

CASE # _____ - |__|__|

NORC-4554-C-01
OMB 1220-0109
EXP 12/31/92

NORC
University of Chicago

CENTER FOR HUMAN RESOURCE RESEARCH
OHIO STATE UNIVERSITY

NATIONAL LONGITUDINAL SURVEY OF LABOR FORCE BEHAVIOR

SUPLEMENTO PARA LA MADRE

ROUND FOURTEEN

Youth Survey

INTERVIEWER
CODE ONE:

SELF ADMINISTERED..... 1

INTERVIEWER ADMINISTERED. 2

TELEPHONE ADMINISTERED... 3

Table of Contents

SECTION	PAGE #	SECTION	PAGE #
(1) HOME ENVIRONMENT		(4) BEHAVIOR PROBLEMS	
(1A)	3	65
(1B)	9		
(1C)	15		
(1D)	23		
(2) HOW MY CHILD ACTS		(5) SCHOOL & FAMILY BACKGROUND	
(2A)	31	73
(2B)	37		
(2C)	41		
(3) MOTOR/SOCIAL DEVELOPMENT		(6) INTERVIEWER REMARKS	
(3)	47	79
(3A)	48		
(3B)	50		
(3C)	52		
(3D)	54		
(3E)	56		
(3F)	58		
(3G)	60		
(3H)	62		

MS CHART

INTERVIEWER: Circle parts Mother should complete. At end of interview, cross out each completed part below.

CHILD'S AGE	The Home	How Child Acts	Motor/Soc Development	Behavior Problems	Sch/Fam Background	Interviewer Remarks
BIRTH:						
0 MOS - 3 MOS	1A	2A	3A			6
4 MOS - 6 MOS	1A	2A	3B			6
7 MOS - 9 MOS	1A	2A	3C			6
10 MOS - 11 MOS	1A	2A	3D			6
1 YEAR	1A	2B	3D			6
1 YR, 1 MO - 1 YR, 3 MOS	1A	2B	3E			6
1 YR, 4 MOS - 1 YR, 6 MOS	1A	2B	3F			6
1 YR, 7 MOS - 1 YR, 9 MOS	1A	2B	3G			6
1 YR, 10 MOS - 1 YR, 11 MOS	1A	2B	3H			6
2 YRS - 2 YRS, 11 MOS	1A	2C	3H			6
3 YRS - 3 YRS, 11 MOS	1B	2C	3H			6
4 YRS - 5 YRS, 11 MOS	1B	2C		4		6
6 YRS - 6 YRS, 11 MOS	1C	2C		4		6
7 YRS - 9 YRS, 11 MOS	1C			4		6
10 YRS AND OLDER	1D			4	5	6
	The Home	How Child Acts	Motor/Soc Development	Behavior Problems	Sch/Fam Background	Interviewer Remarks

1. _____
(CHILD'S FULL NAME)

2. INTERVIEWER: IS THIS MS BEING COMPLETED THE SAME DAY AS THE CS?
YES.....(SKIP TO Q.5).....1
NO.....(GO TO Q.3).....0

3. RECORD DATE THIS SUPPLEMENT IS BEING COMPLETED.

9	2				
YEAR		MONTH		DAY	

4. RECORD CHILD'S DOB FROM CHILD FACE SHEET (ITEM 2). --

YEAR		MONTH		DAY	

5. [RECORD CHILD'S AGE FROM CHILD FACESHEET (ITEM 3). COMPUTE CHILD'S AGE BY SUBTRACTING Q.4 FROM Q.3.]

YEARS		MONTHS		DAYS	

6. CIRCLE AGE-APPROPRIATE SECTIONS ON MS CHART ON INSIDE COVER. WRITE CHILD'S NAME AT TOP OF APPROPRIATE SECTIONS.

BEGIN DECK 02

7. WRITE IN FULL NAME OF PERSON COMPLETING THIS SUPPLEMENT.

(FULL NAME OF MOTHER/GUARDIAN)

8. WHAT IS THIS PERSON'S RELATIONSHIP TO CHILD? RECORD RELATIONSHIP AND CODE ONE FROM LIST BELOW. (IF NECESSARY, ASK R FOR THE RELATIONSHIP.)

--	--

(RELATIONSHIP TO CHILD)

FATHER.....04	OTHER RELATIVE (SPECIFY)
MOTHER.....05	_____55
BROTHER.....06	STEPFATHER.....37
SISTER.....07	STEPMOTHER.....38
GRANDFATHER.....08	STEPBROTHER.....39
GRANDMOTHER.....09	STEPSISTER.....40
UNCLE.....12	FOSTER FATHER.....50
AUNT.....13	FOSTER MOTHER.....51
GREAT UNCLE.....14	GUARDIAN.....54
GREAT AUNT.....15	OTHER NONRELATIVE (SPECIFY)
COUSIN.....16	_____56

SUPLEMENTO PARA LA MADRE

INTERVIEWER: READ TO MOTHER/GUARDIAN!

INTRODUCCION PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Hay cinco secciones en este suplemento, cada una para niños de distintas edades. Ud. sólo debe completar algunas partes del suplemento correspondientes a la edad de su niño(a).

El nombre de su niño(a) está escrito en las partes que usted debe responder. Por favor asegúrese de que el nombre de su niño(a) aparezca en las páginas destinadas al grupo de su edad.

Si alguna pregunta no está clara, por favor haga un círculo alrededor del número de la pregunta, y pregúnteme cuando haya completado el suplemento.

Ahora pase a la parte de la SECCION 1: EL HOGAR que tiene anotado el nombre de su niño(a):

- (1) Si su niño(a) todavía no ha cumplido 3 años, use la PARTE A, página 3.
- (2) Si su niño(a) tiene al menos 3 años, pero todavía no ha cumplido 6 años, use la PARTE B, página 9.
- (3) Si su niño(a) tiene al menos 6 años, pero todavía no ha cumplido los 10 años, use la PARTE C, página 15.
- (4) Si su niño(a) ha cumplido los 10 años, use la PARTE D, página 23.

HAND MOTHER SUPPLEMENT TO MOTHER

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE A: PARA NIÑOS DE MENOS DE 3 AÑOS DE EDAD

Para _____, quien todavía no ha cumplido 3 años.
NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN

Estamos interesados en el estilo de vida y las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO, o con alguna otra palabra o frase. Por favor ponga un círculo alrededor del número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen un rectángulo dentro del cual usted debe anotar su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) tiene la oportunidad de salir de la casa (por su cuenta o acompañado(a) por una persona mayor)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca.....01
 Alrededor de una vez al mes o menos.....02
 Unas pocas veces al mes.....03
 Alrededor de una vez a la semana.....04
 Unas pocas veces a la semana.....05
 4 o más veces a la semana..... 06
 Todos los días..... 07

2. ¿Aproximadamente cuántos libros para niños posee su niño(a) personalmente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Ninguno.....1
 1 ó 2 libros.....2
 De 3 a 9 libros..... 3
 10 o más libros..... 4

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. ¿Con qué frecuencia tiene usted la oportunidad de leerle cuentos a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca.....01
- Varias veces al año.....02
- Varias veces al mes.....03
- Una vez a la semana.....04
- Alrededor de 3 veces a la semana..05
- Todos los días.....06

4. ¿Con qué frecuencia lleva usted a su niño(a) a la tienda de comestibles?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Dos veces a la semana o más.....1
- Una vez a la semana..... 2
- Una vez al mes..... 3
- Casi nunca.....4

5. ¿Alrededor de cuántos juguetes blanditos, acogedores, o que puedan representar a una persona (como una muñeca) tiene su niño(a), si es que tiene alguno? (Puede compartirlo con su hermana o hermano).

(ESCRIBA EL NUMERO DE JUGUETES).

NUMERO DE JUGUETES -

--	--

6. ¿Alrededor de cuántos juguetes que se empujan o se jalan tiene su niño(a), si es que tiene alguno? (Puede compartirlo con su hermano o hermana).

(ESCRIBA EL NUMERO DE JUGUETES)

NUMERO DE JUGUETES -

--	--

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

7. Algunos padres dedican tiempo a enseñarles a sus niños nuevas habilidades mientras que otros padres piensan que los niños aprenden mejor por su propia cuenta. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su actitud?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

"Los padres siempre deberían dedicar tiempo a enseñar a sus niños"...1

"Los padres por lo general deberían dedicar tiempo a enseñar a sus niños".....2

"Los padres por lo general deberían permitir que sus niños aprendan por su cuenta".....3

"Los padres siempre deberían permitir que sus niños aprendan por su cuenta".....4

8. Piense por un momento en un día de semana típico para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un día de semana típico?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.)

--	--

Menos de 1 hora por día de semana.....00

9. Ahora, piense en un típico día de fin de semana para su familia. ¿Cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un día de fin de semana típico?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA.)

--	--

Menos de 1 hora durante un día de fin de semana.....00

10. ¿Aproximadamente cuántas horas al día está encendida la televisión en su casa?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA.)

--	--

Menos de una hora por día.....00

No hay televisor.....95

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

11. Su niño(a) ve alguna vez a su padre, padrastro o figura paterna?

Sí.....1

No.....0

12. ¿Esta persona es su padre biológico, su padrastro o una figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Padre biológico.....1

Padrastro.....2

Figura paterna.....3

No hay padre, padrastro ni figura paterna.4

13. ¿Cómo está relacionado él con Ud.?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Su esposo.....01

Su ex-esposo.....02

Su compañero.....03

Su ex-compañero.....04

Su enamorado.....05

Su ex-enamorado.....06

Su "fiance" (novio de compromiso).....07

Su amigo.....08

Su padre.....09

Su abuelo.....10

Su hermano.....11

Su tío.....12

Otro (por favor escriba quién es)
_____ 13

No hay padre, padrastro ni figura paterna....14

14. ¿Su niño(a) ve a esta persona todos los días?

Sí.....1

No.....0

No hay padre, padrastro ni figura paterna....2

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. ¿Cuántas veces come su niño(a) con ambos padres, (o padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Más de una vez al día..... 01
 Una vez al día..... 02
 Varias veces a la semana..... 03
 Más o menos una vez a la semana..... 04
 Más o menos una vez al mes..... 05
 Nunca..... 06
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....07

16. Los niños parecen exigir atención cuando sus padres están ocupados, haciendo labores domésticas, por ejemplo. ¿Con qué frecuencia le habla usted a su niño(a) mientras usted trabaja?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Siempre le hablo al niño(a) cuando trabajo 1
Con frecuencia le hablo al niño(a) cuando trabajo. 2
A veces le hablo al niño(a) cuando trabajo..... 3
Rara vez le hablo al niño(a) cuando trabajo..... 4
Nunca le hablo al niño(a) cuando trabajo..... 5

17. A veces los niños se portan bien y a veces no. ¿Cómo cuántas veces, si es que lo hizo, ha tenido Ud. que pegarle a su niño(a) durante la semana pasada?

NUMERO DE VECES:

--	--

No le pegó al niño(a) la semana pasada..... 00

MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) ES MENOR DE 1 AÑO, PASE A LA SECCION 2, PARTE A, PAGINA 31.
 (2) SI SU NIÑO(A) HA CUMPLIDO 1 AÑO, PERO NO HA CUMPLIDO 2 AÑOS, PASE A LA SECCION 2, PARTE B, PAGINA 37.
 (3) SI SU NIÑO HA CUMPLIDO 2 AÑOS, PASE A LA SECCION 2, PARTE C, PAGINA 41.

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE B: PARA NIÑOS QUE TIENEN AL MENOS 3 AÑOS DE EDAD, PERO MENOS DE 6 AÑOS.

Para _____ quien ya ha cumplido 3 años pero
 NOMBRE DEL NIÑO(A) todavía no tiene 6 años.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en el estilo de vida y en las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO o con otra palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen recuadros para que usted escriba la respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Aproximadamente con qué frecuencia le lee usted cuentos a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca..... 01
 Varias veces al año..... 02
 Varias veces al mes..... 03
 Una vez a la semana..... 04
 Al menos tres veces a la semana 05
 Todos los días..... 06

2. ¿Alrededor de cuántos libros para niños posee su niño(a) personalmente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Ninguno..... 1
 1 ó 2 libros..... 2
 De 3 a 9 libros..... 3
 10 o más libros 4

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. ¿Alrededor de cuántas revistas adquiere su familia regularmente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Ninguna.....1
 Una..... 2
 Dos..... 3
 Tres..... 4
 Cuatro o más..... 5

4. ¿Tiene su niño(a) acceso a un tocadiscos, o un "CD player", o una grabadora aquí en su casa, y al menos a cinco discos o cintas grabadas para niños? (Puede compartirlos con su hermano o hermana).

Sí..... 1
 No..... 0

5. Ponga un círculo alrededor de las cosas que usted (u otro adulto o niño mayor) le esté ayudando o le haya ayudado a aprender a su niño(a) aquí en su casa.

(MARQUE TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES CON UN CIRCULO)

Los números..... 1
 El alfabeto..... 2
 Los colores..... 3
 Las formas y los tamaños..... 4
 Ninguna de estas cosas..... 5

6. ¿Cuántas opciones tiene su niño(a) para decidir la comida que él/ella come en el desayuno o el almuerzo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Muchas opciones..... 1
Algunas opciones..... 2
Pocas opciones..... 3
Ninguna opción..... 4

7. ¿Alrededor de cuántas horas por día está la televisión prendida en su casa todos los días?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA)

HORAS POR DIA -

Menos de 1 hora por día.....00
 No hay televisión..... 95

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

8. La mayoría de los niños se disgustan con sus padres de vez en cuando. Si su niño(a) se disgustara tanto que le pegara a usted, ¿qué haría usted?

(MARQUE TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES CON UN CIRCULO)

- | | |
|---|----|
| Devolverle el golpe..... | 01 |
| Enviarlo(a) a su cuarto..... | 02 |
| Darle unas nalgadas/pegarle..... | 03 |
| Hablarle..... | 04 |
| No hacerle caso..... | 05 |
| Darle una tarea doméstica..... | 06 |
| Retirarle su asignación (allowance). | 07 |
| Tomarle las manos al/a la niño(a) hasta que se calme..... | 08 |
| Otra cosa (POR FAVOR ESPECIFIQUE) | 09 |
-

9. ¿Con qué frecuencia un familiar tiene la oportunidad de llevar a su niño(a) de paseo a cualquier parte (de compras, parque, picnic, autocine, etc.)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- | | |
|--|---|
| Unas cuantas veces al año o menos..... | 1 |
| Alrededor de una vez al mes..... | 2 |
| Alrededor de 2 ó 3 veces al mes..... | 3 |
| Varias veces a la semana..... | 4 |
| Alrededor de una vez al día..... | 5 |
-

10. ¿Cuántas veces un familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de museo (museo para niños, científico, de arte, histórico, etc.) durante el año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- | | |
|---|---|
| Nunca..... | 1 |
| Una o dos veces..... | 2 |
| Varias veces..... | 3 |
| Más o menos una vez al mes..... | 4 |
| Más o menos una vez a la semana o más frecuentementete..... | 5 |

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

11. Piense por un momento en un día de la semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de semana (ya sea en su casa o en algún otro lugar)?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.)

--	--

Menos de una hora por día.....00

12. Ahora, piense en un día de fin de semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un día típico de fin de semana (ya sea en su casa o en algún otro lugar)?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA.)

--	--

Menos de una hora por día de
fin de semana.....00

13. ¿Su niño(a) ve alguna vez a su padre, padrastro o figura paterna?

Sí.....1

No.....0

14. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o una figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Padre biológico.....1

Padrastro.....2

Figura paterna.....3

No hay padre, padrastro ni
figura paterna.....4

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. ¿Cómo se relaciona él con usted?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Su esposo.....01
 Su ex-esposo.....02
 Su compañero.....03
 Su ex-compañero.....04
 Su enamorado.....05
 Su ex-enamorado.....06
 Su "fiance" (novio de compromiso).....07
 Su amigo.....08
 Su padre.....09
 Su abuelo.....10
 Su hermano.....11
 Su tío.....12
 Otro (por favor escriba quién es) _____ 13
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....14

16. ¿Su niño(a) ve a esta persona todos los días?

- Sí.....1
 No.....0
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....2

17. Aproximadamente, ¿cuántas veces come su niño(a) con ambos padres, (padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Más de una vez al día.....01
 Más o menos una vez al día.....02
 Varias veces a la semana.....03
 Alrededor de una vez a la semana.....04
 Alrededor de una vez al mes.....05
 Nunca.....06
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....07

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

18. A veces los niños(as) se portan bien y a veces no. ¿Más o menos cuántas veces, si es que lo hizo, ha tenido que pegarle a su niño(a) durante la semana pasada?

NUMERO DE VECES =

No le ha pegado al niño la semana pasada..... 00

PLEASE GO TO SECTION 2, PART C, PAGE 41.

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE C: PARA NIÑOS QUE TIENEN AL MENOS 6 AÑOS DE EDAD, PERO MENOS DE 10 AÑOS.

Para _____ quien ha cumplido 6 años pero aun
 NOMBRE DEL NIÑO(A) no ha cumplido los 10 años.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN

Estamos interesados en el estilo de vida y las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO, o con otra palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen unos recuadros dentro de los cuales usted escribirá su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Alrededor de cuántos libros tiene su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Ninguno..... 1
 1 ó 2..... 2
 De 3 a 9..... 3
 10 o más..... 4

2. ¿Aproximadamente con qué frecuencia le lee usted cuentos a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca.....01
 Varias veces al año.....02
 Varias veces al mes.....03
 Alrededor de 1 vez a la semana....04
 Al menos tres veces a la semana....05
 Todos los días.....06

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. ¿Con qué frecuencia se espera que su niño haga cada una de las siguientes actividades?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO EN CADA PREGUNTA)

	Casi Nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi siempre
a. ¿Haga su propia cama?	1	2	3	4	5
b. ¿Limpie su propio cuarto?	1	2	3	4	5
c. ¿Limpie después de derramar algo?	1	2	3	4	5
d. ¿Se bañe solo(a)?	1	2	3	4	5
e. ¿Ordene sus propias cosas?	1	2	3	4	5
	Casi nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi siempre

-
4. ¿Tiene su niño(a) algún instrumento musical (por ejemplo, un piano, un tambor, una guitarra, etc.) aquí en su casa?

Sí..... 1

No..... 0

-
5. ¿Adquiere su familia un periódico diariamente?

Sí..... 1

No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

6. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) lee por placer?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Todos los días..... 1
- Varias veces a la semana..... 2
- Varias veces al mes..... 3
- Varias veces al año..... 4
- Nunca..... 5

7. ¿Alienta su familia a su niño(a) a que empiece y continúe haciendo trabajos por afición o "hobbies"?

- Sí..... 1
- No..... 0

8. ¿Recibe su niño(a) clases especiales o pertenece a alguna organización que alienta actividades como deportes, música, arte, danza, teatro, etc.?

- Sí..... 1
- No..... 0

9. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de museo (para niños, científico, de arte, histórico, etc.) en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca..... 1
- Una o dos veces..... 2
- Varias veces..... 3
- Alrededor de una vez al mes.....4
- Alrededor de una o más veces a la semana.....5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

10. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de espectáculo musical o teatral en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca.....1
- Una o dos veces..... 2
- Varias veces..... 3
- Alrededor de una vez al mes.....4
- Alrededor de una o más veces a la semana..5

11. ¿Aproximadamente con qué frecuencia toda su familia se reúne con familiares o amigos?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una o menos veces al año..... 1
- Unas pocas veces al año..... 2
- Alrededor de una vez al mes..... 3
- Dos o tres veces al mes..... 4
- Una o más veces a la semana..... 5

12. Piense por un momento en un día de semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de semana (en su casa o en algún otro lugar)?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.)

--	--

Menos de una hora por día.....00

13. Ahora, piense en un día de fin de semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud. que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de fin de semana (en su casa o en algún otro lugar)?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA)

--	--

Menos de una hora por día de fin de semana.....00

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

14. ¿Ve su niño(a) a su padre, padrastro, o figura paterna?

- Sí..... 1
 No..... 0

15. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o una figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Padre biológico.....1
 Padrastro.....2
 Figura paterna.....3
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....4

16. ¿Cómo se relaciona él con usted?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Su esposo.....01
 Su ex-esposo.....02
 Su compañero.....03
 Su ex-compañero.....04
 Su enamorado.....05
 Su ex-enamorado.....06
 Su "fiance" (novio de compromiso).....07
 Su amigo.....08
 Su padre.....09
 Su abuelo.....10
 Su hermano.....11
 Su tío.....12
 Otro (por favor escriba quién es)
 _____ 13
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....14

17. Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro, o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una vez al día o más frecuentemente.....01
 Al menos cuatro veces a la semana.....02
 Alrededor de 1 vez a la semana.....03
 Alrededor de 1 vez al mes.....04
 Unas pocas veces al año o menos.....05
 Nunca.....06
 No hay padre, padrastro ni figura paterna ...07

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

18. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro o figura paterna en actividades al aire libre?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Una vez al día o más frecuentemente.....01
 Al menos 4 veces a la semana.....02
 Alrededor de 1 vez a la semana.....03
 Alrededor de 1 vez al mes.....04
 Unas cuantas veces al año o menos.....05
 Nunca.....06
 No hay padre, padrastro ni figura paterna... 07
 No sabe.....98

19. ¿Con qué frecuencia come su niño(a) con ambos padres, (padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Más de una vez al día.....01
 Una vez al día.....02
 Varias veces a la semana.....03
 Alrededor de una vez a la semana.....04
 Alrededor de una vez al mes.....05
 Nunca.....06
 No hay padre, padrastro ni figura paterna ...07

20. Cuando toda la familia ve televisión, ¿discute usted o el padre (padrastro o figura paterna) de su niño(a) los programas de televisión con él/ella?

Sí.....1
 No.....0
 No tengo televisión.....2

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

21. Algunas veces los niños se ponen tan bravos con sus padres que dicen cosas como "te odio" o dicen malas palabras durante una rabieta. Por favor señale las medidas que usted tomaría si eso ocurriese.

(MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES)

No dejarlo salir de la casa.....01
 (Pegarle/zurrarle).....02
 Hablar con el/la niño(a).....03
 Darle una tarea doméstica.....04
 No hacerle caso.....05
 Enviarlo(a) a su cuarto por más de una hora..06
 Retirarle su asignación (allowance).....07
 Retirarle la televisión u otros privilegios..08
 Otra cosa (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)

09

22. Si su niño trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿cuán probable es que usted...
 (ENCIERRE DENTRO DE UN CIRCULO UN NUMERO PARA CADA PREGUNTA)

	Muy pro- bable	Algo proba- ble	No sabe cuan probable	Algo impro- bable	Nada proba- ble
a. contactaría a su maestro o director?	5	4	3	2	1
b. le daría un sermón a su niño(a)	5	4	3	2	1
c. mantendría una vigilancia más estrecha sobre las actividades del niño(a)?	5	4	3	2	1
d. castigaría al niño(a)?	5	4	3	2	1
e. conversaría con el niño(a)?	5	4	3	2	1
f. esperaría para ver si el niño(a) mejoraba por su propia cuenta?	5	4	3	2	1
g. le diría al niño(a) que empleara más tiempo en las tareas escolares?	5	4	3	2	1
h. emplearía más tiempo ayudando al niño(a) con las tareas escolares?	5	4	3	2	1
i. limitaría o reduciría las actividades no escolares (teatro, deportes, clubes, etc)?	5	4	3	2	1
j. Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)					

23. A veces los jóvenes se portan bien y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

<p>POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS</p> <p>¿Cuántas veces durante la semana pasada Ud.....</p>	<p>ESCRIBA EL # DE VECES DURANTE LA SEMANA PASADA</p>
a. ha tenido que pegarle/darle unas nalgadas a su niño?	<input type="text"/> <input type="text"/>
b. ha tenido que encerrarlo(a)?	<input type="text"/> <input type="text"/>
c. le ha retirado la televisión u otros privilegios?	<input type="text"/> <input type="text"/>
d. ha elogiado al niño(a) por hacer algo bien hecho?	<input type="text"/> <input type="text"/>
e. le ha retirado su asignación (allowance)?	<input type="text"/> <input type="text"/>
f. le ha demostrado al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)?	<input type="text"/> <input type="text"/>
g. ha enviado a su niño(a) a su cuarto?	<input type="text"/> <input type="text"/>
h. le ha dicho a otro adulto (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)?	<input type="text"/> <input type="text"/>

MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 7 AÑOS, PASE A LA SECCION 2 PARTE C, PAGINA 41.
- (2) SI SU NIÑO(A) TIENE 7 AÑOS O MAS, PASE A LA SECCION 4, PAGINA 65.

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE D: PARA NIÑOS QUE TIENEN 10 Y MAS AÑOS DE EDAD

Para _____ que tiene 10 o más años de edad.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN

Estamos interesados en el estilo de vida y las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO, o con otra palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen unos recuadros dentro de los cuales usted escribirá su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Alrededor de cuántos libros tiene su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Ninguno..... 1
- 1 a 9..... 2
- 10 a 19..... 3
- 20 ó más..... 4

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

2. ¿Con qué frecuencia se espera que su niño haga cada una de las siguientes actividades? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO EN CADA PREGUNTA)

	Casi nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi siempre
a. ¿Haga su propia cama?	1	2	3	4	5
b. ¿Limpie su propio cuarto?	1	2	3	4	5
c. ¿Recoja las cosas que ha dejado a su paso?	1	2	3	4	5
d. ¿Ayude a mantener limpias y ordenadas las áreas compartidas por la familia?	1	2	3	4	5
e. ¿Haga tareas de rutina tales como cortar el césped, ayudar con la cena, lavar platos, etc.?	1	2	3	4	5
f. ¿Colabore con la organización de su propio tiempo (levantarse a tiempo, estar listo para la escuela, etc.)?	1	2	3	4	5
	Casi Nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi Siempre

3. ¿Tiene su niño(a) algún instrumento musical (por ejemplo, un piano, un tambor, una guitarra, etc.) aquí en su casa?

Sí..... 1

No..... 0

4. ¿Adquiere su familia un periódico diariamente?

Sí..... 1

No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

5. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) lee por placer?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Todos los días..... 1
 Varias veces a la semana..... 2
 Varias veces al mes..... 3
 Varias veces al año..... 4
 Nunca..... 5
 No sabe..... 8

6. ¿Alienta su familia a su niño(a) a que empiece y continúe haciendo trabajos por afición o "hobbies"?

Sí..... 1
 No..... 0

7. ¿Recibe su niño(a) clases especiales o pertenece a alguna organización que alienta actividades como deportes, música, arte, danza, teatro, etc.?

Sí..... 1
 No..... 0

8. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de museo (para niños, científico, de arte, histórico, etc.) en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca..... 1
 Una o dos veces..... 2
 Varias veces..... 3
 Alrededor de una vez al mes..... 4
 Alrededor de una o más veces a la semana. 5

9. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de espectáculo musical o teatral en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca..... 1
 Una o dos veces..... 2
 Varias veces..... 3
 Alrededor de una vez al mes..... 4
 Alrededor de una o más veces a la semana. 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

10. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su familia se reúne con familiares o amigos?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una o menos veces al año..... 1
 Unas pocas veces al año..... 2
 Alrededor de 1 vez al mes..... 3
 Dos o tres veces al mes..... 4
 Una o más veces a la semana..... 5

11. Piense un momento en un típico día de semana para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de semana (en su hogar o en otro lugar)?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.)

--	--

Menos de una hora por día.....00

12. Ahora, piense en un típico día de fin de semana para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de fin de semana (en su hogar o en otro lugar)?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA.)

--	--

Menos de una hora por día.....00

13. ¿Ve su niño(a) a su padre, padrastro, o figura paterna?

Sí..... 1

No..... 0

14. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o una figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Padre biológico.....1
 Padrastro.....2
 Figura paterna.....3
 No hay padre, padrastro ni figura paterna.....4

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. ¿Cómo se relaciona él con usted?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Su esposo.....01
 Su ex-esposo.....02
 Su compañero.....03
 Su ex-compañero.....04
 Su novio.....05
 Su ex-novio.....06
 Su "fiance" (novio de compromiso).....07
 Su amigo.....08
 Su padre.....09
 Su abuelo.....10
 Su hermano.....11
 Su tío.....12
 Otro (por favor escriba quién es) _____ 13
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....14

16. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro, o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una vez al día o más frecuentemente.....01
 Al menos cuatro veces a la semana.....02
 Alrededor de una vez a la semana.....03
 Alrededor de una vez al mes.....04
 Unas pocas veces al año más o menos.....05
 Nunca.....06
 No tiene padre, padrastro o figura paterna...07

17. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro o figura paterna en actividades al aire libre?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una vez al día o más frecuentemente.....01
 Al menos cuatro veces a la semana.....02
 Alrededor de una vez a la semana.....03
 Alrededor de una vez al mes.....04
 Unas cuantas veces al año más o menos.....05
 Nunca.....06
 No tiene padre, padrastro o figura paterna...07
 No sé.....98

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

18. ¿Con qué frecuencia come su niño(a) con ambos padres (o con su padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Más de una vez al día.....01
- Una vez al día.....02
- Varias veces a la semana.....03
- Alrededor de una vez a la semana.....04
- Alrededor de una vez al mes.....05
- Nunca.....06
- No tiene padre, padrastro o figura paterna.07

19. Cuando toda la familia ve televisión, ¿discute usted o el padre (padrastro o figura paterna) de su niño(a) los programas de televisión con él o ella?

- Sí..... 1
- No..... 0
- No tengo televisión..... 2

20. Algunas veces los niños se ponen tan bravos con sus padres que dicen cosas como "te odio", o dicen malas palabras durante una rabieta. Por favor señale las medidas que usted tomaría si esto ocurriese.

(MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES)

- No dejarlo salir de la casa.....01
- (Pegarle/zurrarle).....02
- Hablar con el(la) niño(a).....03
- Darle una tarea doméstica.....04
- No hacerle caso.....05
- Enviarlo(a) a su cuarto por más de una hora.....06
- Retirarle su asignación (allowance)..... 07
- Retirarle la TV, el teléfono u otros privilegios. 08
- Otra cosa (POR FAVOR ESPECIFIQUE)

09

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

21. Si su niño(a) trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿cuán probable es que usted....

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO POR CADA PREGUNTA)

	Muy probable	Algo probable	No sabe cuan probable	Algo improbable	Nada probable
a. contactaría a su maestro o director?	5	4	3	2	1
b. le daría un sermón a su niño(a)	5	4	3	2	1
c. mantendría una vigilancia más estrecha sobre las actividades del niño(a)?	5	4	3	2	1
d. castigaría al niño(a)?	5	4	3	2	1
e. conversaría con el niño(a)?	5	4	3	2	1
f. esperaría para ver si el niño(a) mejoraba por su propia cuenta?	5	4	3	2	1
g. le diría al niño(a) que empleara más tiempo en las tareas escolares?	5	4	3	2	1
h. emplearía más tiempo ayudando al niño(a) con las tareas escolares?	5	4	3	2	1
i. limitaría o reduciría las actividades no escolares (teatro, deportes, clubes, etc)	5	4	3	2	1
j. Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)					

8

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

22. A veces los jóvenes se portan bien y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

<p>POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS</p> <p>¿Cuántas veces durante la semana pasada Ud.....</p>	<p>ESCRIBA EL # DE VECES DURANTE LA SEMANA PASADA</p>
<p>a. ha tenido que pegarle/darle unas nalgadas a su niño?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>b. ha tenido que encerrarlo(a)?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>c. le ha retirado la televisión u otros privilegios?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>d. ha elogiado al niño(a) por hacer algo bien hecho?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>e. le ha retirado su asignación (allowance)?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>f. le ha demostrado al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>g. ha enviado a su niño(a) a su cuarto?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>h. le ha dicho a otro adulto (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>

PASE A LA SECCION 4, página 65.

SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI BEBE GENERALMENTE

PARTE A: PARA NIÑOS DE MENOS DE UN AÑO DE EDAD.

Para _____, quien todavía no ha cumplido un año.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en la conducta habitual de su niño(a) en un día típico. Por favor piense en su bebé durante las últimas dos semanas.

Si su bebé no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su bebé se comportó como de costumbre.

Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su bebé se comportó de una determinada manera.

Piense bien antes de marcar con un círculo el número que corresponda a su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor ponga un círculo alrededor del número de la pregunta y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Con qué frecuencia su bebé se retuerce y pateo mientras come?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5

2. ¿Con qué frecuencia su bebé agita los brazos mientras come?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. Mientras su bebé duerme, por lo general ¿con qué frecuencia se mueve en su cuna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

4. A algunos niños les viene el sueño todas las noches aproximadamente a la misma hora, con un margen de 15 minutos. ¿Con qué frecuencia le sucede esto a su niño?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

5. A algunos niños les viene el hambre todos los días aproximadamente a la misma hora, con un margen de 15 minutos. ¿Con qué frecuencia le sucede esto a su niño?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

6. Cuando su bebé se despierta por la mañana, ¿con qué frecuencia está del mismo humor?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

7. Cuando su bebé ve a un desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

8. Cuando su bebé ve a un perro o a un gato desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

9. Cuando usted sale del cuarto y deja a su bebé solo, ¿con qué frecuencia su bebé se altera?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

10. Cuando usted lleva a su bebé al médico, al dentista, o a una enfermera, ¿con qué frecuencia él/ella se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces.....3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

11. Cuando usted juega con su bebé, ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

12. Cuando su bebé juega solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

13. Cuando su bebé está en la bañera, ¿con qué frecuencia se sonríe o ríe?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

14. Cuando su bebé oye un ruido fuerte inesperado (por ejemplo, el ruido del escape de un carro, o una aspiradora), ¿con qué frecuencia llora o se altera?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su bebé, cuando llora o está perturbado(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR OBSERVE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 16 Y 17 SON DIFERENTES A LAS DEMAS.

16. Durante un día típico, ¿con qué frecuencia su bebé se pone molesto o se irrita?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Una o dos veces al día..... 2
- Un par de veces por la mañana y por la tarde.....3
- Varias veces al día..... 4
- Casi cada hora.....5

17. En general, comparando con la mayoría de los bebés, ¿con qué frecuencia su bebé llora o se inquieta?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de lo normal..... 2
- Más o menos lo normal..... 3
- Más de lo normal..... 4
- Casi siempre..... 5

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 47.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI NIÑO(A) USUALMENTE

PARTE B: PARA NIÑOS QUE TIENEN 1 AÑO DE EDAD.

Para _____, quien ya cumplió un año pero todavía no tiene 2 años.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en como se comporta su niño(a) durante un día típico. Por favor piense en su niño(a) durante las últimas dos semanas.

Si su niño(a) no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su niño(a) se comportó como de costumbre.

Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su niño(a) se comportó de una determinada manera. Piense bien antes de poner un círculo alrededor del número que corresponda a su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque con un círculo el número de la pregunta y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. Cuando su niño(a) ve a un desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5

2. Cuando su niño(a) ve a un perro o a un gato desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. Cuando usted sale del cuarto y deja a su niño(a) solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se altera?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

4. Cuando usted lleva a su niño(a) al médico, al dentista o a una enfermera, ¿con qué frecuencia él/ella se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

5. Cuando usted juega con su niño(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

6. Cuando su niño(a) juega solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

7. Cuando su niño(a) está en la bañera, ¿con qué frecuencia se sonríe o ríe?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

8. Cuando su niño(a) oye un ruido fuerte inesperado (por ejemplo, el ruido del escape de un carro, o una aspiradora), ¿con qué frecuencia llora o se altera?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

9. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su niño(a) cuando llora o está alterado(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR OBSERVE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 10 Y 11 SON DIFERENTES A LAS DEMAS.

10. Durante un día típico, ¿con qué frecuencia su niño(a) se pone molesto o se irrita?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Una o dos veces al día..... 2
- Un par de veces por la mañana
y por la tarde.....3
- Varias veces al día..... 4
- Casi cada hora..... 5

11. En general, comparando con la mayoría de los niños, ¿con qué frecuencia su niño(a) llora o se inquieta?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de lo normal..... 2
- Más o menos lo normal..... 3
- Más de lo normal..... 4
- Casi siempre.....5

MADRE/ GUARDIAN:
POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 47.

SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI NIÑO(A) GENERALMENTE

PARTE C: PARA NIÑOS QUE POR LO MENOS TIENEN 2 AÑOS DE EDAD PERO MENOS DE 7 AÑOS.

Para _____, quien ya cumplió dos años pero todavía no
 NOMBRE DEL NIÑO(A) tiene 7 años.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en cómo se comporta su niño(a) normalmente durante un día típico. Por favor piense en su niño(a) durante las dos últimas semanas.

Si su niño(a) no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su niño(a) se comportó como de costumbre.

Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su niño(a) se comportó de una determinada manera. Piense bien antes de poner un círculo alrededor del número que corresponda a su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. Cuando es hora de comer, ¿con qué frecuencia su niño(a) come lo que usted quiere que coma?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5

2. Cuando su niño(a) no come lo que usted quiere que coma y usted le dice que coma, ¿con qué frecuencia él/ella obedece y come?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. Cuando es la hora de acostarse para su niño(a), ¿con qué frecuencia él/ella protesta o se resiste a ir a la cama?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre.....5

4. Cuando él/ella sí protesta y usted le dice de nuevo que se acueste, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre.....5

5. Cuando usted le dice a su niño(a) que apague la televisión, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace sin protestar?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre.....5

6. Cuando él/ella sí protesta y usted le dice de nuevo que apague la televisión, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

7. Cuando su niño(a) se encuentra por primera vez con un niño de más o menos la misma edad, ¿con qué frecuencia siente timidez al principio?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

8. Cuando su niño(a) se encuentra con un adulto que no conoce, ¿con qué frecuencia siente timidez al principio?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

9. ¿Con qué frecuencia llora su niño(a) cuando se lastima un poquito?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

10. ¿Con qué frecuencia él/ella ríe con facilidad (por ejemplo, cuando nadie lo(a) está tocando?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

11. Cuando su niño(a) está con otros niños de su misma edad, ¿con qué frecuencia él/ella pelea, quita juguetes, pega, etc.?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

12. Cuando su niño(a) está con otros niños de su misma edad, ¿con qué frecuencia él/ella comparte los juguetes voluntariamente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

13. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su niño(a) cuando él/ella llora o está alterado(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

14. Cuando su niño(a) está jugando, ¿con qué frecuencia él/ella se queda cerca de usted y se asegura de que usted todavía esté al alcance de su vista?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. ¿Con qué frecuencia él/ella trata de copiar lo que usted hace o como usted actúa (aunque usted no siempre le permita hacer esto)?.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

16. Cuando usted sale del cuarto y deja a su niño(a) solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se perturba?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

17. ¿Con qué frecuencia su niño(a) es exigente e impaciente aunque usted esté ocupada?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
-

18. Cuando usted está molesta por algo, con qué frecuencia su niño(a) se preocupa, o trata de ayudar o de hacer que usted se sienta mejor?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre.....5
-

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

19. ¿Con qué frecuencia su niño(a) quiere que usted le ayude con las cosas que él/ella está haciendo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre.....5

20. Durante el último año, ¿con qué frecuencia su niño(a) durmió toda la noche sin despertarse?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre.....5

(1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 4 AÑOS, POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 47.

(2) SI SU NIÑO(A) TIENE 4 AÑOS O MAS, POR FAVOR PASE A LA SECCION 4, PAGINA 65.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL
PARA NIÑOS QUE TIENEN MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Esta sección tiene preguntas sobre cosas que los niños hacen a diferentes edades. Piense bien cada pregunta antes de marcar con un círculo el número que corresponda a su respuesta:

1 para SI, 0 para NO

Usted debe responder sólo DOS páginas en esta sección. Encuentre la página que tenga el nombre de su niño(a). Asegúrese de que la edad de su niño(a) corresponda a la edad indicada. Responda las 15 preguntas acerca de su niño(a). Por favor asegúrese de llenar los dos lados de la página.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

PARTE PARA NIÑOS DE LA EDAD....

SE ENCUENTRA EN....

0-3 MESES.....	pág. 48
4-6 MESES.....	pág. 50
7-9 MESES.....	pág. 52
10-12 MESES.....	pág. 54
1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES.....	pág. 56
1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES.....	pág. 58
1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES.....	pág. 60
1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES.....	pág. 62

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE A: (0-3 MONTHS)

MADRE/GUARDIAN: Si _____ tiene menos de 4 meses, por favor responda estas <u>15</u> preguntas. NOMBRE DEL NIÑO(A)	
1. Estando acostado(a) boca abajo, ¿alguna vez su niño(a) ha volteado la cabeza de un lado a otro?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez su niño(a) ha seguido con la vista un objeto en movimiento?	Sí..... 1 No..... 0
3. Estando acostado(a) boca abajo sobre una superficie plana, ¿alguna vez su niño(a) ha levantado su cabeza de esa superficie por un momento?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) ha seguido con la vista un objeto en movimiento completamente de un extremo a otro?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) le ha sonreído a alguien cuando esa persona le hablaba o sonreía sin tocarlo(a)?	Sí..... 1 No..... 0
6. Estando acostado(a) boca abajo, ¿alguna vez su niño(a) ha levantado la cabeza Y el pecho de la superficie, apoyando su peso en sus antebrazos o manos?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha volteado la cabeza para mirar algo?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

PART A: (0 - 3 MESES)
(CONTINUACION)

8. Alguna vez en que su niño(a) estaba de espaldas y lo(a) levantaron para sentarlo(a), ¿mantuvo la cabeza firme SIN que se le cayera hacia atrás mientras lo(a) levantaban?	Sí..... 1 No..... 0
9. ¿Alguna vez su niño(a) se ha reído en voz alta sin que le hagan cosquillas o lo(a) toquen?	Sí..... 1 No..... 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha sostenido en una mano un objeto de un tamaño regular como por ejemplo un cubo o un cascabel o sonajero?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Alguna vez su niño(a) se ha dado vuelta por sí solo(a) A PROPOSITO?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) dió la impresión de que le gusta verse en el espejo?	Sí..... 1 No..... 0
13. Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, ¿aguantó su propio peso con las piernas estiradas?	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, por su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?	Sí..... 1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVA ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE B: (4-6 MESES)

MADRE/GUARDIAN:	
Si _____ tiene al menos 4 meses, pero todavía no ha cumplido 7 meses, por favor responda estas 15 preguntas. NOMBRE DEL NIÑO(A)	
1. ¿Alguna vez en que su niño(a) estaba de espaldas y lo(a) levantaron hasta sentarlo(a), mantuvo la cabeza firme SIN QUE SE LE CAYERA hacia atrás mientras lo(a) levantaban?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez su niño(a) se ha reído en voz alta sin que le hagan cosquillas o lo(a) toquen?	Sí..... 1 No..... 0
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha sostenido es una mano un objeto de un tamaño regular como por ejemplo un cubo o un cascabel o sonajero?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) se ha dado vuelta por sí solo A PROPOSITO?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) dió la impresión de que le gusta verse en el espejo?	Sí..... 1 No..... 0
6. Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, ¿aguantó su propio peso con las piernas estiradas?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, por su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

PART B: (4 - 6) MONTHS)
(CONTINUACION)

8. ¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
9. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido sentado(a) durante 10 minutos sin ningún tipo de apoyo?	Sí..... 1 No..... 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) se ha levantado hasta ponerse de pie sin ayuda de otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado boca abajo?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "pa-pá"?	Sí..... 1 No..... 0
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado por lo menos dos pasos agarrado por una mano o agarrándose de algo?	Sí..... 1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano, sin ayuda de otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE C: (7-9 MESES)

MADRE/GUARDIAN:	
Si _____ tiene al menos 7 meses, pero todavía no ha NOMBRE DEL NIÑO(A) cumplido 10 meses, por favor responda estas 15 preguntas.	
1. ¿Alguna vez su niño(a) dio la impresión de que le gusta verse en el espejo?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, aguantó su propio peso con las piernas estiradas?	Sí..... 1 No..... 0
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, por su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda, salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido sentado(a) durante 10 minutos sin ningún tipo de apoyo?	Sí..... 1 No..... 0
6. ¿Alguna vez su niño(a) se ha levantado hasta ponerse de pie sin ayuda de otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado(a) acostado(a) boca abajo?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

PART C: (7 - 9 MESES)
(CONTINUACION)

8. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "pa-pá"?	Sí..... 1 No..... 0
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?	Sí..... 1 No..... 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado por lo menos dos pasos agarrado(a) de una mano o agarrándose de algo?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Alguna vez su niñ(a) ha dicho adiós con la mano, sin ayuda de otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?	Sí..... 1 No..... 0
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que él/ella desea algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables, en vez de llorando o gimoteando?	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más, sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí..... 1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE D: (10-12 MESES)

MADRE/GUARDIAN: Si _____ tiene al menos 10 meses, pero todavía no ha NOMBRE DEL NIÑO(A) cumplido 13 meses, por favor responda estas 15 preguntas.	
1. ¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado acostado(a) boca abajo?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "pa-pá"?	Sí..... 1 No..... 0
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado dos pasos agarrado por una mano o agarrándose de algo?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano sin ayuda de otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
6. ¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que desea algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables, en vez de llorando o gimoteando?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

PART D: (10 - 12 MESES)
(CONTINUACION)

8. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí..... 1 No..... 2
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí..... 1 No..... 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido gateando al menos dos peldaños o escalones?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Ha dicho su niño(a) 2 palabras reconocibles además de "mamá" o "papá"?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?	Sí..... 1 No..... 0
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz?	Sí..... 1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos dos peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE E: (1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES)

MADRE/GUARDIAN:	
Si _____ tiene al menos 13 meses, pero todavía no ha NOMBRE DEL NIÑO(A) cumplido 16 meses, por favor responda estas 15 preguntas.	
1. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano sin ayuda de otra persona?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?	Sí..... 1 No..... 0
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que quiere algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables en vez de llorando o gimoteando?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más, sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí..... 1 No..... 0
6. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido gateando al menos dos peldaños o escalones?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿ha dicho su niño(a) 2 palabras reconocibles además de "mamá" o "papá"?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

**PART E: (1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES)
(CONTINUACION)**

8. ¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?	Sí..... 1 No..... 0
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?	Sí..... 1 No..... 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos dos peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar o esparcir mucho la comida?	Sí..... 1 No..... 0
13. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una frase parcial de 3 o más palabras?	Sí..... 1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

PARTE F: (1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES)
(CONTINUACION)

<p>9. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>10. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una oración parcial de 3 palabras o más?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>11. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>12. ¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/la llave?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>13. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado tres objetos correctamente?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>14. ¿Alguna vez su niño(a) ha utilizado el inodoro por sí mismo(a)?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sin ayuda, poniendo un sólo pie en cada escalón?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 0</p>
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE G: (1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES)

MADRE/GUARDIAN: Si _____ tiene al menos 19 meses, pero todavía no tiene NOMBRE DEL NIÑO(A) 22 meses, por favor responda estas 15 preguntas	
1. ¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?	Sí..... 1 No..... 0
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos 2 peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar mucho la comida?	Sí..... 1 No..... 0
6. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una frase parcial de 3 o más palabras?	Sí..... 1 No..... 0
8. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

PART G: (1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES)
(CONTINUACION)

9. ¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/la llave?	Sí..... 1 No..... 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado 3 objetos correctamente?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha utilizado el inodoro por sí mismo?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sin ayuda, poniendo un sólo pie en cada escalón?	Sí..... 1 No..... 0
13. ¿Sabe su niño(a) su propia edad Y sexo?	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho los nombres de al menos 4 colores?	Sí..... 1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha pedaleado un triciclo a lo largo de una distancia de por lo menos 10 pies?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE H: (1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES)

MADRE/GUARDIAN: Si _____ tiene al menos 22 meses, pero todavía no ha cumplido 4 años, por favor responda estas 15 preguntas. NOMBRE DEL NIÑO(A)	
1. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?	Sí..... 1 No..... 0
2. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una oración parcial de 3 o más palabras?	Sí..... 1 No..... 0
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?	Sí..... 1 No..... 0
4. ¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/ la llave?	Sí..... 1 No..... 0
5. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado 3 objetos correctamente?	Sí..... 1 No..... 0
6. ¿Alguna vez su niño(a) ha usado el inodoro por sí mismo(a)?	Sí..... 1 No..... 0
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sin ayuda, poniendo un solo pie en cada escalón?	Sí..... 1 No..... 0
8. ¿Sabe su niño(a) su propia edad Y su sexo?	Sí..... 1 No..... 0
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho los nombres de al menos 4 colores?	Sí..... 1 No..... 0

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

PART H: (1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES)
(CONTINUACION)

10. ¿Alguna vez su niño(a) ha pedaleado un triciclo a lo largo de una distancia de por lo menos 10 pies?	Sí..... 1 No..... 0
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado una voltereta o salto mortal sin ayuda de nadie?	Sí..... 1 No..... 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) se ha vestido solo(a) sin ninguna ayuda salvo la de amarrarele los zapatos (y abotonarle los vestidos por detrás)?	Sí..... 1 No..... 0
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho su nombre y apellido juntos sin la ayuda de nadie? (Puede decir su sobre- nombre en vez del nombre).	Sí..... 1 No..... 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado hasta 10 en voz alta?	Sí.....1 No..... 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha dibujado un hombre o una mujer que al menos tenga 2 partes del cuerpo, además de la cabeza?	Sí..... 1 No..... 0
<p>MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.</p>	

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 4: INDICE DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

PARA NIÑOS DE 4 O MAS AÑOS

Para _____ quien tiene al menos 4 años o más.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

(Si su niño(a) todavía no ha cumplido 4 años, entonces usted ya ha terminado con este suplemento).

Estas afirmaciones son acerca de problemas de conducta que muchos niños tienen.

Cuando usted lea cada oración, decida cuál frase describe mejor la conducta de su niño(a) durante los últimos tres meses, y marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted escoja.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque con un círculo el número de la pregunta y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando haya terminado el suplemento.

1. El/ella tiene cambios repentinos de ánimo o de emociones.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Frecuentemente cierto..... 1
 A veces cierto..... 2
 No es cierto..... 3

2. El/ella siente o se queja de que nadie lo(a) quiere.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Frecuentemente cierto..... 1
 A veces cierto..... 2
 No es cierto..... 3

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. El/ella está algo excitable, tenso(a), y nervioso(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

4. El/ella engaña o dice mentiras.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

5. El/ella está demasiado temeroso(a) o ansioso(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

6. El/ella discute demasiado.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

7. El/Ella tiene dificultad para concentrarse, no puede prestar atención por mucho tiempo.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

8. El/ella se confunde con facilidad, parece que estuviera en las nubes.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

9. El/ella intimidada o es malo(a) o cruel con los demás.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

10. El/ella es desobediente en casa.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

11. El/ella no parece arrepentirse después de portarse mal.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

12. A él/ella le cuesta llevarse bien con otros niños.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

13. El/ella es impulsivo(a), o actúa sin pensar.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

14. El/ella siente que no vale nada o que es inferior a los demás.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. El/ella no es querido(a) por los otros niños.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

16. El/ella tiene mucha dificultad para apartar de su mente ciertos pensamientos (tiene obsesiones).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

17. El/ella es inquieto(a) o demasiado(a) activo(a), no puede quedarse quieto(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

18. El/ella es terco(a), malhumorado(a) o irritable.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

19. El/ella tiene mal genio y pierde la calma con facilidad.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

20. El/ella se siente infeliz, triste o deprimido(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

21. El/ella es retraído(a), no se relaciona con los demás.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

22. El/ella rompe cosas a propósito o destruye deliberadamente las cosas propias o ajenas.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

23. El/ella se pega a los adultos.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

24. El/ella llora demasiado.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

25. El/ella exige mucha atención.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

26. El/ella depende demasiado de los demás.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

27. El/ella siente que las otras personas quieren perjudicarlo(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

28. El/ella frecuenta la compañía de muchachos(as) que se meten en problemas.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

29. El/ella es reservado(a), se guarda las cosas para sí mismo(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 - A veces cierto..... 2
 - No es cierto..... 3
-

30. El/ella se preocupa demasiado por todo.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

POR FAVOR RESPONDA AUNQUE NO SEA EPOCA DE CLASES

31. El/ella es desobediente en la escuela.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 A veces cierto..... 2
 No es cierto..... 3
Nunca ha asistido a la escuela... 4

32. A él/ella le cuesta llevarse bien con los maestros.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
 A veces cierto..... 2
 No es cierto..... 3
Nunca ha asistido a la escuela... 4

MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 10 AÑOS, POR FAVOR DETENGASE. REVISE LAS PAGINAS QUE LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A. SI TIENE DUDAS SOBRE ALGUNA PREGUNTA CONSULTE SOBRE LA MISMA AL/A LA ENTREVISTADOR/A.
- (2) SI SU NIÑO(A) TIENE 10 O MAS AÑOS DE EDAD, POR FAVOR VAYA A LA SECCION 5, PAGINA 73.

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 5: ANTECEDENTES ESCOLARES Y FAMILIARES

PARA NIÑOS DE 10 AÑOS DE EDAD (COMO MINIMO) O MAYORES

Para _____ quien tiene al menos 10 años de edad o más.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estas preguntas tratan sobre la escuela y el ambiente familiar de su niño(a).

Responda usted la mayor parte de las preguntas seleccionando una palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que acompaña a la respuesta que usted seleccione.

En el caso de otras preguntas, usted necesitará escribir una respuesta en el espacio o los recuadros.

Si alguna pregunta no le resulta clara, por favor encierre dentro de un círculo el número de la pregunta y consulte al/a la entrevistador(a) sobre la misma, una vez que usted haya finalizado el cuestionario.

1. La escuela a la que por lo general su niño(a) asiste, ¿es una escuela pública, privada o religiosa?

(MARQUE CON UN CIRCULO O UN NUMERO)

Pública..... 1
 Privada..... 2
 Religiosa..... 3
 No asiste a la escuela..... 4

2. Si su niño(a) asiste a la escuela, ¿la escuela a la que por lo general va, es una escuela ...

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

regular pública o privada?..... 1
 para niños superdotados (con talento)?..... 2
 para niños con desventajas?..... 3
 Otra (ESCRIBA QUE TIPO) _____ 4
 No va a la escuela 5

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3. Si su niño(a) no asiste a la escuela, ¿por qué razón no lo hace?

- No puede asistir debido a una condición física, emocional o mental..... 01
- Fue expulsado(a) o suspendido(a)..... 02
- La escuela cerró debido a una huelga, daño físico, etc. 03
- El padre (padraastro o figura paterna) del niño(a) no le permite ir a la escuela.....04
- Otras razones (POR FAVOR EXPLIQUE) _____05
- No se aplica; el/la niño(a) va a la escuela.06

4. ¿Por algún motivo su niño(a) ha repetido algunos grados?

- Sí.....1
- No.....0

A. Si así fue, ¿por qué motivo él/ella repitió algún grado?

(MARQUE CON UN CIRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Nunca repitió un grado.....00
- Fracaso académico o falta de capacidad.01
- Inmaduro(a); se comporta como alguien demasiado joven.....02
- Se ausenta frecuentemente (ausencia excusada).....03
- Hace novillos (ausencia no excusada)...04
- Por razones de salud.....05
- Se pasó a una escuela más difícil.....06
- Otra razón (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____07

5. ¿En alguna oportunidad, su niño(a) ha experimentado algunos problemas de conducta en la escuela que hicieron que usted recibiera una nota o que se le pidiera a usted que se presentara en la escuela y hablara con el maestro o director?

- Sí..... 1
- No..... 0

A. Si así fue, ¿en qué grado sucedió esto por primera vez?

- GRADO -
- DOES NOT APPLY.....95

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

6. ¿Ha sido su niño(a) alguna vez suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela?

Sí..... 1

No..... 0

A. Si así fue, ¿en qué grado sucedió esto por primera vez?

GRADO =

NEVER SUSPENDED OR EXPELLED.....95

7. Su niño(a):

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

¿Es uno(a) de los/las mejores estudiantes
de la clase?.....01

¿Está por encima de la mitad?.....02

¿Está en la mitad?.....03

¿Está por debajo de la mitad?.....04

¿Está casi entre los/las últimos(as)
estudiantes de la clase?.....05

No asiste a la escuela.....06

8. ¿Asiste su niño(a) a una clase especial en la escuela, o recibe allí ayuda especial para reforzar los estudios en que está débil?

Sí..... 1

No..... 0

No asiste a la escuela..... 4

9. ¿Asiste su niño(a) a una clase especial para recibir asignaciones relacionadas con trabajo avanzado?

Sí..... 1

No..... 0

No asiste a la escuela..... 4

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

10. Ahora quisiera que Ud. indique, en su opinión, qué calificación le daría a la escuela a la que asiste su niño(a), teniendo en cuenta si ésta se desempeña bien o no en su trabajo. Por cada pregunta por favor dígame si daría a la escuela la calificación de A, B, C, D o Reprobado ("Fail"), considerando ...

	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>REPRO- BADO</u>
a. cuánto se preocupan los maestros por los estudiantes	5	4	3	2	1
b. las dotes como líder del director de la escuela	5	4	3	2	1
c. la capacidad de los profesores	5	4	3	2	1
d. la seguridad de los estudiantes en la escuela?	5	4	3	2	1
e. la comunicación de los maestros a los padres para informarles sobre el progreso de los estudiantes	5	4	3	2	1
f. la participación que se les da a los padres en las decisiones sobre la administración de la escuela	5	4	3	2	1
g. la ayuda que dan a los estudiantes para enseñarles la diferencia entre lo correcto y lo incorrecto	5	4	3	2	1
h. el mantenimiento del orden y la disciplina	5	4	3	2	1
i. no va a la escuela6

-
11. Mirando hacia el futuro, ¿hasta dónde piensa usted que su niño(a) llegará en la escuela? El/ella...

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- ¿abandonará la secundaria antes de graduarse?.01
 ¿se graduará de secundaria?.....02
 ¿obtendrá alguna formación universitaria (college) u otro entrenamiento?.....03
 ¿se graduará de la universidad?.....04
 ¿profundizará su entrenamiento después de haber finalizado la universidad?.....05
 ¿o alguna otra cosa? (POR FAVOR ESPECIFIQUE)..

06

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

12. En general, ¿cuán difícil le ha resultado criar a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nada difícil..... 1
 Sólo algo difícil..... 2
 Bastante difícil..... 3
 Muy difícil 4

13. Ahora piense en la vida de su niño(a) en general. Por favor califique las siguientes áreas en la vida de su niño(a), ya sea como excelente, buena, regular o mala. Primero....

	<u>Excelente</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	
a. su salud	4	3	2	1	
b. sus amistades	4	3	2	1	
c. su relación con Ud.	4	3	2	1	
d. sus sentimientos hacia sí mismo(a)	4	3	2	1	
e. sus perspectivas para el futuro	4	3	2	1	
f. su relación con hermanos(as), u otros niños con quien él/ella vive	4	3	2	1	0

(No hay otros niños en la casa)

14. ¿A cuántos de los amigos cercanos de su niño(a) usted conoce de vista y por el nombre y el apellido?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

A todos.....01
 A la mayoría.....02
 Alrededor de la mitad.....03
 Solamente a unos cuantos.....04
 A ninguno.....05
 El/la niño(a) no tiene amigos cercanos.06

PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15. Más o menos, ¿con qué frecuencia sabe Ud. con quien se encuentra su niño(a) cuando él/ella no está en la casa? ¿Diría que Ud. sabe con quién él/ella está...

siempre..... 1
 casi siempre..... 2
 a veces, o..... 3
 sólo rara vez?..... 4

16. Durante el año pasado, ¿cuán frecuentemente su niño(a) ha asistido a servicios religiosos, (incluyendo Escuela Dominical u otras clases de religión)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Alrededor de una vez a la semana..... 1
 Al menos una vez al mes..... 2
 Unas cuantas veces al año..... 3
 Nunca..... 4

17. Aparte de que asista a servicios religiosos, ¿cuán importante es para usted que su niño(a) reciba formación religiosa?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

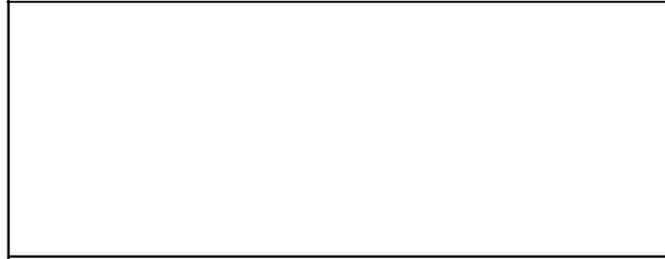
Muy importante..... 1
 Bastante importante..... 2
 Nada importante..... 3

MADRE/GUARDIAN:

POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE LLENO, ASEGURANDE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A. SI TIENE DUDAS SOBRE ALGUNA PREGUNTA CONSULTE SOBRE LA MISMA AL/A LA ENTREVISTADOR/A. GRACIAS.

5. PLEASE SIGN YOUR NAME HERE: _____

6. PLEASE AFFIX LABEL WITH YOUR SUPERVISOR'S NAME AND ID # HERE:



IF YOU HAVE NOT FINISHED THE CHILD SUPPLEMENT, DO SO NOW.