CHILD'S HEALTH CARE NEEDS CHANGE ONLY ONCE IN A WHILE
- (03) CHILD'S HEALTH CARE NEEDS ARE USUALLY STABLE
- (04) NONE OF THE ABOVE
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

[TIME STAMPS – SECTION32]

S3Q01 Las siguientes preguntas tratan sobre ciertas dificultades que (S.C.) puede tener debido a su estado de salud. Sin anteojos o lentes de contacto, ¿diría que tiene alguna dificultad para ver, incluso utilizándolos?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO S3Q02]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO S3Q02]
- (99) REFUSED [SKIP TO S3Q02]

S3Q01A ¿Usa (S.C.) anteojos o lentes de contacto?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO S3Q02]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO S3Q02]
- (99) REFUSED [SKIP TO S3Q02]

S3Q01B ¿Tiene (S.C.) alguna dificultad para ver, incluso usando anteojos o lentes de contacto?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

- S3Q02 ¿Diría que sin usar audífonos (él/ella) tiene alguna dificultad auditiva?
- (01) YES
(02) NO [SKIP TO S3Q03]
(77) DON'T KNOW [SKIP TO S3Q03]
(99) REFUSED [SKIP TO S3Q03]
- S3Q02A ¿Usa (S.C.) audífonos?
- (01) YES
(02) NO [SKIP TO S3Q03]
(77) DON'T KNOW [SKIP TO S3Q03]
(99) REFUSED [SKIP TO S3Q03]
- S3Q02B ¿Tiene (S.C.) alguna dificultad auditiva, incluso usando audífonos?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q03 ¿Diría que (él/ella) tiene alguna dificultad para respirar u otro problema respiratorio, como respiración sibilante o falta de aire?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q04 (READ IF NECESSARY: ¿Diría que (él/ella) tiene alguna) dificultad tragando, para digerir la comida o algún problema metabólico?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q05 (READ IF NECESSARY: ¿Diría que (él/ella) tiene algún) problema circulatorio?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q06 (READ IF NECESSARY: ¿Diría que (él/ella) sufre algún) dolor físico repetitivo o crónico, incluyendo dolores de cabeza?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

- S3Q07 **[IF S.C. IS YOUNGER THAN 36 MONTHS, SKIP TO S3Q08]**
Comparado con otros niños de (S.C. AGE) años, ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad para hacerse cargo de sí mismo/a, por ejemplo para realizar tareas como comer, vestirse o bañarse?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q08 **IF SC AGE=0 MONTHS, THEN** "En relación con otros recién nacidos ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad de coordinación o para moverse, como ...?"
IF SC AGE>0 MONTHS, THEN "Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad de coordinación o para moverse, como ...?"
- (IF S.C. <10 MONTHS OLD, SAY: "gatear o mover los brazos o piernas?"**
IF S.C. 10 – 23 MONTHS OLD, SAY: "caminar o gatear?"
IF S.C. 24+ MONTHS OLD, SAY: "caminar o correr?"
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q09 **IF SC AGE=0 MONTHS, THEN** "En relación con otros recién nacidos ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad para usar las manos, como por ejemplo para ...?"
IF SC AGE>0 MONTHS, THEN "Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad para usar las manos, como por ejemplo para ...?"
- [IF S.C. 0-7 MONTHS, SAY: "agarrar objetos pequeños?"**
IF S.C. 8-23 MONTHS, SAY: "sostener una taza o comer con los dedos?"
IF S.C. 24+ MONTHS, SAY: "usar tijeras, un lápiz o un tenedor?"
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- S3Q10 **[IF S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS, SKIP TO S3Q12]**
(READ IF NECESSARY: Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad de aprendizaje, de comprensión o de atención?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

S3Q11 (READ IF NECESSARY: Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad) para hablar, para comunicarse o para hacerse entender?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

S3Q12 **[IF S.C. IS YOUNGER THAN 18 MONTHS, SKIP TO S3Q14]**
(READ IF NECESSARY: Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene problemas) de ansiedad o depresión?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

S3Q13 (READ IF NECESSARY: Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene algún problema) de conducta como por ejemplo, actuar de forma impulsiva, agredir, pelear o discutir con otros niños?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

S3Q14 **[IF S.C. IS YOUNGER THAN 36 MONTHS, SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE C3Q10]**
(READ IF NECESSARY: Comparado con otros niños de la edad de (S.C.), ¿diría que (él/ella) tiene alguna dificultad) para hacer amigos o mantener esas amistades?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

[TIME STAMPS – SECTION33]

IF (S3Q01 = 02, 77, 99 or S3Q01B = 02, 77, 99), (S3Q02 = 02, 77, 99 or S3Q02B = 02, 77, 99), AND ALL S3Q03 THROUGH S3Q14 = 02, 77, or 99, SKIP TO S3Q15

C3Q10 En general, ¿cómo clasificaría la gravedad de las dificultades que le causan a (S.C.) sus problemas de salud? ¿Diría que son leves, moderadas o graves?

- (01) MINOR
- (02) MODERATE
- (03) SEVERE
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

HELP SCREEN: IF THE PARENT IS HAVING TROUBLE RATING THE OVERALL SEVERITY BECAUSE THE CHILD HAS MORE THAN ONE DIFFICULTY, THE PARENT SHOULD RATE THE MOST SEVERE DIFFICULTY RATHER THAN TRYING TO AVERAGE SEVERITY ACROSS ALL OF THE DIFFICULTIES.

ALL SKIP TO S3Q16

S3Q15

[IF SAMPLE_USE_CODE = 3 AND CWTYPE = 'N', SKIP TO S3Q16]

Usted dijo que (S.C.) no tenía ninguna dificultad en ninguna de las áreas que acabo de mencionar. En su opinión, ¿diría que esto se debe a que los problemas de salud de (S.C.) están debidamente tratados y bajo control?

- (01) YES [SKIP TO S3Q16]
- (02) NO [SKIP TO S3Q15A]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO S3Q16]
- (99) REFUSED [SKIP TO S3Q16]

S3Q15A

¿Por qué los problemas de salud de (S.C.) no le causan actualmente ninguna dificultad?

_____ [250 CHARACTERS MAX]

[NOTE TO INTERVIEWERS: DO NOT RECORD ONLY THE DIAGNOSIS OR CONDITION. IF THE RESPONDENT GIVES ONLY THE DIAGNOSIS OR CONDITION, ASK: "¿Por qué ese problema no le causa ninguna dificultad en las áreas que le acabo de mencionar?"]

[TIME STAMPS – SECTION34]

S3Q16

Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente alguna de las siguientes enfermedades: Asma?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DK
- (99) REF

S3Q17

(READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Trastorno por Déficit de Atención o Déficit de Atención con Hiperactividad, es decir, ADD o ADHD por sus siglas en inglés?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DK
- (99) REF

- S3Q18 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Autismo o Trastornos del Espectro del Autismo, es decir, ASD por sus siglas en inglés?
 (01) YES
 (02) NO
 (77) DK
 (99) REF
- S3Q19 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Síndrome de Down?
 (01) YES
 (02) NO
 (77) DK
 (99) REF
- S3Q20 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) retardo mental o presenta algún retraso en su desarrollo?
 (01) YES
 (02) NO
 (77) DK
 (99) REF
- S3Q21 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Depression, anxiety, an eating disorder, or other emotional problems?
 (01) YES
 (02) NO
 (77) DK
 (99) REF
- S3Q22 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) diabetes?
 (01) YES [SKIP TO S3Q22A]
 (02) NO [SKIP TO S3Q23]
 (77) DK [SKIP TO S3Q23]
 (99) REF [SKIP TO S3Q23]
- S3Q22A ¿Usa (S.C.) insulina?
 (01) YES
 (02) NO
 (77) DK
 (99) REF
- S3Q23 Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente algún problema cardíaco, incluyendo enfermedades cardíacas congénitas?
 (01) YES
 (02) NO
 (77) DK
 (99) REF

- S3Q25 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) problemas sanguíneos como anemia o la enfermedad de células falciformes? Por favor no incluya el Rasgo de Células Falciformes.
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF
- S3Q26 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Fibrosis Quística?
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF
- S3Q27 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Parálisis Cerebral?
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF
- S3Q28 (READ IF NECESSARY: To Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Distrofia Muscular?
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF
- S3Q29 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Epilepsia u otra enfermedad que provoque convulsiones?
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF
- S3Q30 (READ IF NECESSARY: To Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Migrañas o dolores de cabeza frecuentes?
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF
- S3Q32 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Artritis u otros problemas en las articulaciones?
- (01) YES
(02) NO
(77) DK
(99) REF

S3Q31 (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe, ¿tiene (S.C.) actualmente) Alergias?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DK
- (99) REF

S3Q31_A: (READ IF NECESSARY: Por lo que usted sabe) ¿Cualquier de estos son alergias de comida?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DK
- (99) REF S3Q31

[TIME STAMPS – SECTION35]

C3Q14 **[IF AGE FROM C2Q01 OR C2Q02 < 60 MONTHS (5 YEARS), SKIP TO C6Q00]**
En los últimos 12 meses, es decir desde {FILL, TODAY - 12 MONTHS}, ¿aproximadamente cuántos días (S.C.) ha dejado de ir a la escuela debido a alguna enfermedad o lesión/herida?
[NOTE: A SCHOOL YEAR IS 240 DAYS]
(CATI: 3 NUMERIC-CHARACTER-FIELD, RANGE 000-240, 994-997)
(Date Format for FILL: MONTH NAME/YEAR. Example if this were executed today: "..., that is since February 2004, about how many days...")

- _____NUMBER OF DAYS
- (000) NONE
 - (994) DID NOT GO TO SCHOOL
 - (995) HOME SCHOOLED
 - (777) DON'T KNOW
 - (999) REFUSED

C6Q00 En los últimos 12 meses/[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS: Desde que nació, ¿cuántas veces fue (S.C.) a la sala de emergencia de un hospital?
(CATI: 3 NUMERIC-CHARACTER FIELD, RANGE 000-776)

READ IF NECESSARY: Esto incluye las visitas a una sala de emergencia que resultaron en internación hospitalaria.

- _____NUMBER OF VISITS
- (000) NO VISITS IN PAST 12 MONTHS
 - (777) DON'T KNOW
 - (999) REFUSED

C6Q01 [En los últimos 12 meses/[**WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS**: Desde que nació),
¿cuántas veces (S.C.) ha ido al médico o a otro prestador de servicios médicos? No tenga en
cuenta (**IF C6Q00 > 0 AND < 777 THEN FILL**: "visitas al hospital o a salas de emergencia o")
las visitas realizadas cuando estaba internado(a) en el hospital..
(CATI: 3 NUMERIC-CHARACTER FIELD, RANGE 000-776)

_____NUMBER OF VISITS
(000) NO VISITS IN PAST 12 MONTHS
(777) DON'T KNOW **(SKIP TO C4Q0A)**
(999) REFUSED **(SKIP TO C4Q0A)**

(IF C6Q01 > 000 AND < 030, SKIP TO C4Q0A)

C6Q01_A Tengo (**ANSWER FROM C6Q01**) visitas al médico. ¿Es correcto?

(01) YES
(02) NO **[SKIP BACK TO C6Q01]**

Section 4. ACCESS TO CARE: UTILIZATION AND UNMET NEEDS

[TIME STAMPS – SECTION41]

NAME_SEC4 [SKIP TO C4Q0A IF NAME OF SELECTED CHILD ALREADY GATHERED FROM MULTIAGE, C2Q01N, SELECTION1_NAME, NIS INTERVIEW, OR RESPONDENT REFUSED TO ANSWER NAME QUESTIONS]

HAS THE HOUSEHOLD GIVEN YOU A NAME FOR THE CHILD?

YES > GO TO NAME_SEC4_A
NO > GO TO C4Q0A

NAME_SEC4_A

ENTER NAME/INITIALS: _____ > GO TO C4Q0A

[FILL (S.C.) WITH THIS NAME FROM THIS POINT ON IN THE INTERVIEW]

C4Q0A ¿Hay algún lugar a donde va GENERALMENTE (S.C) cuando está enfermo(a) o cuando usted necesita consejos médicos?

- (01) YES
- (02) THERE IS NO PLACE [SKIP TO C4Q0D]
- (03) THERE IS MORE THAN ONE PLACE
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C4Q0D]
- (99) REFUSED [SKIP TO C4Q0D]

C4Q0B (IF C4Q0A = 1, SAY A) ¿Qué clase de lugar es ese? ¿Es el consultorio de un médico, una sala de emergencia, el departamento de atención a pacientes externos de un hospital, una clínica o algún otro lugar?

IF C4Q0A = 3, ¿A qué clase de lugar va (S.C) más a menudo? ¿Es el consultorio de un médico, una sala de emergencia, el departamento de atención a pacientes externos de un hospital, una clínica o algún otro lugar?

- (01) DOCTOR'S OFFICE [SKIP TO C4Q0D]
- (02) HOSPITAL EMERGENCY ROOM [SKIP TO C4Q0D]
- (03) HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENT [SKIP TO C4Q0D]
- (04) CLINIC OR HEALTH CENTER [SKIP TO C4Q0D]
- (05) SCHOOL (NURSE'S OFFICE, ATHLETIC TRAINER'S OFFICE, ETC) [SKIP TO C4Q0D]
- (06) FRIEND/RELATIVE [SKIP TO C4Q0D]
- (07) MEXICO/OTHER LOCATIONS OUT OF US [SKIP TO C4Q0D]
- (08) SOME OTHER PLACE [SKIP TO C4Q0C]
- (09) DOES NOT GO TO ONE PLACE MOST OFTEN [SKIP TO C4Q0D]
- (77) DON'T KNOW [FILL 77 IN C4Q0A AND SKIP TO C4Q0D]
- (99) REFUSED [FILL 99 IN C4Q0A AND SKIP TO C4Q0D]

C4Q0C

READ IF NECESSARY

IF C4Q0A = 01, SAY ¿Qué clase de lugar es ese?

IF C4Q0A = 3, SAY ¿A qué clase de lugar va (S.C) más a menudo?

RECORD VERBATIM RESPONSE_____

C4Q0D ¿Hay algún lugar a donde va GENERALMENTE (S.C) cuando necesita cuidados preventivos de rutina, como un examen físico o un chequeo, estando el/la niño/a sano/a?

- (01) YES
- (02) THERE IS NO PLACE [SKIP TO C4Q02A]
- (03) THERE IS MORE THAN ONE PLACE
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C4Q02A]
- (99) REFUSED [SKIP TO C4Q02A]

READ IF NECESSARY: Los cuidados clínicos preventivos incluyen chequeos, inmunizaciones, pruebas y tests de detección, y discusiones sobre cómo mantener sano al niño.

C4Q01 **[IF C4Q0A = 02, 77, 99, OR IF C4Q0B = 9, 77, 99, THEN GO TO C4Q02]**
[IF C4Q0B = 06, 07, 08, 77, 99 FILL WITH "lugar"]
¿Es ese [PLACE SELECTED IN C4Q0B] el mismo lugar al que va (S.C.) generalmente cuando necesita cuidados preventivos de rutina?

- (01) YES [SKIP TO C4Q02A]
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C4Q02A]
- (99) REFUSED [SKIP TO C4Q02A]

C4Q02 **IF C4Q0D = 01 OR MISSING, SAY "¿A qué tipo de lugar va GENERALMENTE (S.C.) cuando necesita cuidados preventivos de rutina?"**
IF C4Q0D = 03, SAY "¿A qué tipo de lugar va GENERALMENTE (S.C.) cuando necesita cuidados preventivos de rutina?"

- (01) DOCTOR'S OFFICE
- (02) HOSPITAL EMERGENCY ROOM
- (03) HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENT
- (04) CLINIC OR HEALTH CENTER
- (05) SCHOOL (NURSE'S OFFICE, ATHLETIC TRAINER'S OFFICE, ETC)
- (06) FRIEND/RELATIVE
- (07) MEXICO/OTHER LOCATIONS OUT OF US
- (08) SOME OTHER PLACE [SKIP TO C4Q02_01]
- (09) DOES NOT GO TO ONE PLACE MOST OFTEN
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

FOR ALL EXCEPT (08), GO TO C4Q02A

C4Q02_01 **READ IF NECESSARY**
IF C4Q0D = 01, SAY "¿Qué tipo de lugar es ese?"
IF C4Q0D = 03, SAY "¿A qué tipo de lugar suele ir (S.C.) con más frecuencia ?"

RECORD VERBATIM RESPONSE _____

C4Q02A Un médico o enfermera de cabecera es el profesional de la salud que conoce mejor al/a la niño/a y que está familiarizado con su historia clínica. Esta persona suele ser un médico general, un pediatra, un especialista, una enfermera registrada o un asistente médico. ¿Hay alguna persona a la que usted considere como el médico o la enfermera de cabecera de [SC]?

- (01) YES, ONE PERSON
- (02) YES, MORE THAN ONE PERSON
- (03) NO [SKIP TO C4Q03]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C4Q03]
- (99) REFUSED [SKIP TO C4Q03]

C4Q02B **IF C4Q02A = 01 THEN READ:** “¿Es esta persona un médico general, un pediatra, un especialista, una enfermera registrada o un asistente médico?” **[MARK ALL THAT APPLY]**

IF C4Q02A = 02 THEN READ: “¿Son esas personas médicos generales, pediatras, especialistas, enfermeras registradas o asistentes médicos?” **[MARK ALL THAT APPLY]**

- C4Q02BX01 GENERAL DOCTOR (GENERAL PRACTICE, FAMILY OR INTERNAL MEDICINE) (01) YES (00) NO
- C4Q02BX02 PEDIATRICIAN (01) YES (00) NO
- C4Q02BX03 SPECIALIST (FOR EXAMPLE; SURGEONS, HEART DOCTORS, PSYCHIATRISTS, OB/GYN) (01) YES (00) NO
- C4Q02BX04 NURSE PRACTITIONER (01) YES (00) NO
- C4Q02BX05 PHYSICIAN'S ASSISTANT (01) YES (00) NO
- C4Q02BX06 MOTHER/FRIEND/RELATIVE (01) YES (00) NO
- C4Q02BX07 OTHER [SKIP TO C4Q02B_01] (01) YES (00) NO
- C4Q02BXDK DON'T KNOW (77) DON'T KNOW
- C4Q02BXRf REFUSED (99) REFUSED

C4Q02B_01 READ IF NECESSARY
¿Qué tipo de profesional de la salud es esta persona?

RECORD VERBATIM RESPONSE_____

C4Q03 **[TIME STAMPS – SECTION42]**
Las personas a veces tardan en conseguir o no consiguen la atención médica que necesitan. Por atención médica, me refiero no solamente a la atención que se recibe de un médico, sino también a otros tipos de atención, como el cuidado dental, servicios de salud mental, terapias y servicios de educación especial. En los últimos 12 meses **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** Desde que nació, ¿ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.)?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO C4Q05]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C4Q05]
- (99) REFUSED [SKIP TO C4Q05]

READ IF NECESSARY: Cuando uno de los padres intenta cuidar primero él mismo al niño/a y luego lo/la lleva al médico, esto no debe considerarse demora en la atención médica. AN EXAMPLE OF THAT WOULD BE A CHILD WITH A COUGH OR A SORE THROAT WHO WAS GIVEN COUGH SYRUP AT HOME, BUT THAT DID NOT HELP OR WORK.

- C4Q04_A Hay muchas razones por las que las personas tardan en conseguir o no consiguen la atención médica que necesitan. La computadora seleccionó al azar a este niño para la encuesta, por lo que a partir de este momento las preguntas se referirán únicamente a él.
- ¿Ha tardado usted en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que: :) No pudo comunicarse por teléfono con el consultorio o la clínica médica?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_B (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) No pudo obtener una cita para (S.C.) lo suficientemente pronto?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_C (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) la clínica o el consultorio del médico no estaba abierta cuando usted podía ir allí?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_D (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) tenía problemas de transporte?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_E (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) no tenía dinero para pagarle al prestador de servicios médicos?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_F (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) no había en su área el tipo de atención que necesitaba (S.C.)?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

- C4Q04_G (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) El prestador de servicios médicos no tenía la capacitación que se necesitaba para tratar a (S.C.)?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_H (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) su plan de seguro de salud no cubría el tipo de atención que necesitaba?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_I (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) no pudo obtener la autorización de su plan de salud o del médico?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_J. (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) Una vez que llegaba ahí, el/la niño(a) tenía que esperar demasiado para ver al médico?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_K. (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) usted tiene problemas de idioma, de comunicación o culturales con el prestador de servicios médicos?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C4Q04_L. (READ IF NECESSARY ¿Ha tardado en conseguir atención médica para (S.C.) o no la ha conseguido debido a que:) ir a las citas le resultaba difícil o imposible debido a otras responsabilidades en el hogar o en el trabajo?
- (01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

[TIME STAMPS – SECTION43]

C4Q05 (4.5)

(CATI: THIS SERIES SHOULD BE ASKED HORIZONTALLY ACROSS THE TABLE. IN OTHER WORDS, IF THEY ANSWER YES TO SOMETHING IN COLUMN 01, THEY SHOULD IMMEDIATELY BE ASKED THE QUESTIONS IN COLUMN 2, 3, 4, 5 AS APPLICABLE)

<p>IF C4Q03 = 01, THEN ADD THE FOLLOWING TRANSITION: “Existen diversos tipos de servicios que los niños pueden necesitar en ciertas ocasiones.”</p> <p>ALL RECEIVE THE FOLLOWING INTRODUCTION: En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C.) algunos de los siguientes servicios?</p>	<p>¿Recibió (S.C.) todos los cuidados {fill each ‘Yes’ item from first column} que necesitaba?</p>	<p>¿Por qué no recibió (S.C.) los cuidados {fill each yes item from first column} que necesitaba? (CHECK ALL THAT APPLY. READ RESPONSES ONLY IF NECESSARY)</p>		<p>¿Recibió (S.C.) algún cuidado {fill each yes item from first column} [en los últimos 12 meses/Desde que nació]?</p>
---	--	--	--	--

<p>C4Q05_X01 (READ IF NECESSARY En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació) ¿en algún momento necesitó (S.C.) cuidados preventivos de rutina, como un examen físico o un chequeo médico para niños sanos? (01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X02] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X02] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X02]</p> <p>NOTE: C4Q05_X01A IS AVARIABLE THAT IS NOT USED.</p>	<p>C4Q05X01A</p> <p>FILL [preventivos de rutina] (01) YES [SKIP TO C4Q05_X02] (02) No (77) DK [SKIP TO C4Q05_X02] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X02]</p>	<p>C40501BX01-X16</p> <p>FILL [preventivos de rutina] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q0501OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q0501OE</p> <p>READ IF NECESSARY ¿Por qué no recibió (S.C.) los cuidados preventivos que necesitaba?</p> <p>RECORD VERBATIM RESPONSE_____</p>	<p>C4Q05X01C</p> <p>¿Recibió (S.C.) algún cuidado preventivo de rutina [en los últimos 12 meses/Desde que nació]? (01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	---	--	--	---

<p>C4Q05_X02 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C.) la atención de un médico especialista?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X03] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X03] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X03]</p> <p>READ IF NECESSARY: Los médicos especialistas se dedican a un área determinada de la salud del niño. Esto incluye cardiólogos, especialistas en pulmones, otorrinolaringólogos (médicos especialistas en oído, nariz y garganta), cirujanos, etc. No incluya en esta categoría ni a dentistas ni a psiquiatras. Se le preguntará sobre la necesidad de atención de dentistas y psiquiatras más adelante.</p>	<p>C4Q05X02A ¿Recibió (S.C.) toda la atención médica que necesitaba de parte del médico especialista? (01) YES [SKIP TO C4Q05X02AA] (02) No (77) DK [SKIP TO C4Q05_X03] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X03]</p>	<p>C40502BX01-X16 ¿Por qué no recibió (S.C.) la atención del médico especialista que necesitaba? CHECK ALL THAT APPLY. READ RESPONSES ONLY IF NECESSARY 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q0502OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q0502OE FILL [parte del médico especialista] READ IF NECESSARY (¿Por qué no recibió (S.C.) la atención del médico especialista que necesitaba?) RECORD VERBATIM RESPONSE _____</p>	<p>C4Q05X02C ¿Recibió (S.C.) algún tipo de atención de un médico especialista [en los últimos 12 meses/Desde que nació]? (01) YES [SKIP TO C4Q05X02AA] (02) NO (77) DK (99) REF [SKIP TO C4Q05_X03]</p> <p>C4Q05X02AA</p> <p>[IF C4Q05X02A = 01 OR C4Q0502C = 01 THEN ASK]: ¿Cuántos médicos especialistas diferentes vio (S.C.) [en los últimos 12 meses/Desde que nació]? 01-95 ENTER NUMBER 77 - DON'T KNOW 99 - REFUSED</p>
--	--	--	--	--

<p>C4Q05_X031 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C.) atención odontológica preventiva, como chequeos o limpiezas dentales?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X032] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X032] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X032]</p>	<p>C4Q05X031A</p> <p>FILL [odontológicos preventivos] (01) YES [SKIP TO C4Q05_X032] (02) NO (77) DK [SKIP TO C4Q05_X032] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X032]</p>	<p>C405031BX01-X16</p> <p>FILL [odontológicos preventivos] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q05031OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q05031OE</p> <p>FILL [odontológicos preventivos] READ IF NECESSARY (Why did (S.C.) not get the {fill each yes item from first column} {he/she} needed ?)</p> <p>RECORD VERBATIM RESPONSE _____</p>	<p>C4Q05X031C</p> <p>¿Recibió (S.C.) algún CUIDADO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO [en los últimos 12 meses/Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	---	--	--	--

<p>C4Q05_X032 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C.) otro tipo de atención odontológica?.</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X04] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X04] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X04]</p>	<p>C4Q05X032A</p> <p>FILL [otro tipo de atención odontológica] (01) YES [SKIP TO C4Q05_X04] (02) No (77) DK [SKIP TO C4Q05_X04] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X04]</p>	<p>C405032BX01-X16</p> <p>FILL [otro tipo de atención odontológica] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q05032OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q05032OE</p> <p>FILL [otro tipo de atención odontológica] READ IF NECESSARY (Why did (S.C.) not get the {fill each yes item from first column} {he/she} needed ?)</p> <p>RECORD VERBATIM RESPONSE_____</p>	<p>C4Q05X032C</p> <p>¿Recibió (S.C.) algún OTRO CUIDADO ODONTÓLOGICO [en los últimos 12 meses/Desde que nació]? (01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	---	---	--	---

<p>C4Q05_X04 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento (S.C.) necesitó medicamentos de venta bajo receta? (01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X05] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X05] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X05]</p>	<p>C4Q05X04A FILL [medicamentos de venta bajo receta] (01) YES [SKIP TO C4Q05_X05] (02) No (77) DK [SKIP TO C4Q05_X05] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X05]</p>	<p>C40504BX01-X16 FILL [medicamentos de venta bajo receta] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q0504OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q0504OE FILL [medicamentos de venta bajo receta] READ IF NECESSARY (Why did (S.C.) not get the {fill each yes item from first column} {he/she} needed ?) RECORD VERBATIM RESPONSE _____</p>	<p>C4Q05X04C ¿Recibió (S.C.) algún medicamento de venta bajo receta [en los últimos 12 meses/Desde que nació]? (01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	---	---	--	--

<p>C4Q05_X05 En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C.) terapia física, ocupacional o del habla?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X06] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X06] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X06]</p>	<p>C4Q05X05A</p> <p>FILL [la TERAPIA] (01) YES [SKIP TO C4Q05_X06] (02) NO (77) DK [SKIP TO C4Q05_X06] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X06]</p>	<p>C40505BX01-X16</p> <p>FILL [LA TERAPIA] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q0505OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q0505OE</p> <p>FILL [LA TERAPIA] READ IF NECESSARY (Why did (S.C.) not get the {fill each yes item from first column} {he/she} needed ?)</p> <p>RECORD VERBATIM RESPONSE _____</p>	<p>C4Q05X05C</p> <p>¿Recibió (S.C.) algún tipo de terapia física, ocupacional o del habla [en los últimos 12 meses/Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	--	---	--	---

<p>C4Q05_X06 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C.) atención de salud mental o terapia/ consejería?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X07] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X07] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X07]</p>	<p>C4Q05X06A FILL [atención de salud mental o terapia/ consejería]</p> <p>(01) YES [SKIP TO C4Q05_X07] (02) NO (77) DK [SKIP TO C4Q05_X07] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X07]</p>	<p>C40506BX01-X16 FILL [atención de salud mental o terapia/ consejería]</p> <p>01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q0506OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q0506OE FILL [atención de salud mental o terapia/ consejería] READ IF NECESSARY (Why did (S.C.) not get the {fill each yes item from first column} {he/she} needed ?)</p> <p>RECORD VERBATIM RESPONSE_____</p>	<p>C4Q05X06C ¿Recibió (S.C) algún tipo de atención de salud mental o de terapia [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
---	--	---	--	--

<p>C4Q05_X07 [SKIP IF AGE IS LESS THAN 8 YEARS OLD] (En los últimos 12 meses, ¿en algún momento (S.C.) necesitó terapia / consejería o tratamiento para el abuso de sustancias?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X08] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X08] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X08]</p> <p>Help Screen: SUBSTANCE ABUSE TREATMENT INCLUDES TREATMENT FOR ALCOHOL AND TOBACCO ABUSE. SOME RESPONDENTS MAY FIND THIS QUESTION INAPPROPRIATE. IF THIS OCCURS, TELL THE RESPONDENT Sé que esta pregunta es más aplicable a niños mayores, pero debo hacerla y leérsela literalmente.</p>	<p>C4Q05X07A FILL [terapia / consejería o tratamiento para el abuso de sustancias]</p> <p>(01) YES [SKIP TO C4Q05_X08] (02) NO (77) DK [SKIP TO C4Q05_X08] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X08]</p>	<p>C40507BX01-X16 FILL [terapia / consejería o tratamiento para el abuso de sustancias]</p> <p>01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND PROVIDER WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 PROVIDER DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH PROVIDER 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER (SKIP TO C4Q0507OE) 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p>	<p>C4Q0507OE FILL [terapia / consejería o tratamiento para el abuso de sustancias] READ IF NECESSARY (Why did (S.C.) not get the {fill each yes item from first column} {he/she} needed ?)</p> <p>RECORD VERBATIM RESPONSE_____</p>	<p>C4Q05X07C ¿Recibió (S.C) algún tipo de terapia o tratamiento para el abuso de sustancias [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	---	--	---	--

<p>C4Q05_X08 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento necesitó (S.C) Cuidados médicos en el hogar?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X09] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X09] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X09]</p>	<p>C4Q05X08A FILL [Cuidados médicos en el hogar]</p> <p>(01)YES (02) No [SKIP TO C4Q0508C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q05_X09]</p>	<p>=====</p>		<p>C4Q05X08C ¿Recibió (S.C) algún tipo de cuidado médico en el hogar [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
<p>C4Q05_X09 ¿Recibió (S.C) los anteojos/lentes o atención oftalmológica que necesitaba?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X10] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X10] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X10]</p>	<p>C4Q05X09A FILL [los anteojos/lentes o atención oftalmológica]</p> <p>(01)YES (02) No [SKIP TO C4Q0509C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q05_X10]</p>	<p>=====</p>		<p>C4Q05X09C ¿Recibió (S.C) algún tipo de anteojos/lentes o atención oftalmológica [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>

<p>C4Q05_X10 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento necesitó (S.C) audífonos o servicios para el cuidado del oído?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X11] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X11] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X11]</p>	<p>C4Q05X10A FILL [audífonos o servicios para el cuidado del oído]</p> <p>(01) YES (02) No [SKIP TO C4Q0510C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q05_X11]</p>	<p>=====</p>	<p>C4Q05X10C ¿Recibió (S.C) algún tipo de servicios para el cuidado del oído o audífonos [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	--	--------------	---

<p>C4Q05_X11 [SKIP IF AGE IS LESS THAN 3 YEARS OLD] (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento necesitó (S.C) equipos de movilidad, como bastones, muletas, sillas de ruedas o sillas/vehículos motorizados (scooter)? (01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X12] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X12] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X12]</p>	<p>C4Q05X11A FILL [equipos de movilidad, como bastones, muletas, sillas de ruedas o sillas/vehículos motorizados (scooter)] (01) YES (02) No [SKIP TO C4Q0511C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q05_X12]</p>	<p>=====</p>		<p>C4Q05X11C ¿Recibió (S.C) algún tipo de equipo de movilidad [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]? (01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	--	--------------	--	--

<p>C4Q05_X12 [SKIP IF AGE IS LESS THAN 3 YEARS OLD] (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento necesitó (S.C) algún dispositivo de ayuda para la comunicación, como tableros de comunicación?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X13] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X13] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X13]</p>	<p>C4Q05X12A FILL [los DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN]</p> <p>(01) YES (02) No [SKIP TO C4Q0512C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q05_X13]</p>	<p>=====</p>		<p>C4Q05X12C ¿Recibió (S.C) algún tipo de dispositivo o ayuda de comunicación [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
---	---	--------------	--	--

<p>C4Q05_X13 (En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento necesitó (S.C) suministros médicos?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q05_X14] (77) DK [SKIP TO C4Q05_X14] (99) REF [SKIP TO C4Q05_X14]</p> <p>HELP SCREEN: Algunos ejemplos de suministros médicos serían: vendas y esponjas. Se trata de artículos descartables.</p>	<p>C4Q05X13A FILL [suministros médicos]</p> <p>(01) YES (02) No [SKIP TO C4Q0513C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q05_X14]</p>	<p>=====</p>		<p>C4Q05X13C ¿Recibió (S.C) algún tipo de suministro médico [en los últimos 12 meses/ Desde que nació]?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	--	--------------	--	--

<p>C4Q05_X14 (En los últimos 12 meses/ [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento necesitó (S.C) equipo médico durable?</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q06] (77) DK [SKIP TO C4Q06] (99) REF [SKIP TO C4Q06] HELP SCREEN: Algunos ejemplos de equipo médico durable serían sillas de ruedas, camas hospitalarias, tanques de oxígeno, aparatos para la presión y ortopedia mecánica. Se trata de artículos no descartables.</p>	<p>C4Q05X14A FILL [equipo médico durable]</p> <p>(01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q0514C] (77) DK (99) REF [IF 01,6,7 THEN SKIP TO C4Q06]</p>	<p>=====</p>		<p>C4Q05X14C (En los últimos 12 meses/ Desde que nació), ¿en algún momento necesitó (S.C) algún equipo médico durable?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
---	--	--------------	--	---

[TIME STAMPS – SECTION44]

C4Q06 (4.6) [IF CWTYPE = 'N' THEN SKIP TO C3Q12]

(CATI: THIS SERIES SHOULD BE ASKED HORIZONTALLY ACROSS THE TABLE. IN OTHER WORDS, IF THEY ANSWER YES TO SOMETHING IN COLUMN 01, THEY SHOULD IMMEDIATELY BE ASKED THE QUESTIONS IN COLUMN 02, 03, 4 AS APPLICABLE)

<p>(En los últimos 12 meses/ [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento usted u otros miembros de la familia necesitaron algunos de los siguientes servicios debido a la salud de (S.C.):</p>	<p>¿Usted o su familia recibieron todos los servicios de {fill with underlined words from first column} que necesitaban?</p>	<p>¿Por qué razón no obtuvo usted, o su familia, los servicios de {fill with underlined words from first column} que necesitaba? (CHECK ALL THAT APPLY. READ RESPONSES ONLY IF NECESSARY)</p>	<p>¿Usted o su familia recibieron ALGÚN TIPO de servicios de {fill with underlined words from first column} [en los últimos 12 meses/ Desde que nació el/la niño/a]?</p>
--	---	--	---

<p>C4Q06_X01 (En los últimos 12 meses/ [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació), ¿en algún momento usted u otros miembros de la familia necesitaron Respite care? (01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q06_X02] (77) DK [SKIP TO C4Q06_X02] (99) REF [SKIP TO C4Q06_X02]</p> <p>HELP SCREEN: Respite care es un servicio de cuidados que permite a la familia tomarse una pausa en el cuidado continuo del niño. Es una especie de babysitting a cargo de una persona capacitada para atender las necesidades específicas del niño. En este caso, debe tomarse en cuenta el Respite care a cargo tanto de profesionales como de no profesionales en la materia.</p>	<p>C4Q06X01A FILL [respite care]</p> <p>(01) YES [SKIP TO C4Q06_X02] (02) No (77) DK [SKIP TO C4Q06_X02] (99) REF [SKIP TO C4Q06_X02]</p>	<p>C40601BX01-X16 ¿Por qué razón no obtuvo usted, o su familia, los servicios de Respite care que necesitaba?</p> <p>01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND DOCTOR WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH DOCTOR</p> <p>09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL</p> <p>15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER [GO TO C4Q0601OE] 77 DON'T KNOW 99 REFUSED</p> <p>C4Q0601OE READ IF NECESSARY: ¿Por qué razón no obtuvo usted, o su familia, los servicios de Respite care que necesitaba?</p> <p>ENTER OTHER _____</p>	<p>C4Q06X01C ¿Usted o su familia recibieron ALGÚN TIPO de servicios de Respite care [en los últimos 12 meses/ Desde que nació el/la niño/a)?</p> <p>(01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
--	--	--	---

<p>C4Q06_X02 (En los últimos 12 meses/ [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿en algún momento usted o algún miembro de su familia necesitó asesoramiento sobre temas genéticos vinculados a las enfermedades hereditarias relacionadas con los problemas médicos, de comportamiento u otras cuestiones de la salud de (SC)? (01) YES (02) NO [SKIP TO C4Q06_X03] (77) DK [SKIP TO C4Q06_X03] (99) REF [SKIP TO C4Q06_X03]</p>	<p>C4Q06X02A FILL [el asesoramiento sobre temas genéticos] (01) YES [SKIP TO C4Q06_X03] (02) NO (77) DK [SKIP TO C4Q06_X03] (99) REF [SKIP TO C4Q06_X03]</p>	<p>C40602BX01-X16 FILL [el asesoramiento sobre temas genéticos] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND DOCTOR WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH DOCTOR 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER [SKIP C4Q0602OE] 77 DON'T KNOW 99 REFUSED C4Q0602OE READ IF NECESSARY: ¿Por qué razón usted o su familia no recibieron el asesoramiento sobre temas genéticos que necesitaban? ENTER OTHER_____</p>	<p>C4Q06X02C ¿Recibió usted, o su familia, ALGÚN TIPO de asesoramiento sobre temas genéticos [en los últimos 12 meses/ Desde que nació el/la niño/a]? (01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
---	--	---	--

<p>C4Q06_X03 (En los últimos 12 meses/ [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que el/la niño/a nació, ¿en algún momento usted o algún miembro de su familia necesitaron terapia/consejería o atención de salud mental en relación con los problemas médicos, de comportamiento u otros aspectos vinculados a la salud de (SC)? (01) YES (02) NO [SKIP TO C3Q12] (77) DK [SKIP TO C3Q12] (99) REF [SKIP TO C3Q12]</p>	<p>C4Q06X03A FILL [la consejería/terapia o atención de salud mental] (01) YES [SKIP TO C3Q12] (02) NO (77) DK [SKIP TO C3Q12] (99) REF [SKIP TO C3Q12]</p>	<p>C40603BX01-X16 FILL [la consejería/terapia o atención de salud mental] 01 COST TOO MUCH 02 NO INSURANCE 03 HEALTH PLAN PROBLEM 04 CAN'T FIND DOCTOR WHO ACCEPTS CHILD'S INSURANCE 05 NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS 06 NOT CONVENIENT TIMES/COULD NOT GET APPOINTMENT 07 DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE 08 DISSATISFACTION WITH DOCTOR 09 DID NOT KNOW WHERE TO GO FOR TREATMENT 10 CHILD REFUSED TO GO 11 TREATMENT IS ONGOING 12 VACCINE SHORTAGE 13 NO REFERRAL 14 LACK OF RESOURCES AT SCHOOL 15 DID NOT GO TO APPT/NEGLECTED APPT/FORGOT APPT 16 OTHER [SKIP C4Q0601OE] 77 DON'T KNOW 99 REFUSED C4Q0603OE READ IF NECESSARY: ¿Por qué usted o su familia no obtuvieron (el/la/los/las) la consejería/terapia o atención de salud mental que se necesitaban? ENTER OTHER _____</p>	<p>C4Q06X03C ¿Recibió usted o su familia ALGÚN TIPO de terapia o atención de salud mental [en los últimos 12 meses/ Desde que nació el/la niño/a]? (01) YES (02) NO (77) DK (99) REF</p>
---	--	---	--

C3Q12 **[IF AGE FROM C2Q01 OR C2Q02 IS 36 MONTHS (3 YEARS) OR GREATER, SKIP TO C3Q13]**
¿Recibe (S.C.) los servicios brindados por un programa llamado Servicios de Intervención Temprana? Los niños que reciben estos servicios suelen contar con un Plan Familiar de Servicios Individualizado.
(01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

[ALL SKIP TO C5Q00]

READ IF NECESSARY: Los Servicios de Intervención Temprana se definen como: capacitación para la familia, servicios de terapia o consejería y visitas a domicilio; atención médica; medicina; servicios de enfermería; nutrición; terapia ocupacional; terapia física; servicios psicológicos; servicios de coordinación de servicios; servicios de asistencia social; capacitación especial; terapia del habla y del lenguaje; transporte; dispositivos de comunicación o movilidad; y servicios de audición y visión.

C3Q13 ¿Recibe (S.C.) los servicios brindados por un programa llamado Servicios de Educación Especial? Los niños que reciben estos servicios suelen contar con un Plan de Educación Individualizado
(01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

READ IF NECESSARY: Educación Especial refiere a cualquier tipo de escuela, clase particular o de apoyo especial.

Section 5. CARE COORDINATION

[TIME STAMPS – SECTION51]

C5Q00

[IF NONE C4Q05X01A THROUGH C4Q05X14A = 01 AND NONE C4Q05X01C THROUGH C4Q05X14C = 01 AND NONE C3Q12 THROUGH C3Q13 = 01, SKIP TO C5Q01]

[IF ANY C4Q05X01A THROUGH C4Q05X14A = 01 OR ANY C4Q05X01C THROUGH C4Q05X14C = 01 OR ANY C3Q12 THROUGH C3Q13 = 01, SAY:
"Usted me dijo que, en los últimos 12 meses, (S.C.) utilizó [FILL WITH ALL NAMES OF SERVICES USED AS REPORTED IN SECTION 4, INCLUDING C3Q12 AND C3Q13]."

IF C4Q05X01A OR C4Q05X01C = 01, FILL " preventivos de rutina "; IF C4Q05X02A OR C4Q05X02C = 01, FILL " parte del médico especialista "; IF C4Q05X031A OR C4Q05X031C = 01, FILL " odontológicos preventivos "; IF C4Q05X032A OR C4Q05X032C = 01, FILL " otro tipo de atención odontológica "; IF C4Q05X04A OR C4Q05X04C = 01, FILL " medicamentos de venta bajo receta "; IF C4Q05X05A OR C4Q05X05C = 01, FILL " la TERAPIA "; IF C4Q05X06A OR C4Q05X06C = 01, FILL " atención de salud mental o terapia/ consejería "; IF C4Q05X07A OR C4Q05X07C = 01, FILL " terapia / consejería o tratamiento para el abuso de sustancias "; IF C4Q05X08A OR C4Q05X08C = 01, FILL " Cuidados médicos en el hogar "; IF C4Q05X09A OR C4Q05X09C = 01, FILL " los anteojos/lentes o atención oftalmológica "; IF C4Q05X10A OR C4Q05X10C = 01, FILL " audífonos o servicios para el cuidado del oído "; IF C4Q05X11A OR C4Q05X11C = 01, FILL " equipos de movilidad, como bastones, muletas, sillas de ruedas o sillas/vehículos motorizados (scooter)"; IF C4Q05X12A OR C4Q05X12C = 01, FILL " los DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN "; IF C4A05X13A OR C4Q05X13C = 01, FILL " suministros médicos " ; IF C4Q05X14A OR C4Q05X14C = 01, FILL " equipo médico durable " ; IF C3Q12 = 01, FILL " Servicios de Intervención Temprana"; IF C3Q13 = 01, FILL " Servicios de Educación Especial"

IF THERE ARE MULTIPLE '01' ANSWERS, PLEASE INCLUDE 'Y' IN BETWEEN THE 2ND TO LAST FILL AND THE LAST FILL ONE. FOR EXAMPLE: " Usted me dijo que, en los últimos 12 meses, (S.C.) utilizó preventivos de rutina, parte del médico especialista, medicamentos de venta bajo receta, Y audífonos o servicios para el cuidado del oído."

[SUM UP HOW MANY TIMES THE RESPONSE (01) IS USED IN THE FOLLOWING VARIABLES: C4Q05X01A THROUGH C4Q05X14A, C4Q05X01C THROUGH C4Q05X14C, C3Q12, AND C3Q13. IF THE SUM IS GE 02 THEN SKIP TO C5Q11, ELSE SKIP TO C5Q01]

C5Q01

En los últimos 12 meses, ¿utilizó (S.C) algún otro tipo de servicios médicos, educativos o sociales vinculados a su salud?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

READ IF NECESSARY: Existen diversos tipos de servicios que los niños pueden utilizar para mejorar su nivel educativo, su estado de salud, o su bienestar en general. Anteriormente mencionamos una lista de 15 servicios de este tipo, pero podría haber algún otro que su niño/a esté utilizando.

C5Q11 (En los últimos 12 meses/ Desde que nació), ¿en algún momento (S.C) necesitó un pase para consultar a algún médico o para recibir algún servicio en particular?
(01) YES
(02) NO [SKIP TO C5Q12]
(77) DON'T KNOW [SKIP TO C5Q12]
(99) REFUSED [SKIP TO C5Q12]

C4Q07 ¿Fue muy difícil, medianamente difícil o fácil obtener ese pase?
(01) Big problem
(02) Small problem
(03) Not a problem
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

[TIME STAMPS – SECTION52]

C5Q12 [SUM UP HOW MANY TIMES THE RESPONSE (01) IS USED IN THE FOLLOWING VARIABLES: C4Q05X01A THROUGH C4Q05X14A, C4Q05X01C THROUGH C4Q05X14C, C5Q01, C3Q12 AND C3Q13. IF THE SUM IS LT 02 AND C4Q05X02AA LT 02 THEN SKIP TO C6Q02]

¿Alguien lo/la ayuda a organizar o coordinar la atención médica de (S.C)? Es decir, ¿alguien lo/la ayuda a asegurarse de que (S.C) reciba todos los cuidados y servicios médicos que necesita, de que los profesionales de la salud le brinden información sobre el estado de salud de (S.C) y de que todos los servicios se complementen y se paguen de la forma más conveniente para usted?

(01) YES
(02) NO [SKIP TO C5Q17]
(77) DON'T KNOW [SKIP TO C5Q17]
(99) REFUSED [SKIP TO C5Q17]

HELP SCREEN: IF RESPONDENT SAID 'YES' TO ANY ONE OF THE THREE CATEGORIES LISTED IN THE SECOND SENTENCE, ENTER 'YES' FOR THIS QUESTION.

READ IF NECESSARY: Cualquiera significa cualquier persona.

C5Q13 ¿Algún médico o integrante del personal del consultorio médico lo/la ayuda a organizar o coordinar la atención médica de (S.C)?

(01) YES [SKIP TO C5Q15]
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

C5Q14 ¿Quién lo/la ayuda a organizar o coordinar todo lo referente al cuidado de (S.C)? ¿Lo hace uno de los padres del niño/de la niña, su tutor/a, otro miembro de la familia, un/a amigo/a, un/a enfermero/a, un/a terapeuta, un/a asistente social, la persona a cargo de coordinar las altas del hospital, el/la encargado/a del caso, u alguna otra persona? **[MARK ALL THAT APPLY]**

- | | |
|--|------------------|
| C5Q14X01 Parent | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X02 Guardian | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X03 Other family member | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X04 Friend | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X05 Nurse | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X06 Therapist | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X07 Social Worker | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X08 Hospital Discharge Planner | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X09 Case Manager | (01) YES (02) NO |
| C5Q14X10 Someone else [SKIP to C5Q14_XOE] | (01) YES (02) NO |
| C5Z14XDK Don't know | (77) DON'T KNOW |
| C5Q14XRF Refused | (99) REFUSED |

[SKIP TO C5Q17]

C5Q14_XOE ¿Quién es esa persona?

ENTER RESPONSE _____ **[30 CHARACTERS MAX]**
[SKIP TO C5Q17]

C5Q15 ¿Alguna otra persona lo/la ayuda a organizar o coordinar los cuidados de (S.C)?

- | | |
|-----------------|------------------------|
| (01) YES | |
| (02) NO | [SKIP TO C5Q17] |
| (77) DON'T KNOW | [SKIP TO C5Q17] |
| (99) REFUSED | [SKIP TO C5Q17] |

C5Q16 ¿Se trata de uno de sus padres, su tutor/a, otro miembro de la familia, un/a amigo/a, un/a enfermero/a, un/a terapeuta, un/a asistente social, la persona a cargo de coordinar las altas del hospital, el/la encargado/a del caso, u alguna otra persona? **[MARK ALL THAT APPLY]**

- | | | |
|--|-----------------|---------|
| C5Q16X01 Parent | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X02 Guardian | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X03 Other family member | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X04 Friend | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X05 Nurse | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X06 Therapist | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X07 Social Worker | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X08 Hospital Discharge Planner | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X09 Case Manager | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16X10 Someone else [SKIP to C5Q16_XOE] | (01) YES | (02) NO |
| C5Q16XDK Don't know | (77) DON'T KNOW | |
| C5X16XRF Refused | (99) REFUSED | |

[SKIP TO C5Q17]

C5Q16_XOE ¿Quién es esa persona?

ENTER RESPONSE _____ **[30 CHARACTERS MAX]**

- C5Q17 (En los últimos 12 meses/ Desde que nació el/la niño/a), ¿ha sentido que habría sido provechoso para usted contar con ayuda adicional de parte de alguno de estos proveedores o servicios de atención médica para la organización y coordinación de los cuidados de (S.C)?
- (01) YES
 (02) NO [SKIP TO C5Q10]
 (77) DON'T KNOW [SKIP TO C5Q10]
 (99) REFUSED [SKIP TO C5Q10]
- C5Q09 (En los últimos 12 meses/ Desde que nació el/la niño/a), ¿con qué frecuencia obtuvo toda la ayuda que deseaba en cuanto a la organización y coordinación de los cuidados de (S.C)? ¿Diría que nunca, a veces o generalmente?
- (01) NEVER
 (02) SOMETIMES
 (03) USUALLY
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
- C5Q10 En términos generales, ¿está muy satisfecho/a, algo satisfecho/a, algo insatisfecho/a, o muy insatisfecho/a con la comunicación entablada con los médicos u otros profesionales a cargo de la salud de (S.C)?
- (01) VERY SATISFIED
 (02) SOMEWHAT SATISFIED
 (03) SOMEWHAT DISSATISFIED
 (04) VERY DISSATISFIED
 (05) NO COMMUNICATION NEEDED OR WANTED
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
- C5Q05 Los médicos u otros profesionales de la salud a cargo de (S.C), ¿necesitan comunicarse con su escuela, programa de intervención temprana, proveedores de cuidados para niños, programa de educación vocacional o programa de rehabilitación?
- (01) YES
 (02) NO [SKIP TO C6Q02]
 (77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q02]
 (99) REFUSED [SKIP TO C6Q02]
- C5Q06 En términos generales, ¿está muy satisfecho/a, satisfecho/a, no muy satisfecho/a, o muy insatisfecho/a con esta comunicación?
- (01) VERY SATISFIED
 (02) SOMEWHAT SATISFIED
 (03) SOMEWHAT DISSATISFIED
 (04) VERY DISSATISFIED
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED

Section 6A. FAMILY CENTERED CARE

[TIME STAMPS SECTION 61]

- C6Q02 **[IF C6Q01 = 000, SKIP TO C6Q07]**
(En los últimos 12 meses, **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** Desde que nació), ¿con qué frecuencia diría que los médicos y otros prestadores de servicios médicos de (S.C.) pasaron suficiente tiempo con él/ella? ¿Diría que nunca, a veces, generalmente o siempre?
- (01) NEVER
(02) SOMETIMES
(03) USUALLY
(04) ALWAYS
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C6Q03 (En los últimos 12 meses, **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** ¿con que frecuencia siente que los médicos y otros prestadores de servicios médicos de (S.C.) lo/a escuchan con atención? ¿Diría que: nunca, a veces, generalmente, siempre?
- (01) NEVER
(02) SOMETIMES
(03) USUALLY
(04) ALWAYS
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C6Q04 Cuando los médicos u otros prestadores de servicios médicos atienden a (S.C.), ¿con qué frecuencia toman en cuenta los valores y las costumbres de su familia? ¿Diría que: nunca, a veces, generalmente, siempre?
- (01) NEVER
(02) SOMETIMES
(03) USUALLY
(04) ALWAYS
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C6Q05 La información sobre la salud o los cuidados médicos de un niño/a puede incluir puntos como las causas de algún problema de salud, la forma más adecuada de atender al niño/a en el presente y los cambios que se espera ocurran en el futuro. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha recibido usted la información específica que necesitaba de parte de los médicos y otros prestadores de servicios médicos? ¿Diría que: nunca, a veces, generalmente, siempre?
- (01) NEVER
(02) SOMETIMES
(03) USUALLY
(04) ALWAYS
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

C6Q06 En los últimos 12 meses / **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** Desde que nació), ¿con qué frecuencia sintió que los médicos y otros prestadores de servicios médicos de (S.C.) lo/a ayudaron a que usted se sintiera como un partícipe en el cuidado de (S.C)? ¿Diría que: nunca, a veces, generalmente, siempre?

- (01) NEVER
- (02) SOMETIMES
- (03) USUALLY
- (04) ALWAYS
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

S5Q13 **CATI INSTRUCTION (S5Q13): IF C2Q05 IN (01, 77, 99) [I.E. LANGUAGE ENGLISH OR UNKNOWN] SKIP TO C6Q07. ELSE, SKIP TO S5Q13. IF S.C. >36 MONTHS, FILL [or S.C.]. ELSE, NO FILL.**

Un intérprete es alguien que traduce lo que una persona dice en un idioma a otro idioma. (Durante los últimos 12 meses/Desde que nació (S.C.), ¿necesitó usted (o S.C.) a un intérprete para poder comunicarse con el/los médico/s?

- (01) YES [SKIP TO S5Q13A]
- (02) NO [SKIP TO C6Q07]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q07]
- (99) REFUSED [SKIP TO C6Q07]

S5Q13A **CATI INSTRUCTION (S5Q13): IF S.C. >36 MONTHS, FILL [or S.C.]. ELSE, DO NOT FILL.**

Cuando usted (o S.C.) necesitó un intérprete, ¿con qué frecuencia pudo conseguir a alguien, que no fuera un familiar, que lo ayudara a hablar con su médico u otro profesional de la salud? ¿Diría que nunca, en ocasiones, generalmente o siempre?

- (01) NEVER
- (02) SOMETIMES
- (03) USUALLY
- (04) ALWAYS
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 6B. TRANSITION ISSUES

[TIME STAMPS – SECTION62]

- C6Q07 **[IF CHILD IS LESS THAN 5 YEARS OF AGE, SKIP TO C6Q0D. IF CHILD IS 5-11 YEARS OF AGE, SKIP TO C6Q08]**
Las siguientes preguntas se refieren al proceso de preparación para satisfacer las necesidades de atención médica que (S.C.) tendrá cuando sea adulto/a. ¿Alguno de los médicos o profesionales de la salud de (S.C.) atienden sólo a niños?
(01) YES
(02) NO [SKIP TO C6Q0A]
(77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q0A]
(99) REFUSED [SKIP TO C6Q0A]
- C6Q0A_B ¿Los médicos u otros prestadores de servicios médicos le han hablado sobre el hecho de que en algún momento (S.C.) tendrá que ir a un médico para adultos?
(01) YES [SKIP TO C6Q0A]
(02) NO
(77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q0A]
(99) REFUSED [SKIP TO C6Q0A]
- HELP SCREEN: THIS QUESTION REFERS TO DISCUSSIONS BETWEEN THE RESPONDENT AND THE DOCTORS OR OTHER HEALTH CARE PROVIDERS WHO TREAT ONLY CHILDREN.
- C6Q0A_C ¿Le habría resultado útil recibir información sobre médicos que atienden adultos?
(01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED
- C6Q0A ¿Los médicos u otros prestadores de servicios médicos de (S.C.) han hablado con usted sobre la atención médica que (S.C.) necesitará cuando sea adulto(a)?
(01) YES [SKIP TO C6Q0A_E]
(02) NO
(77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q0A_E]
(99) REFUSED [SKIP TO C6Q0A_E]
- C6Q0A_D ¿Le habría resultado útil recibir información sobre las necesidades de atención médica de (S.C.)?
(01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

C6Q0A_E El criterio de elegibilidad para acceder a seguros médicos suele cambiar cuando el/la niño/a alcanza la edad adulta. ¿Alguien ha analizado con usted las formas de obtener o mantener algún tipo de cobertura médica para cuando (S.C.) sea adulto/a?

- (01) YES [SKIP TO C6Q08]
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q08]
- (99) REFUSED [SKIP TO C6Q08]

HELP SCREEN: Cualquiera significa cualquier persona.

C6Q0A_F ¿Le habría resultado útil recibir más información sobre seguros médicos?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C6Q08 ¿Con qué frecuencia los médicos de (S.C.) lo/la animan asumir la responsabilidad de sus necesidades médicas, como:

IF SAMPLE_USE_CODE = 3 AND CWTYPE = N, THEN:

[IF CHILD IS 5-11 YEARS OF AGE, THEN READ: “aprendiendo sobre su salud o ayudando con los tratamientos y medicamentos?”

[IF CHILD IS 12+ YEARS OF AGE, THEN READ : “tomando medicamentos, entendiendo su salud o siguiendo indicaciones médicas?”

ELSE:

[IF CHILD IS 5-11 YEARS OF AGE, THEN READ: “aprender sobre su enfermedad o ayudar con los tratamientos y los medicamentos?”

[If child is 12+ years of age, THEN READ : ““tomar medicamentos, entender su diagnóstico o seguir las recomendaciones médicas?”

¿Diría que nunca, a veces, generalmente o siempre?

- (01) NEVER
- (02) SOMETIMES
- (03) USUALLY
- (04) ALWAYS
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 6C. EASE OF SERVICE USE

[TIME STAMPS – SECTION63]

C6Q0D Sobre todo, hemos estado hablando sobre los servicios de salud que brindan los médicos de su niño/a. Sin embargo, existen otros tipos de servicios que los niños pueden necesitar o utilizar debido a su salud. Estos servicios pueden ser brindados por (IF AGE < 36 MONTHS, SHOW: programas de intervención temprana; ELSE SHOW: escuelas, guarderías, programas de educación vocacional y rehabilitación, y otros programas comunitarios.

Pensando en las necesidades médicas de (S.C.) y todos los servicios que necesita, ¿ha tenido usted alguna dificultad al tratar de usar estos servicios (IF AGE = 12 MONTHS OR GREATER, SHOW: en los últimos 12 meses; ELSE SHOW: Desde que nació)?

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO C6Q0C]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q0C]
- (99) REFUSED [SKIP TO C6Q0C]

IF THE PARENT SAYS THAT THE CHILD DID NOT NEED ANY SERVICES, READ: Esta pregunta se refiere a las dificultades que le haya causado CUALQUIER servicio vinculado a la salud de su niño/a. ¿Tuvo usted CUALQUIER dificultad al utilizar CUALQUIER servicio durante los últimos 12 meses?

C6Q0E Ahora voy a leerle una lista de razones por las que las personas pueden tener dificultades para acceder a estos servicios. Para cada razón, por favor dígame sí o no, si ésta fue la razón por la que tuvo dificultades al tratar de acceder a estos servicios. ¿Tuvo usted alguna dificultad porque:

C6Q0E_A No pudo obtener la información que necesitaba?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C6Q0E_B (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) se requería demasiado papeleo?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C6Q0E_C (READ IF NECESSARY: Did ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque:) no tenía suficiente dinero para pagar los servicios?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

- C6Q0E_D (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque:) tenía problemas de transporte?
- (01) YES
 - (02) NO
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED
- C6Q0E_E (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque:) no podía obtener servicios para (S.C.) cuando los necesitaba?
- (01) YES
 - (02) NO [SKIP TO C6Q0E_F]
 - (77) DON'T KNOW [SKIP TO C6Q0E_F]
 - (99) REFUSED [SKIP TO C6Q0E_F]
- C6Q0E_E1 ¿Se debía esto a las largas listas de espera?
- (01) YES
 - (02) NO
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED
- C6Q0E_F ¿Tuvo alguna dificultad para acceder a algún servicio debido a problemas de comunicación con el prestador del servicio?
- (01) YES
 - (02) NO
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED
- C6Q0E_G (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) tenía problemas de idioma, de comunicación o culturales con el prestador del servicio?
- (01) YES
 - (02) NO
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED
- C6Q0E_H (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) no pudo encontrar a un prestador de servicios que tuviera la capacitación específica para el caso de (S.C.)?
- (01) YES
 - (02) NO
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED
- C6Q0E_I (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) el tipo de servicios que necesitaba (S.C.) no estaba disponible en su área?
- (01) YES
 - (02) NO
 - (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED

C6Q0E_J (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) el tipo de servicios que necesitaba (S.C.) estaba disponible en su área pero él/ella no era elegible?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C6Q0E_K (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) el tipo de servicios que necesitaba (S.C.) estaba disponible en su área pero él/ella ya había utilizado todos los beneficios a los que podía acceder?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C6Q0E_L (READ IF NECESSARY: ¿Tuvo dificultad para acceder a algún servicio porque) no tuvo suficiente tiempo para entender todo?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C6Q0C Piense en las necesidades de atención médica de (S.C.) y en los servicios que recibe. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con esos servicios? ¿Diría que está muy satisfecho(a), satisfecho(a), no muy satisfecho(a) o nada satisfecho(a)?

- (01) VERY SATISFIED
- (02) SOMEWHAT SATISFIED
- (03) SOMEWHAT DISSATISFIED
- (04) VERY DISSATISFIED
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 6D. HURRICANE EVACUEES

[TIME STAMP – SECTION64]

K_INTRO La próxima pregunta será acerca de los huracanes del año pasado en la zona de la Costa del Golfo de México.

K1 El año pasado, (S.C.) ¿dejó su casa por una noche o más a causa de los huracanes Katrina o Rita?

- (01) YES > GO TO K2
- (02) NO > GO TO NAME_SEC7
- (77) DON'T KNOW > GO TO NAME_SEC7
- (99) REFUSED > GO TO NAME_SEC7

INTERVIEWER NOTE: THE PARENT SHOULD ANSWER "YES" IF THE CHILD LEFT HOME FOR AT LEAST ONE NIGHT FOR ANY REASON RELATED TO THE HURRICANE. THIS CAN BE BEFORE THE HURRICANE OR AFTER THE HURRICANE WAS OVER. THIS MAY INCLUDE LEAVING AS A PRECAUTION, LEAVING BY ORDER OF THE AUTHORITIES, LEAVING TO ENSURE COMFORT IN THE ABSENCE OF POWER OR WATER, LEAVING TO OBTAIN OR ENSURE NECESSARY HEALTH CARE, OR ANY OTHER REASON RELATED TO THE HURRICANE.

K2 IF CWTYPE = S, DISPLAY: Para partir de su casa, (S.C.) ¿necesitó algún arreglo especial de evacuación a causa de su estado de salud?

IF CWTYPE = N, DISPLAY: Para partir de su casa, (S.C.) ¿necesitó algún arreglo especial de evacuación a causa de su salud?

- (01) YES > GO TO K2A
- (02) NO > GO TO K3
- (77) DON'T KNOW > GO TO K3
- (99) REFUSED > GO TO K3

INTERVIEWER NOTE: THIS QUESTION REFERS TO ANY HEALTH CONDITIONS THAT EXISTED PRIOR TO THE HURRICANES. DO NOT INCLUDE SPECIAL ARRANGEMENTS RELATED TO INJURIES SUSTAINED DURING THE HURRICANE OR THE EVACUATION.

K2A ¿Qué arreglos especiales se requerían?

RECORD VERBATIM RESPONSE

K3 IF CWTYPE = S, DISPLAY: ¿Le resultó difícil a Ud. encontrar un refugio temporal para (S.C.) a causa de su condiciones de salud?

IF CWTYPE = N, DISPLAY: ¿Le resultó difícil a Ud. encontrar un refugio temporal para (S.C.) a causa de su salud?

- (01) YES > GO TO K3A
- (02) NO > GO TO K4A
- (77) DON'T KNOW > GO TO K4A
- (99) REFUSED > GO TO K4A

INTERVIEWER NOTE: THIS QUESTION REFERS TO ANY HEALTH CONDITIONS THAT

EXISTED PRIOR TO THE HURRICANES. DO NOT INCLUDE TROUBLE FINDING SHELTER BECAUSE OF INJURIES SUSTAINED DURING THE HURRICANE OR THE EVACUATION.

K3A (IF CWTYPE = N, SHOW: ¿Qué problema de salud) (F CWTYPE =S, SHOW:¿Qué problemas de salud) le dificultaron encontrar un refugio temporal?

RECORD VERBATIM RESPONSE

K4A Después del huracán, (S.C.) ¿volvió a mudarse a la misma casa donde había vivido antes de los huracanes?

(01) YES > GO TO K4B
(02) NO > GO TO K5
(77) DON'T KNOW > GO TO K5
(99) REFUSED > GO TO K5

THIS QUESTION ASKS WHETHER THE CHILD ACTUALLY MOVED BACK INTO THE HOME. IF THE CHILD ATTEMPTED TO MOVE HOME, BUT WAS NOT ABLE TO ACTUALLY DO SO, THE ANSWER SHOULD BE RECORDED AS "NO." IF THE CHILD MOVED HOME AFTER HURRICANE KATRINA, BUT THEN LEFT BECAUSE OF HURRICANE RITA AND HAS NOT MOVED BACK HOME, THE ANSWER SHOULD BE RECORDED AS "NO." HOWEVER, NOTE THAT THIS QUESTION DOES NOT ASK IF THE CHILD IS CURRENTLY LIVING IN THE SAME HOME WHERE THE CHILD LIVED BEFORE THE HURRICANES. IF THE CHILD MOVED HOME FOR SEVERAL MONTHS, BUT HAS SINCE MOVED AWAY, THE ANSWER SHOULD STILL BE RECORDED AS "YES."

K4B ¿Cuántas noches pasó (S.C.) fuera de su casa a causa de los huracanes?

_____ ENTER NUMBER > GO TO K4B_1

(77) DON'T KNOW > GO TO K7
(99) REFUSED > GO TO K7

K4B1 (01) NIGHT(S)
(02) WEEK(S)
(03) MONTH(S)

ALL GO TO K7

INTERVIEWER NOTE: THIS QUESTION REFERS TO THE COMPLETE TIME PERIOD BETWEEN LEAVING HOME AND MOVING BACK INTO THE HOME. IF THE CHILD MOVED BACK HOME, LEFT AGAIN FOR A REASON RELATED TO THE HURRICANES, AND THEN MOVED BACK HOME AGAIN, THE PARENT SHOULD ADD UP ALL OF THE NIGHTS THAT THE CHILD WAS AWAY FROM HOME.

K5 Actualmente, ¿está (S.C.) viviendo en viviendas a corto plazo o temporales tales como una caravana de FEMA, un hotel, o el hogar de un pariente o amigo?

(01) YES > GO TO K7
(02) NO > GO TO K6A
(77) DON'T KNOW > GO TO K6A
(99) REFUSED > GO TO K6A

- K6A (S.C.) ¿vivió en viviendas a corto plazo o temporales durante una noche o más, tales como un centro de evacuación, hotel, o el hogar de un pariente o amigo?
- (01) YES > GO TO K6B
(02) NO > GO TO NAME_SEC7
(77) DON'T KNOW > GO TO NAME_SEC7
(99) REFUSED > GO TO NAME_SEC7
- K6B ¿Durante cuántas noches vivió (S.C.) en viviendas a corto plazo o temporales a causa de los huracanes?
- _____ ENTER NUMBER > GO TO K6B1
- (77) DON'T KNOW > GO TO K7
(99) REFUSED > GO TO K7
- K6B1 (01) NIGHT(S)
(02) WEEK(S)
(03) MONTH(S)
- ALL GO TO K7
- INTERVIEWER NOTE: THIS QUESTION REFERS TO THE TOTAL NUMBER OF NIGHTS SPENT IN SHORT-TERM OR TEMPORARY HOUSING. IF THE CHILD LIVED IN SHORT-TERM OR TEMPORARY HOUSING SEVERAL TIMES, THE PARENT SHOULD ADD UP ALL OF THE NIGHTS THAT THE CHILD LIVED IN SUCH HOUSING.
- K7 (IF K4A = 1, READ: Durante el tiempo en el que (S.C.) no estaba en casa, (S.C.) ¿NECESITÓ algún cuidado a la salud?)
(IF K5 = 1, READ: Desde que dejó su hogar, (S.C.) ¿HA NECESITADO algún cuidado a la salud?)
(IF K6A = 1, READ: Cuando (S.C.) estaba viviendo en viviendas a corto plazo o temporales, ¿NECESITÓ algún cuidado a la salud?)
- Cuando digo "cuidados a la salud" quiero decir "cuidados proporcionados por un médico o una enfermera o enfermero así bien que otros tipos de servicios tales como servicios de salud mental, medicamentos de venta bajo receta, o terapias especiales.
- (01) YES > GO TO K8
(02) NO > GO TO K11
(77) DON'T KNOW > GO TO K11
(99) REFUSED > GO TO K11
- K8 (IF K4A = 1, READ: Durante el tiempo en el que (S.C.) no estaba en casa,)
(IF K5 = 1, READ: Desde que dejó su hogar,)
(IF K6A = 1, READ: Cuando (S.C.) estaba viviendo en viviendas a corto plazo o temporales,)
- (S.C.) recibió ALGUNO de los cuidados de salud que (él/ella) necesitaba?
- (01) YES > GO TO K9
(02) NO > GO TO K11
(77) DON'T KNOW > GO TO K11
(99) REFUSED > GO TO K11

K9 (IF K4A = 1, READ: ¿Dónde recibió (S.C.) estos cuidados de salud?)
(IF K5 = 1, READ: Dónde ha recibido (S.C.) estos cuidados de salud?)
(IF K6A = 1, READ: Dónde recibió (S.C.) estos cuidados de salud?)

MARK ALL THAT APPLY

PROBE: ¿En algún otro lugar?

- (01) EVACUATION CENTER
- (02) SPECIAL NEEDS SHELTER
- (03) MOBILE HEALTH UNIT
- (04) DOCTOR'S OFFICE
- (05) HOSPITAL EMERGENCY ROOM
- (06) HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENT
- (07) CLINIC OR HEALTH CENTER
- (08) SCHOOL
- (09) OTHER, SPECIFY > GO TO K9_OTHER
- (77) DON'T KNOW > GO TO K10
- (99) REFUSED > GO TO K10

ALL SKIP TO K10

K9_OTHER (READ IF NECESSARY:) ¿Qué tipo de lugar era?

RECORD VERBATIM RESPONSE _____

GO TO K10

K10 (IF K4A = 1, READ: Durante el tiempo en el que (S.C.) no estaba en casa, (S.C.) ¿recibió)
(IF K5 = 1, READ: Desde que dejó su hogar, (S.C.) ¿ha recibido)
(IF K6A = 1, READ: Cuando (S.C.) estaba viviendo en viviendas a corto plazo o temporales,
¿recibió)

TODOS los cuidados de salud que (él/ella) necesitaba?

- (01) YES > GO TO K11
- (02) NO > GO TO K11
- (77) DON'T KNOW > GO TO K11
- (99) REFUSED > GO TO K11

K11 (IF K4A = 1, READ: Durante el tiempo en el que (S.C.) no estaba en casa, (S.C.) ¿NECESITÓ)
(IF K5 = 1, READ: Desde que dejó su hogar, (S.C.) ¿HA NECESITADO)
(IF K6A = 1, READ: Cuando (S.C.) estaba viviendo en viviendas a corto plazo o temporales,
¿NECESITÓ ?)

algún equipo o dispositivo médico durable, tales como respiradores, silla de ruedas u otro
dispositivo médico?

- (01) YES > GO TO K12
- (02) NO > GO TO NAME_SEC7
- (77) DON'T KNOW > GO TO NAME_SEC7
- (99) REFUSED > GO TO NAME_SEC7

K12 (IF K4A = 1, READ: Durante el tiempo en el que (S.C.) no estaba en casa, (S.C.) ¿recibió)
(IF K5 = 1, READ: Desde que dejó su hogar, (S.C.) ¿ha recibido)
(IF K6A = 1, READ: Cuando (S.C.) estaba viviendo en viviendas a corto plazo o temporales,
¿recibió)

ALGUNO DE los equipos o dispositivos médicos que (él/ella) necesitaba?

(01) YES > GO TO K13
(02) NO > GO TO NAME_SEC7
(77) DON'T KNOW > GO TO NAME_SEC7
(99) REFUSED > GO TO NAME_SEC7

K13 (IF K4A = 1, READ: Durante el tiempo en el que (S.C.) no estaba en casa, (S.C.) ¿recibió)
(IF K5 = 1, READ: Desde que dejó su hogar, (S.C.) ¿ha recibido)
(IF K6A = 1, READ: Cuando (S.C.) estaba viviendo en viviendas a corto plazo o temporales,
¿recibió)

TODOS los equipos o dispositivos médicos que (él/ella) necesitaba?

(01) YES > GO TO NAME_SEC7
(02) NO > GO TO NAME_SEC7
(77) DON'T KNOW > GO TO NAME_SEC7
(99) REFUSED > GO TO NAME_SEC7

Section 7. HEALTH INSURANCE

[TIME STAMPS – SECTION7]

NAME_SEC7 [SKIP TO C7Q03 IF NAME OF SELECTED CHILD ALREADY GATHERED BECAUSE FROM MULTIAGE, C2Q01N, SELECTION1_NAME, NAME_SEC4_A, NIS INTERVIEW, OR RESPONDENT REFUSED TO ANSWER NAME QUESTIONS]

HAS THE HOUSEHOLD GIVEN YOU A NAME FOR THE CHILD?

(01) YES > GO TO NAME_SEC7_A

(02) NO > GO TO C7Q03

NAME_SEC7_A

ENTER NAME/INITIALS: _____ > GO TO C7Q03

[FILL (S.C.) WITH THIS NAME FROM THIS POINT ON IN THE INTERVIEW]

C7Q03

[IF S.C. = NIS-ELIG CHILD, THEN FILL WITH INS-1]

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el seguro de salud y la cobertura médica de (S.C.). Actualmente, ¿cuenta (S.C.) con un seguro médico obtenido a través de un empleo o sindicato (union)?

(01) YES

(02) NO [SKIP TO C7Q01]

(77) DON'T KNOW [SKIP TO C7Q01]

(99) REFUSED [SKIP TO C7Q01]

READ ONLY IF NECESSARY: Estos planes pueden ser brindados en forma total o parcial por un empleador actual, un empleador anterior, un sindicato, o una organización profesional.

IF ONLY PLAN NAME OFFERED, PROBE (READ IF NECESSARY): ¿Este seguro médico es obtenido a través de un empleo o sindicato (union)? No incluya seguros de accidentes, escolares, odontológicos o visuales.

IF NECESSARY, TO HELP THE RESPONDENT DETERMINE WHAT KIND OF INSURANCE THEY HAVE, PROBE (READ IF NECESSARY): ¿Obtuvo usted ese seguro a través de un empleo? ¿Cubre el mismo tanto las visitas al consultorio del médico como las internaciones en un hospital?

C7Q03A

[IF INS-1 = 1 AND S.C. = 'NIS-ELIG CHILD', THEN FILL WITH INS-1A]

¿Este seguro de salud le ayuda a pagar por los servicios recibidos de hospitales y consultorios de médicos particulares?

(01) YES

(02) NO

(77) DON'T KNOW

(99) REFUSED

C7Q01

[IF STATE = AK, CT, DC, FL, HI, IL, IN, LA, ME, MA, MN, MO, NE, NM, NY, OH, OK, RI, SC, SD, TN, VT, WI, THEN SKIP TO C7Q04]

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-2]

¿Tiene [S.C.] actualmente cobertura cualquier plan de Medicaid? Medicaid es un programa de seguro de salud para personas con determinados niveles de ingresos y para personas con discapacidades? [FILL IF APPLICABLE: En este estado, el programa a veces se llama [STATE PROGRAM].

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

READ IF NECESSARY: Medicaid es un programa de asistencia médica federal-estatal, que brinda servicios a personas de bajos ingresos de cualquier edad. Las cuentas médicas se pagan con fondos federales, estatales y locales. Los pacientes en general no pagan ninguna parte de los costos de la cobertura médica. Medicaid está a cargo de los gobiernos estatales y locales, siguiendo lineamientos federales.

IF NECESSARY, TO HELP THE RESPONDENT DETERMINE WHAT KIND OF INSURANCE THEY HAVE, PROBE(READ IF NECESSARY): ¿Obtuvo usted el seguro a través de un empleo? ¿Cubre el mismo tanto las visitas al consultorio del médico como las internaciones en un hospital?

C7Q02

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHLID,' THEN FILL WITH INS-3]

¿Tiene [S.C.] actualmente cobertura del State Children's Health Insurance Program o SCHIP? En este estado, el programa a veces se llama [FILL STATE SCHIP NAME].

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

READ IF NECESSARY: El State Children's Health Insurance Program (SCHIP), creado por el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, amplía la cobertura médica a los niños que no tienen seguro debido a que sus familias tienen ingresos superiores a los exigidos por Medicaid, pero que no alcanzan para pagar una cobertura privada.

IF NECESSARY, TO HELP THE RESPONDENT DETERMINE WHAT KIND OF INSURANCE THEY HAVE, PROBE (READ IF NECESSARY): ¿Obtuvo usted ese seguro a través de un empleo? ¿Cubre el mismo tanto las visitas al consultorio del médico como las internaciones en un hospital?

ALL SKIP TO C7Q05

C7Q04

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-3A]

¿Tiene (S.C.) actualmente cobertura cualquier plan de Medicaid o el Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (SCHIP), que son los seguros médicos para personas con ciertos niveles de ingresos y para personas con discapacidades? En este Estado, se llama en ocasiones [STATE PROGRAM].

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

READ IF NECESSARY: Medicaid y SCHIP son programas de asistencia médica federales-estatales que atienden las necesidades de las personas con bajos recursos de cualquier edad. Las cuentas médicas se pagan con fondos federales, estatales y locales. En general, los pacientes pagan muy poco o nada de los costos de los gastos médicos. Estos programas son operados por las autoridades gubernamentales estatales y locales, siguiendo lineamientos federales.

IF NECESSARY, TO HELP THE RESPONDENT DETERMINE WHAT KIND OF INSURANCE THEY HAVE, PROBE (READ IF NECESSARY): ¿Obtuvo usted esta cobertura por intermedio de un empleador? ¿Cubre tanto las visitas al médico como las internaciones en el hospital?

C7Q05

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-5]

¿Tiene (S.C.) actualmente cobertura médica militar, CHAMPUS, CHAMP-VA, o TRICARE?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

READ IF NECESSARY: CHAMPUS, CHAMP-VA, y TRICARE son seguros médicos que se ofrecen a las personas que se encuentran en el servicio militar (y a sus dependientes). TRICARE es un programa de salud controlado para miembros activos y retirados de las fuerzas uniformadas, sus familias y sobrevivientes. CHAMPUS es un programa de atención médica para dependientes del personal militar activo o retirado. CHAMP-VA es un seguro médico para dependientes o sobrevivientes de excombatientes discapacitados.

IF NECESSARY, TO HELP THE RESPONDENT DETERMINE WHAT KIND OF INSURANCE THEY HAVE, PROBE(READ IF NECESSARY): ¿Obtuvo usted el seguro a través de un empleo? ¿Cubre el mismo tanto las visitas al consultorio médico como las internaciones en un hospital?

C7Q07

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-6 AND USE CSHCN LOGIC]

IF C7Q01, C7Q02, C7Q03, C7Q04, OR C7Q05 = 01, THEN SHOW: "Además de lo que ya me ha dicho,"

¿Tiene (S.C.) algún otro de seguro de salud o plan de cuidados médicos?

IF RESPONDENT REPORTS DENTAL, VISION, SCHOOL, OR ACCIDENT INSURANCE, MARK NO.

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

[SKIP TO C7Q09]
[SKIP TO C7Q09]
[SKIP TO C7Q09]

- C7Q08A [IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-6A AND USE CSHCN LOGIC]
 ¿Este seguro de salud le ayuda a pagar tanto los servicios de consulta médica como de internación?
- (01) YES
 (02) NO [SKIP TO C7Q09]
 (77) DON'T KNOW [SKIP TO C7Q09]
 (99) REFUSED [SKIP TO C7Q09]
- C7Q08B [IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-6B AND USE CSHCN LOGIC]
 ¿Este seguro de salud se lo brindan a través de un empleador o sindicato (union)?
- (01) YES
 (02) NO
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
- C7Q08C [IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-6C]
 ¿El proveedor de este seguro de salud, ¿es una compañía aseguradora?
- (01) YES
 (02) NO
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
- C7Q09 **(IF C7Q01, C7Q02, C7Q03A, C7Q04, C7Q05, OR C7Q08A = 01, SKIP TO C7Q11; ELSE IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' AND INS-4 = 1, THEN GO TO C7Q10; ELSE ASK C7Q09)**
- [IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' THEN FILL WITH INS-7]
- Aquí figura que (S.C.) no cuenta con ningún seguro médico que pague los servicios prestados por hospitales, médicos u otros profesionales de la salud. ¿Es correcto?
- (01) YES [SKIP TO C7Q13]
 (02) NO
 (77) DON'T KNOW [SKIP TO C9Q01]
 (99) REFUSED [SKIP TO C9Q01]

C7Q10

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' AND INS-7A NE MISSING, THEN FILL WITH INS-7A/ IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD' AND INS-4 = 1, THEN FILL] Ahora le haré algunas preguntas sobre el seguro de salud y la cobertura médica de (S.C.) Antes usted me dijo que (S.C.) tenía la cobertura del Servicio de Salud Indígena. ¿Tiene (S.C.) algún otro tipo de cobertura médica?"/ ELSE FILL "Actualmente, ¿qué tipo de cobertura médica tiene (S.C.) ? ¿Tiene de algún otro tipo?"

[MARK ALL THAT APPLY. MARK SINGLE SERVICE PLAN ONLY IF VOLUNTEERED AS TYPE OF HEALTH INSURANCE.]

C7Q10X01 MEDICAID [STATE NAME]	(01) YES	(0) NO
C7Q10X02 MEDICARE	(01) YES	(0) NO
C7Q10X04 SCHIP [STATE NAME]	(01) YES	(0) NO
C7Q10X05 MEDIGAP	(01) YES	(0) NO
C7Q10X06 MILITARY	(01) YES	(0) NO
C7Q10X07 INDIAN HEALTH SERVICE	(01) YES	(0) NO
C7Q10X08 PRIVATE INSURANCE	(01) YES	(0) NO
C7Q10X09 SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC)	(01) YES	(0) NO
C7Q10X10 OTHER	(01) YES	(0) NO
C7Q10XDK DON'T KNOW	(77) DON'T KNOW	
C7Q10XRF REFUSED	(99) REFUSED	

IF ONLY C7Q10X09 IS SELECTED, SKIP TO C7Q13

C7Q10B

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' AND INS-7A-1, INS-7A-3, INS-7A-5, OR INS-7A-6 = 1, FILL C7Q10B = 1.

IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' INS-7A-2, INS-7A-4, INS-7A-7 OR INS-7A-9 = 1 THEN FILL WITH INS-7B.]

¿Este seguro de salud le ayuda a pagar tanto los servicios de consulta médica como de internación??

(01) YES	
(02) NO	[SKIP TO C7Q13]
(77) DON'T KNOW	[SKIP TO C9Q01]
(99) REFUSED	[SKIP TO C9Q01]

C7Q11

[IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' AND INS-11 = 1, THEN FILL "Antes usted me dijo que desde que nació (S.C.), hubo un momento en que (él/ella) no tuvo ninguna cobertura médica. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en algún momento (S.C.) no tuvo ningún tipo de cobertura médica?" AND DO NOT USE CURRENT TEXT/ IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD' AND INS-11 = 2, 77, 99, THEN FILL 2, 77, 99 AND USE CURRENT LOGIC]

En los últimos 12 meses, [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS] Desde que nació, ¿alguna vez (S.C.) no ha tenido cobertura de NINGÚN seguro de salud?

(01) YES	
(02) NO	[SKIP TO C8Q01_A]
[DISPLAY RESPONSE (03) IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD' AND INS-11 = 1]	
(03) CHILD ALWAYS COVERED BY INSURANCE [SKIP TO C8Q01_A]	
(77) DON'T KNOW	[SKIP TO C8Q01_A]
(99) REFUSED	[SKIP TO C8Q01_A]

- C7Q12 [IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' AND C7Q11 = 1 AND IF INS-8 = 1 THEN FILL WITH '12']
 En los últimos 12 meses, / [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS Desde que nació),
 más o menos cuántos meses estuvo (S.C.) sin ningún seguro de salud o cobertura?
 [IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP TO ONE MONTH,
**IF VALUE LT CWAGE, DISPLAY WARNING: 'TIME WITHOUT INSURANCE CAN'T
 BE GREATER THAN CHILD'S AGE'**]
- [CATI: 02 NUMERIC-CHARACTER-FIELD, RANGE 01-12, 77, 99]
 _____ MONTHS
- (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
- [ALL SKIP TO C8Q01_A]
- C7Q13 [IF S.C. = 'NIS-ELIG CHILD,' AND IF INS-8 = 1, THEN FILL "5"/ ELSE IF S.C. = 'NIS-
 ELIG CHILD' AND IF INS-8 = 2, 77, OR 99, THEN SAY "Antes usted me dijo que (S.C.) no
 tiene ningún seguro médico que pague por todo tipo de cuidados." [IF C7Q10X09 = 01 OR
 C7Q10B = 02, THEN SAY: ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que (S.C.)
 tuvo una cobertura médica que le ayudara a pagar todo tipo de cuidados? [ELSE, SAY: ¿Cuándo
 tiempo hace aproximadamente desde que (S.C.) tuvo cobertura médica por última vez?]
**[IF (C7Q13 GE 2 AND CWAGE LT 6) OR (C7Q13 GE 3 AND CWAGE LT 12) OR (C7Q13
 GE 4 AND CWAGE LT 36) OR (CWAGE=6 and (02) CHOSEN), DISPLAY WARNING:
 'TIME WITHOUT INSURANCE CAN'T BE GREATER THAN CHILD'S AGE']**
- (01) 6 MONTHS OR LESS
 (02) MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 01 YEAR AGO
 (03) MORE THAN 01 YEAR, BUT NOT MORE THAN 3 YEARS AGO **(GO TO C9Q01)**
 (04) MORE THAN 3 YEARS **(GO TO C9Q01)**
 (05) NEVER **(GO TO C9Q01)**
 DISPLAY RESPONSE (66) IF S.C. = 'NIS ELIG CHILD' AND INS-8 = 2, 77, OR 99]
 (66) CHILD IS COVERED BY INSURANCE (GO TO C7Q10 AND FOLLOW CSHCN
 LOGIC)
 (77) DON'T KNOW **(GO TO C9Q01)**
 (99) REFUSED **(GO TO C9Q01)**
- C7Q14 En los últimos 12 meses, / [WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS Desde que nació,
 ¿más o menos cuántos meses estuvo (S.C.) sin ningún seguro de salud o cobertura?
**[IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP TO ONE MONTH
 IF VALUE GT CWAGE, DISPLAY WARNING: 'TIME WITHOUT INSURANCE CAN'T
 BE GREATER THAN CHILD'S AGE']**
- [CATI: 02 NUMERIC-CHARACTER-FIELD, RANGE 01-12, 77, 99]
 _____ MONTHS
- (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED

C7Q15

[IF S.C. AGE=0 MONTHS, THEN GO TO C9Q01]

[IF C7Q14=12, DK, OR REF, GO TO C9Q01]

[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 months, IF C7Q14=AGE OF S.C. IN MONTHS, GO TO C9Q01]

Durante los _____ (12 - C7Q14) / [IF S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS, (S.C. AGE IN MONTHS -C7Q14)] meses en que (S.C.) TUVO cobertura médica, ¿de qué clase de seguro se trataba? [PROBE: ¿Y de algún otro tipo?

C7Q15X01MEDICAID [STATE NAME]	(01) YES	(0) NO
C7Q15X02 MEDICARE	(01) YES	(0) NO
C7Q15X04 SCHIP [STATE NAME]	(01) YES	(0) NO
C7Q15X05 MEDIGAP	(01) YES	(0) NO
C7Q15X06 MILITARY	(01) YES	(0) NO
C7Q15X07 INDIAN HEALTH SERVICE	(01) YES	(0) NO
C7Q15X08 PRIVATE INSURANCE	(01) YES	(0) NO
C7Q15X09 SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.)	(01) YES	(0) NO
C7Q15X10 OTHER [SKIP TO C7Q15A]	(01) YES	(0) NO
C7Q15XDK DON'T KNOW	(77) DON'T KNOW	
C7Q15XRF REFUSED	(99) REFUSED	
C7Q15A ENTER OTHER_____ [CATI: 255 CHARACTER-FIELD]		

IF ONLY C7Q15X09 IS SELECTED, SKIP TO C9Q01

C7Q15B

¿Este seguro de salud le ayuda a pagar tanto los servicios de consulta médica como de internación?

(01) YES
(02) NO
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

ALL SKIP TO C9Q01

Section 8. ADEQUACY OF HEALTH CARE COVERAGE

[TIME STAMPS – SECTION8]

C8Q01_A Las siguientes preguntas tratan sobre los planes del seguro de salud o de cuidados médicos de (S.C.). El seguro de salud de (S.C.), ¿ofrece los beneficios o servicios que (él/ella) necesita?
¿Diría que:

- (01) NEVER
- (02) SOMETIMES
- (03) USUALLY
- (04) ALWAYS
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C8Q01_B ¿Los costos que no cubre el seguro de salud de (SC) son razonables?
Diría que:

- (01) NEVER
- (02) SOMETIMES
- (03) USUALLY
- (04) ALWAYS
- (05) NO OUT OF POCKET COSTS
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

IF THE PARENT SEEMS CONFUSED BY HOW TO ANSWER, ASK: ¿Ha pagado usted de su bolsillo algún gasto relacionado con la salud de su niño/a?

IF YES, THEN ASK: ¿Son esos costos razonables?

C8Q01_C El seguro de salud de (S.C.), ¿permite que (él/ella) vea a los médicos que necesita?
Diría que:

- (01) NEVER
- (02) SOMETIMES
- (03) USUALLY
- (04) ALWAYS
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 9. IMPACT ON THE FAMILY

[TIME STAMPS – SECTION9]

C9Q01 La siguiente pregunta trata sobre la cantidad de dinero pagado durante los últimos 12 meses para / **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** desde que nació (S.C.) en atención y cuidados médicos. Por favor no incluya las primas del seguro de salud ni los gastos que fueron o serán reembolsados por el seguro u otra fuente. Sí incluya los pagos que ha hecho de su bolsillo por todo concepto médico, como por ejemplo: copagos, atención odontológica u oftalmológica, medicamentos, comida especial, ropa adaptable, equipo médico durable, modificaciones en el hogar y cualquier tipo de terapia. Durante los últimos 12 meses, / **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** Desde que nació, ¿diría que la familia ha pagado más de \$500, entre \$250 y \$500, menos de \$250 o nada para el cuidado de la salud de (S.C.)?

- (01) More than \$500
- (02) \$250-\$500 **[SKIP TO C9Q02]**
- (03) Less than \$250 **[SKIP TO C9Q02]**
- (04) Nothing, \$0 **[SKIP TO C9Q02]**
- (77) DON'T KNOW **[SKIP TO C9Q02]**
- (99) REFUSED **[SKIP TO C9Q02]**

HELP SCREEN: RESPONDENT MAY GIVE A RANGE AS AN ANSWER TO THIS QUESTION. BE PREPARED TO PROBE FOR A MORE ACCURATE ANSWER.

C9Q01_A En los últimos 12 meses/ **[WHEN S.C. IS YOUNGER THAN 12 MONTHS]** Desde que nació), ¿diría que la familia ha pagado más de \$5000, entre \$1000 y \$5000 o menos de \$1000 por concepto de cuidados médicos de (S.C.)?

- (01) More than \$5000
- (02) \$1000-\$5000
- (03) Less than \$1000
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C9Q02 Muchas familias llevan a cabo ciertos cuidados médicos dentro del hogar, como cambiar las vendas, cuidar del equipo de alimentación o respiración, administrar los medicamentos y ayudar con las terapias. ¿Usted u otros miembros de la familia brindan algún cuidado médico a (S.C.) dentro del hogar?

- (01) YES
- (02) NO **[SKIP TO C9Q04]**
- (77) DON'T KNOW **[SKIP TO C9Q04]**
- (99) REFUSED **[SKIP TO C9Q04]**

- C9Q03 ¿Cuántas horas a la semana pasa usted u otros miembros de la familia brindando este tipo de cuidados?
(CATI: 3 NUMERIC-CHARACTER-FIELD, RANGE 000-168, 777, 999)
 _____ HOURS PER WEEK
- (000) LESS THAN ONE HOUR
 (168) AROUND THE CLOCK
 (777) DON'T KNOW
 (999) REFUSED
- IF THE PARENT SAYS THAT THE HOURS PER WEEK VARIES GREATLY FROM WEEK TO WEEK, ASK: ¿Cuántas horas pasó usted u otro miembro de la familia la semana pasada?
[IF C9Q03 < 30 OR = 168, 777, 999, SKIP TO C9Q04]
- C9Q03_A Tengo **(ANSWER FROM C6Q03)** horas. ¿Es correcto?
 (01) YES
 (02) NO **[SKIP BACK TO C9Q03]**
- C9Q04 ¿Cuántas horas a la semana usted u otros miembros de la familia dedican a planificar o coordinar el cuidado de (S.C.)? Con esto me refiero a: coordinar las citas, asegurarse de que los médicos intercambien información, y el seguimiento de las necesidades de atención de (S.C.).
- [CATI: 3 NUMERIC-CHARACTER-FIELD, RANGE 000-168, 555, 777, 999]**
 _____ HOURS PER WEEK
- (000) LESS THAN ONE HOUR
 (555) NONE / DOES NOT ARRANGE OR COORDINATE CARE
 (777) DON'T KNOW
 (999) REFUSED
- IF THE PARENT SAYS THAT THE HOURS PER WEEK VARIES GREATLY FROM WEEK TO WEEK, ASK: ¿Cuántas horas pasó usted u otro miembro de la familia la semana pasada?
[IF C9Q04 < 30 or C9Q04 = 168, 555, 777, 999, SKIP TO C9Q05]
- C9Q04_A Tengo **(ANSWER FROM C6Q01)** horas. ¿Es correcto?
 (01) YES
 (02) NO **[SKIP BACK TO C9Q04]**
- C9Q05 **[IF CHILD HAS SPECIAL HEALTH CARE NEEDS, USE THIS WORDING:]**
 ¿Los problemas de salud de (S.C.) han generado problemas financieros a su familia?
[IF CHILD DOES NOT HAVE SPECIAL HEALTH CARE NEEDS, USE THIS WORDING:] ¿La atención médica de (S.C.) ha generado problemas financieros a su familia?
- (01) YES
 (02) NO
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
- C9Q10 ¿Usted u otros miembros de la familia dejaron de trabajar debido **(IF CW_TYPE = 'S', SHOW: 'al/los problema/s')** de salud de (S.C.)?
- (01) YES
 (02) NO
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED

C9Q06 (IF C9Q10 = 01, THEN SHOW: Sin incluir a los miembros de la familia que dejaron de trabajar.)
¿Usted u otros miembros de la familia han reducido sus horas de trabajo debido a la salud de (S.C.) ?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C9Q07 ¿Ha necesitado ingresos adicionales para cubrir los gastos médicos de (S.C.)?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 10. FAMILY COMPOSITION

[TIME STAMPS – SECTION10]

C11Q01_A **[IF SAMPLE_USE_CODE = 03 AND NIS IS DONE THEN FILL C11Q01_A FROM NIS DATA C1 AND SKIP TO S10Q00
ELSE IF SAMPLE_USE_CODE = 02 AND NIS IS DONE AND CWTYPE = S, FILL C11Q01_A FROM NIS DATA C1, SKIP TO S10Q00
ELSE IF SAMPLE_USE_CODE = 02 AND NIS IS DONE AND CWTYPE = N, FILL C11Q01_A FROM NIS DATA C1, SKIP TO C11Q01,
ELSE ASK C11Q01_A]**

Ahora desearía hacerle algunas preguntas sobre su hogar. Por favor dígame cuántas personas viven allí, incluyendo a todos los niños y a cualquier persona que generalmente viva allí, incluso si no están allí actualmente, por ejemplo, alguien que esté de viaje o en un hospital.

**[CATI: 02 NUMERIC-CHARACTER FIELD, RANGE 01-30, 77, 99
VALUE MUST BE => S_UNDR18 + 01] [DISPLAY WARNING IF VALUE < S_UNDR18+1
-> “NUMBER OF PEOPLE IN THIS HOUSEHOLD CANNOT BE LESS THAN NUMBER OF KIDS + 1.”**

_____ PERSONS
(77) DK
(99) REFUSED

IF SAMPLE_USE_CODE = 02 AND CW_TYPE = N, SKIP TO C11Q01, ELSE

**IF C2Q04 = 1OR 2, CONTINUE WITH S10Q00.
ELSE SKIP TO S10Q01**

S10Q00 **CATI INSTRUCTION (S10Q00): IF C2Q04 = 01, REMOVE RESPONSE CATEGORIES 05-08. ELSE IF C2Q04 = 02, REMOVE RESPONSE CATEGORIES 01-04.**

Anteriormente usted me dijo que era (la madre/el padre) de (S.C.). ¿Es usted (la madre/el padre) biológico/a, adoptivo/a, sustituto/a, el padrastro o la madrastra de (S.C.)?

(01) BIOLOGICAL MOTHER
(02) STEP MOTHER
(03) FOSTER MOTHER
(04) ADOPTIVE MOTHER
(05) BIOLOGICAL FATHER
(06) STEP FATHER
(07) FOSTER FATHER
(08) ADOPTIVE FATHER
(09) OTHER
(77) DON'T KNOW
(99) REFUSED

S10Q01

CATI INSTRUCTION (S10Q01): [IF C11Q01_A = S_UNDR18 + 01, THERE IS ONLY ONE PARENT IN HH AND SKIP TO C10Q03.]

[IF S10Q00 BLANK [FILL: Anteriormente usted me dijo que era el/la __ de (S.C.) (ANSWER TO C2Q04)

IF C2Q04 = 01, FILL “madre”;

IF C2Q04 = 02, FILL “padre”;

IF C2Q04 = 03, FILL “hermano/a”;

IF C2Q04 = 04, 05, 07 FILL “familiar”;

IF C2Q04 = 06, FILL “abuelo/a”;

IF C2Q04 = 10, FILL “amigo/a”;

IF C2Q04 = 08, 09, FILL “tutor/a”;

IF C2Q04 = 77, 99, DO NOT READ THE SENTENCE].

[IF C2Q04 = (01) Madre OR (02) Padre, FILL “otro”.]

¿Tiene (S.C.) algún (otro) padre o madre, o personas que actúen como tales, que vivan allí?

(01) YES

(02) NO

(77) DON'T KNOW

(99) REFUSED

[SKIP TO C10Q03]

[SKIP TO C10Q03]

[SKIP TO C10Q03]

S10Q02

¿Cuál es la relación de esta/s persona/s con (S.C.)? [MARK ALL THAT APPLY]

IF R RESPONDS “Madre” or “Padre” PROBE: Es su padre/madre biológico/a, adoptivo/a o sustituto/a?]

S10Q02X01	BIOLOGICAL MOTHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X02	STEP MOTHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X03	FOSTER MOTHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X04	ADOPTIVE MOTHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X05	BIOLOGICAL FATHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X06	STEP FATHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X07	FOSTER FATHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X08	ADOPTIVE FATHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X09	SISTER/BROTHER (STEP/FOSTER/HALF/ADOPTIVE)	(01) YES	(0) NO
S10Q02X10	IN-LAW OF ANY TYPE	(01) YES	(0) NO
S10Q02X11	AUNT/ UNCLE	(01) YES	(0) NO
S10Q02X12	GRANDMOTHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X13	GRANDFATHER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X14	OTHER FAMILY MEMBER	(01) YES	(0) NO
S10Q02X15	FEMALE GUARDIAN	(01) YES	(0) NO
S10Q02X16	MALE GUARDIAN	(01) YES	(0) NO
S10Q02X17	RESPONDENT'S PARTNER OR BOY/GIRLFRIEND	(01) YES	(0) NO
S10Q02X18	OTHER NON-RELATIVE	(01) YES	(0) NO
S10Q02X19	TWO OR MORE OF THE SAME RELATIONSHIP TYPE	(01) YES	(0) NO
S10Q02XDK	DON'T KNOW	(77) DON'T KNOW	
S10Q02XRF	REFUSED	(99) REFUSED	

IF S10Q00=1 = S10Q02, THEN DISPLAY WARNING TEXT.

IF S10Q00=5 = S10Q02, THEN DISPLAY WARNING TEXT.

WARNING TEXT: SELECTED CHILD CANNOT HAVE TWO BIOLOGICAL MOTHERS OR TWO BIOLOGICAL FATHERS. CONFIRM RESPONSES FOR THE LAST THREE QUESTIONS.

IF NUMBER OF SELECTIONS S10Q02-INDEX > =
 (C11Q01_A - S_UNDR18), [SKIP TO S10Q02_A]
 ELSE, IF S10Q02X19 = 01, [SKIP TO S10Q02_T]
 ELSE, [SKIP TO C10Q03]

S10Q02_T ENTER RELATIVE OR RELATIVES_____.

ENTER THE NUMBER AND TYPE OF PERSON REPORTED. FOR EXAMPLE: "02 BROTHERS". IF ONE OF THE RELATIVES IS ALREADY LISTED IN THE PICKLIST, DO NOT INCLUDE AGAIN HERE

S10Q02_A Sólo para confirmar, ¿usted es el/la the [FILL RESPONSE FROM S10Q00], y los/las [FILL ALL RESPONSES FROM S10Q01, WITH "AND" BEFORE THE LAST RESPONSE] de su niño/a también viven en su hogar?

(01) YES, CONTINUE [GO TO C10Q03]
 (02) NO [RETURN TO S10Q02 AND CORRECT ANSWER]

C10Q03 IF S10Q00 = 04 OR 08 OR S10Q02X04 = 01 OR S10Q02X08 = 01, CONTINUE WITH C10Q03. ELSE, SKIP TO C11Q01.

Las siguientes preguntas nos permitirán comprender mejor las necesidades de atención médica de los niños adoptados.

¿Qué edad tenía (S.C.) cuando se finalizó la adopción? Por "finalizar," quiero decir cuando se firmaron los documentos ante el tribunal y se completó el proceso de adopción.

C10Q03 _____ VALUE (MUST BE LESS THAN OR EQUAL TO AGE OF CHILD)

(77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED
 IF CHILD WAS LESS THAN 1 MONTH AT THE TIME OF ADOPTION, ENTER "0 MONTHS.

C10Q03A Months (00-12)
 Years (Range 00-17)
**(CATI: 2 NUMERIC-CHARACTER FIELD FOR MONTHS
 2 NUMERIC-CHARACTER FIELD FOR YEARS
 AGE SHOULD BE CONVERTED TO MONTHS)**

C10Q04 ¿Fue (S.C.) adoptado en otro país?

IF RESPONDENT SEEMS UPSET BY THIS QUESTION, READ: Hacemos esta pregunta sobre todos los niños/as que tienen padres adoptivos.

(01) YES [SKIP TO C11Q01]
 (02) NO
 (77) DON'T KNOW
 (99) REFUSED

C10Q05

¿Estaba (S.C.) viviendo en un hogar sustituto antes de entrar en adopción? Esto incluye niños dados en adopción por agencias privadas en nombre de agencias de bienestar infantil estatales o del condado.

IF THE CHILD WAS ADOPTED THROUGH A PRIVATE AGENCY AND THE PRIVATE AGENCY WAS ACTIONG IN ASSOCIATION WITH OR IN COOPERATION WITH A STATE OR COUNTY WELFARE AGENCY, THEN THIS QUESITON SHOULD BE ANSWERED "YES."

IF A FOSTER PARENT ADOPTED ONE OF THEIR OWN FOSTER CHILDREN, THEN THIS QUESTION SHOULD BE ANSWERED "YES."

IF RESPONDENT SEEMS UPSET BY THIS QUESTION, READ: Hacemos esta pregunta sobre todos los niños/as que tienen padres adoptivos.

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 11. INCOME

IF ANY NIS INTERVIEW WAS DONE IN THIS HH, SKIP TO C11Q12 – FILL DATA FROM NIS VARIABLE – CFAMINC, OTHERWISE CONTINUE

[TIME STAMPS – SECTION11]

C11Q01 ¿Cuál fue el total de ingresos de su hogar en (**FILL LAST CALENDAR YEAR**), incluyendo los ingresos por concepto de sueldos, salarios, compensaciones por desempleo, ayuda pública, beneficios de la seguridad social o jubilaciones, ayuda de parientes, etc.? ¿Podría decirme el monto antes de deducir impuestos?

[CATI: 9 NUMERIC-CHARACTER FIELD]

RECORD INCOME \$ _____
(77) DON'T KNOW **[SKIP TO W9Q02]**
(99) REFUSED **[SKIP TO W9Q02]**

HELP SCREEN: RESPONDENT MAY GIVE A RANGE AS AN ANSWER TO THIS QUESTION. BE PREPARED TO PROBE FOR A MORE ACCURATE ANSWER.

C11CONF Sólo para confirmar que he puesto la cantidad correcta, su ingreso fue (**AMOUNT FROM C11Q01**). ¿Es correcto?

(01) YES **[SKIP TO C11Q12]**
(02) NO **[SKIP BACK TO C11Q01]**

W9Q02 (**NIS VARIABLE - C12_DON'T KNOW**)

A los propósitos de esta encuesta, es importante disponer al menos de una escala o estimación del ingreso total recibido por todos los miembros de su hogar. ¿Diría usted que los ingresos totales del hogar, antes de deducir impuestos, fueron mayores o menores de \$20,000?

(01) MORE THAN \$20,000 **[SKIP TO W9Q06]**
(02) \$20,000 **[SKIP TO C11Q12]**
(03) LESS THAN \$20,000 **[SKIP TO W9Q03]**
(77) DON'T KNOW **[SKIP TO C11Q12]**
(99) REFUSED **[SKIP TO C11Q12]**

W9Q03 (**NIS VARIABLE - C13**)

(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron) mayores o menores de \$10,000?

(01) MORE THAN \$10,000 **[SKIP TO W9Q05]**
(02) \$10,000 **[SKIP TO C11Q12]**
(03) LESS THAN \$10,000 **[SKIP TO W9Q04]**
(77) DON'T KNOW **[SKIP TO C11Q12]**
(99) REFUSED **[SKIP TO C11Q12]**

W9Q04	<p>(NIS VARIABLE - C14A) ¿Fueron mayores de \$7,500?</p> <p>(01) YES [SKIP TO W9Q12] (02) NO [SKIP TO W9Q12] (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q12] (99) REFUSED [SKIP TO C11Q12]</p>
W9Q05	<p>(NIS VARIABLE - C15) ¿Fueron mayores de \$15,000?</p> <p>(01) YES [SKIP TO W9Q05A] (02) NO [SKIP TO W9Q05B] (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q12] (99) REFUSED [SKIP TO C11Q12]</p>
W9Q05A	<p>(NIS VARIABLE - C15A) ¿Fueron mayores de \$17,500?</p> <p>(01) YES [SKIP TO W9Q12] (02) NO [SKIP TO W9Q12] (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q12] (99) REFUSED [SKIP TO C11Q12]</p>
W9Q05B	<p>(NIS VARIABLE - C15B) ¿Fueron mayores de \$12,500?</p> <p>(01) YES [SKIP TO W9Q12] (02) NO [SKIP TO W9Q12] (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q12] (99) REFUSED [SKIP TO C11Q12]</p>
W9Q06	<p>(NIS VARIABLE - C16) (READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron) mayores o menores de \$40,000?</p> <p>(01) MORE THAN \$40,000 [SKIP TO W9Q06A] (02) \$40,000 [SKIP TO C11Q12] (03) LESS THAN \$40,000 [SKIP TO W9Q07] (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q12] (99) REFUSED [SKIP TO C11Q12]</p>
W9Q06A	<p>(NIS VARIABLE - C16A) (READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron) mayores o menores de \$60,000?</p> <p>(01) MORE THAN \$60,000 [SKIP TO W9Q08] (02) \$60,000 [SKIP TO C11Q12] (03) LESS THAN \$60,000 [SKIP TO W9Q06B] (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q12] (99) REFUSED [SKIP TO C11Q12]</p>

W9Q06B **(NIS VARIABLE - C16B)**
(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron)
mayores o menores de \$50,000?

(01) MORE THAN \$50,000	[SKIP TO W9Q12]
(02) \$50,000	[SKIP TO C11Q12]
(03) LESS THAN \$50,000	[SKIP TO W9Q06C]
(77) DON'T KNOW	[SKIP TO C11Q12]
(99) REFUSED	[SKIP TO C11Q12]

W9Q06C **(NIS VARIABLE - C16C)**
(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron)
mayores o menores de \$45,000?

(01) MORE THAN \$45,000	[SKIP TO W9Q12]
(02) \$45,000	[SKIP TO C11Q12]
(03) LESS THAN \$45,000	[SKIP TO W9Q12]
(77) DON'T KNOW	[SKIP TO C11Q12]
(99) REFUSED	[SKIP TO C11Q12]

W9Q07 **(NIS VARIABLE - C17)**
(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron)
mayores o menores de \$30,000?

(01) MORE THAN \$30,000	[SKIP TO W9Q07A]
(02) \$30,000	[SKIP TO C11Q12]
(03) LESS THAN \$30,000	[SKIP TO W9Q07B]
(77) DONT KNOW	[SKIP TO C11Q12]
(99) REFUSED	[SKIP TO C11Q12]

W9Q07A **(NIS VARIABLE - C17A)**
(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron)
mayores o menores de \$35,000?

(01) MORE THAN \$35,000	[SKIP TO W9Q12]
(02) \$35,000	[SKIP TO C11Q12]
(03) LESS THAN \$35,000	[SKIP TO W9Q12]
(77) DON'T KNOW	[SKIP TO C11Q12]
(99) REFUSED	[SKIP TO C11Q12]

W9Q07B **(NIS VARIABLE - C17B)**
(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron)
mayores o menores de \$25,000?

(01) MORE THAN \$25,000	[SKIP TO W9Q12]
(02) \$25,000	[SKIP TO C11Q12]
(03) LESS THAN \$25,000	[SKIP TO W9Q12]
(77) DONT KNOW	[SKIP TO C11Q12]
(99) REFUSED	[SKIP TO C11Q12]

W9Q08

(NIS VARIABLE - C18)

(READ IF NECESSARY: ¿Los ingresos totales del hogar fueron mayores o menores de \$75,000?

- | | |
|-------------------------|------------------|
| (01) MORE THAN \$75,000 | [SKIP TO W9Q12] |
| (02) \$75,000 | [SKIP TO C11Q12] |
| (03) LESS THAN \$75,000 | [SKIP TO W9Q12] |
| (77) DONT KNOW | [SKIP TO C11Q12] |
| (99) REFUSED | [SKIP TO C11Q12] |

W9Q12 (CHECK_I12)

BASED ON THE RANGE ALREADY IDENTIFIED, THIS NEXT QUESTION WILL BE FILLED WITH A DOLLAR AMOUNT THAT FALLS WITHIN THE RANGE AND IS EQUIVALENT TO 50%, 100%, 133%, 150%, 185%, 200%, 300%, OR 400% OF THE FEDERAL POVERTY LEVEL BASED ON THE NUMBER OF FAMILY MEMBERS. IF THE RANGE IDENTIFIED IS NARROW ENOUGH THAT NONE OF THESE POVERTY LEVEL CUTOFFS FALL WITHIN THE RANGE, THEN SKIP TO C11Q12. FOR A FEW RANGES, TWO ADDITIONAL QUESTIONS WILL BE NEEDED.

¿Los ingresos totales del hogar fueron mayores o menores de [\$REF] ?

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| (01) MORE THAN [\$REF] | [WHEN INDICATED, ASK W9Q12A] |
| (02) EXACTLY [\$REF] | [SKIP TO C11Q12] |
| (03) LESS THAN [\$REF] | [SKIP TO C11Q12] |
| (77) DON'T KNOW | [SKIP TO C11Q12] |
| (99) REFUSED | [SKIP TO C11Q12] |

W9Q12A

¿Diría que estos ingresos fueron mayores o menores de [\$REF] ?

- | | |
|------------------------|------------------|
| (01) MORE THAN [\$REF] | [SKIP TO C11Q12] |
| (02) EXACTLY [\$REF] | [SKIP TO C11Q12] |
| (03) LESS THAN [\$REF] | [SKIP TO C11Q12] |
| (77) DON'T KNOW | [SKIP TO C11Q12] |
| (99) REFUSED | [SKIP TO C11Q12] |

C11Q12

[IF sample_use_code=2 AND CWTYPE=N, SKIP TO C11Q11]

¿Recibe (S.C.) ayuda del programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

- | | |
|-----------------|------------------|
| (01) YES | |
| (02) NO | [SKIP TO C11Q11] |
| (77) DON'T KNOW | [SKIP TO C11Q11] |
| (99) REFUSED | [SKIP TO C11Q11] |

C11Q13

¿Se debe esto a una discapacidad que (él/ella) tiene?

- | | |
|-----------------|--|
| (01) YES | |
| (02) NO | |
| (77) DON'T KNOW | |
| (99) REFUSED | |

C11Q11

ASK ONLY IN HH WITH INCOME UNDER 200% POVERTY, BASED ON RESULTS FROM TABLE, ELSE SKIP TO C11Q14

En algún momento durante los últimos 12 meses, aunque haya sido sólo por un mes, ¿alguien en su hogar recibió alguna ayuda monetaria en efectivo de parte de algún programa de bienestar público estatal o del condado, como **[FILL STATE NAME PROGRAM]**?

- (01) YES
- (02) NO
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

Section 11A. TELEPHONE LINE AND HOUSEHOLD INFORMATION

[TIME STAMPS SECTION 11A]

C11Q14 (IF NIS INTERVIEW PERFORMED IN THIS HOUSEHOLD, SKIP TO CWEND
FILL DATA FROM NIS VARIABLES)
(NIS VARIABLE – C20_06Q3)
¿Tiene en su hogar más de un número telefónico? No incluya números de teléfonos celulares o líneas dedicadas para la computadora o el fax.

READ IF NECESSARY: Quisiera saber sobre los números de teléfono, no extensiones telefónicas, que tiene en su hogar.

COUNT BUSINESS TELEPHONE NUMBERS THAT RING TO THE HOUSEHOLD IF THEY ARE USED OCCASIONALLY FOR HOME USE.

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO C11Q20]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q20]
- (99) REFUSED [SKIP TO C11Q20]

C11Q14_A (NIS VARIABLE – C21_06Q3)
¿Cuántos números de teléfono son residenciales?
THIS QUESTION IS ASKING FOR THE TOTAL NUMBER OF HOME TELEPHONE NUMBERS (INCLUDING THE NUMBER WE CALLED).

- (01) ONE
- (02) TWO
- (03) THREE OR MORE
- (77) DON'T KNOW
- (99) REFUSED

C11Q20 (NIS VARIABLE – CNOSERV)
En los últimos 12 meses, ¿el servicio telefónico de su hogar se vio interrumpido durante una semana o más? Por favor, no incluya el servicio de teléfonos celulares. No incluya los cortes del servicio telefónico debidos a condiciones climatológicas o desastres naturales.

- (01) YES
- (02) NO [SKIP TO C11Q22]
- (77) DON'T KNOW [SKIP TO C11Q22]
- (99) REFUSED [SKIP TO C11Q22]

C11Q21_A (NIS VARIABLE – CHOWLONG1)
¿Durante cuánto tiempo estuvo sin servicio telefónico en los últimos 12 meses?
HELP SCREEN: IF ONE WEEK OR LESS, ENTER 00 FOR THE NUMBER, ENTER 77 FOR DON'T KNOW AND 99 FOR REFUSED.
(ENTER THE DAYS, WEEKS, OR MONTHS THEN CONTINUE TO THE NEXT SCREEN TO ENTER TIME PERIOD.)
[CATI: TWO NUMERIC-CHARACTER FIELD]

ENTER NUMBER ____ _

- (77) DON'T KNOW
 - (99) REFUSED
- (IF DAYS ARE THE CHOSEN TIME PERIOD, RANGE IS 01-99;**

**IF WEEKS ARE THE CHOSEN TIME PERIOD, RANGE IS 01-52;
 IF MONTHS ARE THE CHOSEN TIME PERIOD, RANGE IS 01-12.
 VERIFY VALUE WITH POP-UP SCREEN EXPRESSING VALUE IN WORDS, AS DONE
 IN NIS INCOME QUESTION)**

C11Q21_B (NIS VARIABLE – CHOWLONG2)
 ENTER PERIOD
 (01) DAYS
 (02) WEEK(S)
 (03) MONTH(S)

C11Q22 (NIS VARIABLE – C19A)
 ¿Podría decirme su código postal?

[CATI: 5 NUMERIC-CHARACTER-FIELD, RANGE 00001-99998]

_____ (00001-99998)

(77777) DON'T KNOW

(99999) REFUSED

**[CATI CHECK: USE "ZIP CODE BY STATE" TABLE TO RECORD STATE IN C11Q22_STATE. IF
 C11Q22_STATE = STATE, THEN GO TO CWEND / IF C11Q22_STATE ≠ STATE, THEN ASK
 LOC_CONF / ELSE, IF C11Q22 NOT IN TABLE, THEN GO TO C11Q22_CONF]**

C11Q22_CONF Yo ingresé [FILL C11Q22], ¿es correcto ?

(01) YES

[GO TO LOC_STATE]

(02) NO

[GO TO C11Q22]

LOC_CONF [IF C11Q22 FILLED FROM C19A, THEN "Antes usted me dijo que su código postal es" / IF
 C11Q22 ASKED, THEN "Yo ingresé"] [FILL C11Q22], ¿es correcto ?

(01) YES

[GO TO CWEND]

(02) NO

[GO TO LOC_STATE]

(03) WRONG ZIP CODE

[GO TO C11Q22]

(77) DK

[GO TO LOC_STATE]

(99) REF

[GO TO CWEND]

IF A RESPONDENT HAS DIFFICULTY REPORTING DECIDING BETWEEN MULTIPLE STATES, ASK: ¿Dónde es su domicilio principal? Es decir, ¿dónde vive la mayor parte del tiempo?

LOC_STATE ¿En qué Estado vive?

_____ **(DROP DOWN MENU OF STATE NAMES) [THIS DOES NOT CHANGE
 'STATE' FROM THE SAMPLE PRE-FILL TABLE]**

CWEND Hemos llegado a final del cuestionario. Quisiera agradecerle en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades por el tiempo y el esfuerzo que ha dedicado a contestar estas preguntas. Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta, puede llamar al número gratuito 1-866-999-3340. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en esta encuesta, puede llamar al presidente del Comité de Ética de Investigación al 1-800-223-8118. Muchas gracias.

LANG1 - THIS FIELD MUST BE FILLED IN. DO NOT ALLOW INTERVIEWER TO SKIP

AHEAD OR CALLBACKS TO BE SET.
- APPEARS AFTER COMPLETED INTERVIEWS ONLY.

INTERVIEWER: WAS THIS INTERVIEW COMPLETED USING ENGLISH ONLY?

- (01) YES [TERMINATE]
- (02) NO [SKIP TO LANG2]

LANG2 WHICH LANGUAGES WERE NEEDED TO COMPLETE THIS INTERVIEW?

LANG2X01 ENGLISH
LANG2X02 SPANISH
LANG2X03 ARABIC
LANG2X04 CANTONESE
LANG2X05 FRENCH/CREOLE/HAITIAN
LANG2X06 ITALIAN
LANG2X07 JAPANESE
LANG2X08 KOREAN
LANG2X09 MANDARIN
LANG2X10 POLISH
LANG2X11 PORTUGUESE
LANG2X12 TAGALOG/FILIPINO
LANG2X13 VIETNAMESE
LANG2X14 ANOTHER LANGUAGE

IF LANG2X01 AND ANY LANG2X02 - LANG2X14 SELECTED > GO TO LANG3
ELSE, TERMINATE INTERVIEW, GO TO COMMENTS

LANG3 WAS THIS INTERVIEW COMPLETED “MOSTLY IN ENGLISH” OR
“MOSTLY IN SPANISH”?

- (01) MOSTLY IN ENGLISH
- (02) MOSTLY IN OTHER LANGUAGE
- (03) ABOUT HALF AND HALF

[TERMINATE INTERVIEW. GO TO COMMENTS]

COMMENTS

[TIME STAMPS SECTION ENDTIME]

CALLBACK / REFUSAL CONVERSION SCRIPT

FOR RETURN PHONE CALLS/REFUSAL CONVERSION CALLS IN CSHCN

INTRO_1 Hola, me llamo _____. Lo/a estoy llamando en nombre de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Anteriormente habíamos comenzado una encuesta con usted o con algún miembro de su familia acerca de la salud de los niños y adolescentes que viven en su hogar. Lo/a estoy llamando para finalizar esa encuesta. (IF NAME WAS GIVEN FOR APPOINTMENT, ASK FOR THAT PERSON.)

BE SURE TO CONFIRM THAT YOU ARE SPEAKING WITH THE SAME PERSON WHO STARTED THE INTERVIEW. THE PERSON WHO STARTED THE INTERVIEW MUST COMPLETE THIS INTERVIEW.

S1 ¿Estoy hablando con alguien que vive en este hogar y tiene más de 17 años de edad?

(01) YES, I AM THAT PERSON **[IF (S.C.) IS SELECTED > GO TO REMIND1/ ELSE CONTINUE WITH INTERVIEW]**

(02) THIS IS A BUSINESS

[SKIP TO SALZ_BUS]

(03) NEW PERSON COMES TO PHONE

[SKIP BACK TO INTRO_01]

(08) DOES NOT LIVE IN HOUSEHOLD

[CALLBACK, SET DISP AND TERMINATE]

(09) NO PERSON AT HOME WHO IS OVER 17

[SKIP TO S2_B]

(99) REFUSED

[GO TO REFUSAL CONVERSION, SET DISP AND TERMINATE]

HELP SCREEN (S1): IF R SAYS 'GROUP QUARTERS': BARRACKS, DORMITORIES, HOSPITALS, SCHOOLS SHOULD BE CODED AS "DOES NOT LIVE IN HOUSEHOLD"

SALZ_BUS Estamos entrevistando en residencias privadas solamente. Muchas gracias.
[ENTER DISPOSITION AND TERMINATE INTERVIEW AND SET ITS=38]

S2_B ¿Vive alguien mayor de 17 años de edad en su hogar?

(01) YES > Cuál sería una buena hora para volver a llamar y hablar con esa persona?

[SCHEDULE APPOINTMENT]

(02) No **[TERMINATE INTERVIEW]**

(88) EMERGENCY, NO CHILDREN **[GO TO SF9]**

REMIND1 Le recuerdo que durante el resto de la encuesta todas las preguntas que le haga se referirán a (S.C).
[CONTINUE WITH INTERVIEW AT POINT OF BREAKOFF]

ANSWERING MACHINE MESSAGES

Mensaje en el Contestador Automático (PARA LOS CASOS QUE NO HAYAN COMPLETADO LA INVESTIGACIÓN/ENTREVISTA NIS)

USE LA FRASEOLOGÍA ACTUAL QUE NIS USA PARA SUS MENSAJES EN EL CONTESTADOR AUTOMÁTICO.

Hola. Estoy llamando en nombre del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Estamos conduciendo un estudio a nivel nacional acerca de la inmunización de los niños. ¿Podría usted por favor llamarnos libre de cargos al 1-866-999-3340, para permitirnos conocer si hay o no niños entre 12 meses y 3 años de edad, que viven o estén siendo alojados en esta casa? El número, nuevamente, es 1-866-999-3340. Gracias.

Mensaje en el Contestador Automático (PARA LOS CASOS QUE HAN INICIADO LA ENTREVISTA CSHCN)

Hola, mi nombre es _____ Le llamo en nombre del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Anteriormente hablamos con alguien en su casa que respondió a algunas preguntas como parte de la encuesta que estamos conduciendo acerca de la salud de los niños. Apreciamos su participación en este importante estudio y quisiéramos completar la entrevista lo más pronto posible. Usted puede contactarnos marcando el número 1-866-999-3340, para completar esta encuesta o fijar una cita para cuando usted guste. El número, nuevamente, es 1-866-999-3340. Gracias.

El mensaje en el Contestador Automático (PARA LOS CASOS QUE YA PASARON LA INVESTIGACIÓN/ENTREVISTA NIS Y LA PRUEBA DE AUMENTO)

(POR FAVOR LEA DESPACIO Y CLARAMENTE.) Hola. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades está conduciendo una encuesta sobre la salud de los niños y el uso de los servicios médicos. Su número telefónico ha sido elegido al azar. ¿Podría usted por favor llamarnos, libre de cargos, al 1-866-999-3340, para permitirnos conocer si hay o no un niño menor de 18 años que vive o esté alojado en esta casa? Para la mayoría de la gente, la encuesta será muy breve y estaremos contentos de contestar a cualquier pregunta que usted tenga. Nuevamente, el número libre de cargos es 1-866-999-3340. Gracias.

El mensaje en el Contestador Automático al cerrar el trimestre / cerrar los esfuerzos de recolección de datos:

(POR FAVOR LEA DESPACIO Y CLARAMENTE.) Hola. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades está conduciendo una encuesta sobre las vacunaciones recibidas por los niños, sobre la salud de los niños y el uso de los servicios médicos. Su número telefónico fue seleccionado al azar. ¿Podría usted por favor llamar al 1-866-999-3340, libre de cargos, para permitirnos conocer si hay o no personas menores de 18 años que estén viviendo o alojándose en su casa? Para la mayoría de la gente, la encuesta será muy breve y estaremos contentos de responder a cualquier pregunta que usted tenga. El estudio se terminará durante los próximos días, así que por favor llámenos tan pronto como sea posible. El número libre de cargos, nuevamente, es 1-866-999-3340. Gracias.