



CHIS 2003 Child Questionnaire

SPANISH VERSION

Collaborating Agencies:

- UCLA Center for Health Policy Research
- California Department of Health Services
- Public Health Institute

Contact:

Charles DiSogra, DrPH, MPH
Director, California Health Interview Survey
UCLA Center for Health Policy Research
10911 Weyburn avenue, Suite 300
Los Angeles, CA 90024-2887
Email: cdisogra@ucla.edu
Phone: (310) 794.0946
Fax: (310) 794.2686

SECTION A

CA1 Algunas de las preguntas están basadas en las características personales de {}, tal como {su} edad. Así es que voy a comenzar haciéndole unas breves preguntas sobre datos básicos.

¿Es {} del sexo masculino o femenino?

()

1. MALE
2. FEMALE

CA2 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de {él/o ella}?

MES () DÍA () AÑO ()

1. ENERO
2. FEBRERO
3. MARZO
4. ABRIL
5. MAYO
6. JUNIO
7. JULIO
8. AGOSTO
9. SEPTIEMBRE
10. OCTUBRE
11. NOVIEMBRE
12. DICIEMBRE

CA3 ¿Cuántos años tiene {él/o ella}?

- () AÑOS
() MESES

CA13 ¿Cuánto pesó {} al nacer?

1. POUNDS () POUNDS () OUNCES
2. KILOGRAMS () KILOGRAMS () GRAMS

CA14 ¿Fue {} amamantado(a) o se le dio leche de pecho alguna vez?

1. YES
2. NO

CA15 ¿Qué edad tenía {} cuando se le dejó de dar?

[IF STILL BREASTFEEDING, ENTER 93]

[UNIT]

1. DAYS
2. WEEKS
3. MONTHS
4. YEARS

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CA16 ¿Qué edad tenía {} cuando comenzó a comer comida para bebés o alimentos sólidos?
Cuando digo alimentos sólidos me refiero a cualquier otro alimento que no sea leche, fórmula, jugo, agua, hierbas o té.

[IF ANSWER LESS THAN 1 MONTH, ENTER 1,
IF NOT YET EATING SOLID FOOD, ENTER 93]

() MONTHS

CA4 ¿Cuánto mide {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} sin zapatos?

1. PIES () PIES () PULGADAS
2. METROS () METROS () CENTÍMETROS

CA5

¿Cuánto pesa {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} ahora sin zapatos?

1. LIBRAS () LIBRAS
2. KILOGRAMOS () KILOGRAMOS

CA6

En general, ¿diría Ud. que la salud de {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} es excelente, muy buena, buena, pasable, o mal?

1. EXCELENTE
2. MUY BUENA
3. BUENA
4. PASABLE
5. MALA

CA17

¿Necesita o toma {} algún medicamento
recetado por un médico, además de vitaminas?

[IF NEEDED, SAY: "Esto se refiere solamente a medicamentos
recetados por un médico. No incluye las medicinas que se venden sin
recetas tal como los remedios para el resfrío o el dolor de cabeza,
u otras vitaminas, minerales o suplementos que se compran sin
receta."]

1. YES
2. NO

CA18

¿Necesita {} medicamentos recetados debido a un problema médico, de conducta o a otro estado de salud?

1. YES
2. NO

CA19

Este estado de salud, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más ?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CA20

¿Necesita o usa {} más atención médica, servicios de salud mental o educacional de lo que es usual para la mayoría de los niños de la edad de {} años?

1. YES
2. NO

CA21

Esta necesidad que tiene {} de recibir atención médica, servicios de salud mental o educacional, ¿se debe a un problema médico, de conducta o a otro estado de salud?

1. YES
2. NO

CA22

Este estado de salud, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

1. YES
2. NO

CA23

¿Necesita o recibe () terapia especial, como por ejemplo, terapia física, ocupacional o del habla?

[DO NOT INCLUDE PSYCHOLOGICAL THERAPY]

1. YES
2. NO

CA24

Esta necesidad que tiene {} de recibir terapia especial, ¿se debe a algún problema médico, de conducta o a otro estado de salud?

1. YES
2. NO

CA25

Este estado de salud, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

1. YES
2. NO

CA7

¿Hay algo que de alguna manera limite o que le impida a {} hacer las cosas que hacen la mayoría de los niños de su edad?

[IF NEEDED, SAY: "Un niño tiene límites o impedimentos para hacer algo cuando hay cosas que no puede hacer al igual que la mayoría de los niños de su edad."

1. YES
2. NO

CA26

Esta limitación que tiene {} en sus habilidades, ¿se debe a un problema médico, de conducta o a otro estado de salud?

1. YES
2. NO

CA27

Este estado de salud, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más ?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CA28 ¿Tiene {} algún tipo de problema emocional, de desarrollo, o de conducta para el cual {} necesita tratamiento o ayuda de un consejero?

[IF NEEDED, SAY: "Tratamiento o ayuda de un consejero incluye medicamentos, terapia, o ayuda que un niño puede recibir para su problema emocional, de desarrollo o de conducta. Por ejemplo, la depresión o la esquizofrenia son problemas emocionales. Los problemas de desarrollo incluyen el demorarse en hacer nuevas cosas o un atraso en el crecimiento. Los problemas de conducta son, por ejemplo, la agresividad o el desorden por falta de atención o ADD o ADHD."]

- 1. YES
- 2. NO

CA29 El problema emocional, de desarrollo o de conducta que tiene {}, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

- 1. YES
- 2. NO

CA11 ¿Le ha dicho a usted alguna vez un médico o un psicólogo que {} tenía el desorden por falta de atención, conocido como ADD o ADHD en inglés?

- 1. YES
- 2. NO

CA12 Estas preguntas que siguen son específicamente acerca del asma.
¿Le ha dicho a usted alguna vez un médico que {} tiene asma?

- 1. YES
- 2. NO

CA30

¿Qué edad tenía {} la primera vez que un médico le dijo a usted que {} tenía asma?

[IF NEEDED, SAY: "Está bien si me da la edad aproximada."]

() AGE IN YEARS

CA31

¿Todavía tiene asma {}?

- 1. YES
- 2. NO

CA32

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido {} un episodio de asma o un ataque de asma?

1. YES
2. NO

CA12B

Durante los últimos 12 meses, ¿cada cuando tiempo ha tenido {} síntomas de asma como por ejemplo, tos, silbido al respirar, dificultad para respirar, sensación de tener el pecho oprimido, o ha tenido flema? ¿Diría que...

1. No tuvo síntomas,
2. Los tuvo menos de una vez al mes,
3. Todos los meses,
4. Todas las semanas, o
5. Todos los días?

CA33

Durante los últimos 12 meses, ¿han tenido que llevar a {} a la sala de urgencias de un hospital o a una clínica de atención de urgencia debido al asma?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CA12A

¿Está {} actualmente tomando algún medicamento diario para controlar el asma, y que le haya sido dado o recetado por un médico?

[IF NEEDED, SAY: "Esto incluye medicamentos orales o que tiene que ser inhalados. Esto medicamento es diferente de los inhaladores que se usan para alivio rápido.]

1. YES
2. NO

CA34

Durante los últimos 12 meses, ¿ cuántos días no pudo ir {} a la escuela o a la guardería debido al asma?

[IF CHILD NOT IN DAYCARE OR SCHOOL, ENTER 93]

() NUMBER OF DAYS

CA35

¿Le ha dado alguna vez un médico u otro profesional de la salud un plan para controlar el asma de {}?

[IF NEEDED, SAY: "Un plan para controlar el asma es un folleto que le indica cuándo cambiar la cantidad o el tipo de medicina, cuándo llamar al doctor para consultar, y cuándo ir a la sala de urgencias."]

[INCLUDE NURSES AND ASTHMA EDUCATORS]

1. YES
2. NO

CA36

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido {} alguna vez resuellos o silbidos en el pecho?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CA37

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos ataques de resuellos o silbidos en el pecho ha tenido {}?

() ATTACKS

CA38

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuvo que buscar asistencia médica de cualquier tipo para este problema de respiración?

[IF ANSWER IS "NEVER", CODE "0"]

() TIMES

CA39

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días dejó {} de ir a la guardería o a la escuela debido a este problema de respiración?

[IF CHILD NOT IN DAYCARE OR SCHOOL, ENTER 93]

() TIMES days?

SECTION B

CB1

Hablemos ahora de heridas o lesiones.

Durante los últimos 12 meses, es decir desde {},

¿tuvo {} alguna herida lo suficientemente grave como para consultar al médico o recibir tratamiento?

1. YES
2. NO

CB2

¿Cuántas veces, en los últimos 12 meses,

tuvo {} una herida tan grave como para consultar al médico o recibir tratamiento?

() TIMES

CB3

¿Cuál fue la causa de la lesión {más grave}?

1. VEHÍCULO DE MOTOR – LESIÓN DEL OCUPANTE
2. VEHÍCULO DE MOTOR - PEATÓN
3. RELACIONADO CON BICICLETA
4. CAÍDA ACCIDENTAL
5. GOLPEADO O CORTADO POR UN OBJETO VOLANTE
6. NADANDO, PASEANDO EN BOTE, OTRO INCIDENTE DONDE CASÍ SE AHOGA
7. FUEGO/QUEMADURA/ESCALDADURA
8. ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL
9. RELACIONADO CON LOS DEPORTES
91. OTRO

CB5

¿Redució {él/o ella} su actividad física debido a esta lesión?

1. YES
2. NO

CB6

¿Ha corrido {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} en bicicleta durante el último Año?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CB7

¿Cuan a menudo usa {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} un casco para correr en bicicleta?
Diría usted...

1. Siempre
2. Usualmente
3. A veces, o
4. Nunca

CB10

Ahora voy a leerle una lista de cosas que los padres hacen algunas veces para hacer de sus hogares un lugar más seguro para los bebés y los niños pequeños. Para cada una, dígame si usted alguna vez...

¿Ha puesto portones en las escaleras, candados para las ventanas, u otras barreras?

1. YES
2. NO

CB11

¿Ha puesto cerrojos o trabas de seguridad en los gabinetes donde se guardan los artículos de limpieza?

1. YES
2. NO

CB12

¿Ha puesto material acolchado en las orillas puntiagudas como en las mesitas de la sala o los de la chimenea?

1. YES
2. NO

CB13

¿Ha cubierto los enchufes de electricidad para que su niño no pueda meter los dedos ni otras cosas en el enchufe?

1. YES
2. NO

CB14

¿Ha reducido la temperatura del calentador de agua?

1. YES
2. NO

SECTION C

CC1

Estas preguntas son acerca de la salud dental de su niño/a.
{NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} ¿Tiene dientes ya?

1. YES
2. NO

CC5

Estas preguntas son acerca de la salud dental de {}.

¿Más o menos, ¿hace cuánto tiempo fue la última vez que {}
fue al dentista, o con la persona encargada de hacer limpiezas dentales (higienista dental), u ortodontista?

1. LESS THAN 6 MONTHS AGO
2. 6 MONTHS UP TO 1 YEAR AGO
3. 1 YEAR UP TO 2 YEARS AGO
4. 2 YEARS UP TO 5 YEARS AGO
5. MORE THAN 5 YEARS AGO
0. HAS NEVER VISITED

CC16

¿Hay algún dentista o lugar en particular adonde usted lleva normalmente a {} para recibir atención dental?

1. YES
2. NO

CC17

Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó alguna vez su niño
atención dental, pero no le alcanzaba el dinero para pagar los costos?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CC6

¿Necesitaba {} un chequeo de rutina,
o tenía un problema dental?

1. ROUTINE CHECK-UP
2. HAD A DENTAL PROBLEM
3. BOTH

CC18

Durante los últimos 12 meses, ¿perdió {} algún día de
escuela debido a un problema dental? No cuente el tiempo
que pasó en el dentista para hacerse una limpieza o chequeo.

1. YES - TIME LOST FROM SCHOOL
2. NO

CC19

¿Cuántos días de escuela perdió {}?

[IF LESS THAN A DAY, ENTER 0]

CC7A

¿Tiene actualmente algún tipo de seguro que pague
por la atención dental de {}?

[IF NEEDED, PROBE: "Su seguro dental puede ser un plan de seguro
dental pre-pagado tal como una HMO, o un programa del
gobierno como, por ejemplo, Medi-Cal o Healthy Families."]

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CC20

Quién paga por este seguro dental, sin contar los co-pagos o los deducibles que usted pueda tener.

[IF NEEDED, SAY: "Los co-pagos son los pagos parciales que uno hace por la atención médica que recibe cada vez que uno ve al médico o grupo medico, mientras que un plan de salud paga por la cobertura principal de atención médica."

"El deducible es la cantidad que uno paga por recibir atención médica antes de que el plan de salud empiece a pagar."

"La prima lo que uno paga mensualmente por el plan de seguro de salud."

[CODE ALL THAT APPLY. CTRL-P TO EXIT.]

[IF R SAYS GOVERNMENT, PROBE: "¿Recibe Medi-CAL, Healthy Families o algún otro programa del gobierno, o es un beneficio que recibe por ser empleado del gobierno?"

[IF GOVERNMENT IS EMPLOYER, ENTER: "EMPLOYER OR UNION"]

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. SELF OR FAMILY | 6. MEDI-CAL(MEDICAID) |
| 2. R'S CURRENT/FORMER EMPLOYER/UNION | 7. HEALTHY FAMILIES PROGRAM |
| 3. SPOUSE'S CURRENT/FORMER EMPLOYER/UNION | 8. OTHER GOVERNMENT DENTAL PROGRAM |
| 4. SOMEONE OUTSIDE HOUSEHOLD (E.G., COUNTY PROGRAMS) | |
| 5. MEDICARE | 9. INDIAN HEALTH SERVICE |
| 91. OTHER | |

CC21

Anteriormente, nos dijo que su niño está cubierto por Medi-Cal. ¿Cubre Medi-Cal la atención dental de su niño?

1. YES
2. NO

CC22

Anteriormente, nos dijo que su niño está cubierto por el programa Healthy Families. ¿Cubre Healthy Families la atención dental que recibe su niño?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CC11

Ahora, voy a hacerle algunas preguntas sobre lo que comió su niño el día de ayer, incluyendo comidas y bocadillos.

El día de ayer, ¿cuántos vasos o cartones pequeños de leche bebió {}?

[CODE ANY PART OF A GLASS AS ONE GLASS]

() GLASSES

CC12

El día de ayer, ¿cuántos vasos o latas de refrescos como, por ejemplo, Coca Cola, bebidas dulces como 'fruit punch' o 'Sunny Delight' bebió {}? No cuente las bebidas de dieta o sin azúcar.

[CODE ANY PART OF A GLASS AS ONE GLASS]

() GLASSES OR CANS

CC10

El día de ayer, ¿cuántos vasos o cartones pequeños de jugo 100% de fruta bebió {}? No cuente las bebidas de las que ya me habló.

[CODE ANY PART OF A GLASS AS ONE GLASS]

() GLASSES

CC13

El día de ayer, cuántas porciones de fruta, tales como manzanas o plátanos comió {}?

[IF NEEDED, SAY: "Una porción de esta comida es la cantidad que el niño normalmente se sirve."]

() SERVINGS

CC14

El día de ayer, ¿cuántas porciones de papas fritas de cualquier tipo comió {}, sin contar los 'chips' o papitas fritas que vienen en bolsa?

() SERVINGS

CC15

Ayer, ¿cuántas porciones comió {} de verduras como maíz, frijoles o frijolillos verdes, ensalada de verduras, u otros vegetales?

() SERVINGS

CC23

Ayer, ¿cuántas veces comió {} "fast food" o comida de un restaurante rápido? Incluya comidas de restaurantes rápidos o al paso que comió en la escuela o en casa, Compradas en el 'drive-thru' o de un restaurante rápido listas para llevar a casa.

[IF NEEDED, SAY: "Esta comida es la que compra en McDonald's, Burger King o Taco Bell."]

() TIMES

CC24

El día de ayer, ¿cuántas porciones de alimentos con alto contenido de azúcar tales como galletas, caramelos, donas, pasteles, o paletas de helado comió {}?

() SERVINGS

CC25

Físicamente, ¿más o menos qué tan activo(a) es {} comparado(a) con otros niños de su edad?
¿Diría que...

1. Más o menos igual,
2. Mucho menos,
3. Un poco menos,
4. Un poco más activo(a) físicamente, o
5. Mucho más?

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CC26

La semana pasada, ¿cuántos días jugó {} con suficiente actividad como para que respirara rápido o que le latiera rápido el corazón?

() DAYS

SECTION D

CD1

Las próximas preguntas tratan acerca del lugar al que acude el niño para su atención de salud. ¿Hay un lugar al que usted lleva al niño ORDINARIAMENTE cuando está enfermo o cuando necesita asesoramiento sobre su salud?

1. YES
2. NO
3. MÉDICO/MÍ MÉDICO
4. KAISER
5. MÁS DE UN LUGAR HABITUAL

CD3

[IF CD1=1,5,REF,DK ASK:] ¿A qué clase de lugar le lleva la mayoría de las veces-la oficina de un médico, una clínica o servicio de hospital, una sala an emergencia o algún otro lugar?

[IF CD1=3 "DOCTOR" ASK:] ¿Trabaja su médico en una oficina privada, una clínica o un servicio de hospital o algún otro lugar?

1. OFICINA DE MÉDICO/KAISER/OTRA HMO
2. OTHER HEALTH PROFESSIONAL'S OFFICE
3. OTHER CLINICA/CENTRO DE HOSPITAL/CLÍNICA HOSPITALARIA
53. SALA DE EMERGENCIA
91. ALGÚN OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE: _____)
92. NINGÚN LUGAR

CD24

Un médico o enfermera personal es un profesional de la salud que conoce bien a su niño y sabe la historia de su niño. ¿Hay alguna persona o algunas personas que usted considera como el médico o la enfermera personal de su niño?

1. YES
2. NO

CD6

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha visto {} a cualquier tipo de médico o doctor?

() TIMES

CD7

¿Cuánto tiempo aproximadamente hace que el niño vio a un médico?

1. HACE 1 AÑO O MENOS
2. HACE MÁS DE 1 AÑO HASTA HACE 2 AÑOS
3. MÁS DE 2 AÑOS HASTA 3 AÑOS
4. MÁS DE 3 AÑOS
5. NUNCA

CD25

La última vez que usted llevó a {} al médico,
¿tuvo alguna dificultad para entender al médico?

1. YES
2. NO
3. NEVER ACCOMPANIED CHILD TO THE DOCTOR

CD26

¿Se debió esto a que usted y el médico hablaban diferentes idiomas?

1. YES
2. NO

CD27

¿Necesitó que otra persona le ayudara a entender al médico?

1. YES
2. NO

CD28

¿Quién fue esta persona que le ayudó entender al médico?

[IF R RESPONDS:"MY CHILD," PROBE TO SEE IF CHILD IS UNDER AGE 18. IF AGE 18+, CODE AS ADULT FAMILY MEMBER.]

1. MINOR CHILD (UNDER AGE 18)
2. AN ADULT FAMILY MEMBER OR FRIEND
3. NON-MEDICAL OFFICE STAFF
4. MEDICAL STAFF INCLUDING NURSES / DOCTORS
5. PROFESSIONAL INTERPRETER (BOTH IN PERSON AND ON THE TELEPHONE)
6. OTHER (PATIENTS, SOMEONE ELSE)
7. DID NOT HAVE SOMEONE TO HELP

CD8

¿Ha recibido usted recordatorios de un médico o clínica acerca de cuándo es hora de que el niño vaya para recibir vacunas?

1. YES
2. NO
3. NO TENGO MÉDICO/CLÍNICA

CD12

Durante los últimos 12 meses, ¿visitó {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} at any time una sala de emergencias de hospital?

1. YES
2. NO

CD13 ¿Fue alguna de las visitas al médico debida al asma que tiene {}?

1. YES
2. NO

SECTION E

CE1

Durante los últimos 12 meses, ¿tardó en comprar o no compró alguna medicina que el doctor recetó para {}?

1. YES
2. NO

CE12

¿Fueron los costos o la falta de seguro una razón por la que usted se tardó en comprar o no compró la medicina que el doctor le había recetado para {}?

1. YES
2. NO

CE2

¿La medicina era para el asma que sufre {}?

1. YES
2. NO

CE7

Durante los últimos 12 meses, ¿retrasó usted o no obtuvo alguna otra atención médica que en su opinión necesitaba el niño tal como ver a un médico o un especialista u otro profesional de salud?

1. YES
2. NO

CE13

¿Fueron los costos o la falta de seguro una razón por la que usted se tardó en obtener o no obtuvo alguna otra atención médica para {}?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CE8

¿La atención médica tenía que ver con el asma que sufre {}?

1. YES
2. NO

CE11

¿Este {} en TANF o CalWORKS?

[IF NEEDED, SAY: "TANF quiere decir Asistencia Temporal a Familias Necesitadas; y CalWORKS significa Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California. Ambos reemplazaron al AFDC, el antiguo programa de 'welfare'."]

1. YES
2. NO

CE11A

¿Esta {} actualmente recibiendo estampillas de comida, o cupones para alimentos (o Food Stamps)?

1. YES
2. NO

CE11C

¿Está {} actualmente recibiendo WIC?

[IF NEEDED, SAY: "WIC quiere decir 'Programa de Alimentación Suplementaria para Mujeres embarazadas o lactantes y niños.'"]

1. YES
2. NO

SECTION F

CG1

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado infantil. Por cuidado infantil, queremos decir cualquier arreglo donde alguien cuida a {} y que no sean padres, guardianes, o padrastros o madrastras. Esto incluye preescolar y guarderías pero no kindergarten.

¿Tiene usted actualmente algún tipo de arreglo regular para cuidar a {} por 10 horas a la semana o más?

1. YES
2. NO

CG1X

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado infantil. Por cuidado infantil, queremos decir cualquier arreglo donde alguien cuida a {} y que no sean los padres, guardianes, o padrastros o madrastras.

¿Tiene usted actualmente algún tipo de arreglo regular para cuidar a {} por 10 horas a la semana o más?

1. YES
2. NO

CG2

En conjunto, ¿cuántas horas está {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} bajo atención infantil durante la semana típica? Incluya todas las combinaciones de los arreglos de atención.

() HORAS

CG3A

Voy a hacerle preguntas sobre el cuidado que {} recibe durante una semana típica.

¿Recibe {} cuidado de parte de uno de sus abuelos o de otro miembro de la familia?

1. YES
2. NO

CG3B

[¿Recibe {} cuidado de...]

...Head Start o de un programa preescolar del estado

[durante una semana típica]?

1. YES
2. NO

CG3C

[¿Recibe {} cuidado de...]

...algún otro tipo de preescolar o guardería

[durante una semana típica]?

1. YES
2. NO

CG3D

[¿Recibe {} cuidado de...]

...una guardería que no está en la casa de una persona

[durante una semana típica]?

1. YES
2. NO

CG3E

[¿Recibe {} cuidado de...]

...una persona que no es miembro de la familia
y que viene a su casa a cuidar a {}

[durante una semana típica]?

1. YES
2. NO

CG3F

[¿Recibe {} cuidado de parte de...]

...una persona que no es miembro de la familia y
que cuida a {} en su propia casa

[durante una semana típica]?

1. YES
2. NO

CG3G

¿Es este (son todos estos) proveedor o proveedores de atención infantil
licenciados por el estado de California? [SI RESPONDE QUE NO SABE A
CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, ESCRIBA DK; SI SE NIEGA A CONTESTAR
CUALQUIER PREGUNTA, ESCRIBA SE NEGÓ.] en la vivienda del padre
o de la madre/familiares [durante una semana típica]?

1. SÍ, TODOS ESTÁN LICENCIADOS
2. COMBINACIÓN DE LICENCIADOS Y NO LICENCIADOS
3. NINGUNO ESTÁ LICENCIADO

CG5

En los últimos 12 meses, ¿hubo un momento en que usted no pudo hallar
atención infantil para {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} por una semana o más
cuando lo necesitó?

1. YES
2. NO

CG6

¿Cuál es el motivo principal por el que no pudo encontrar quien
cuidara a {} esa vez?

[IF NEEDED, SAY: "El motivo principal es la razón más importante."]

1. COULDN'T AFFORD ANY CHILD CARE
2. COULDN'T FIND A PROVIDER WITH A SPACE
3. THE HOURS AND LOCATION DIDN'T FIT MY NEEDS
4. COULDN'T AFFORD THE QUALITY OF CHILDCARE I WANTED
5. COULDN'T FIND THE QUALITY OF CHILDCARE I WANTED
91. OTHER REASON

CG14

En una semana normal, ¿cuántos días, ya sea usted o cualquier otro miembro de la familia, le leyó cuentos o miró libros con dibujos junto con {}?

1. EVERY DAY
2. 3-6 DAYS
3. 1-2 DAYS
4. NEVER

CF15

[En una semana normal, ¿cuántos días, usted o cualquier otro miembro de la familia,]

...tocó música o cantó canciones con {}?

1. EVERY DAY
2. 3-6 DAYS
3. 1-2 DAYS
4. NEVER

CG16

[En una semana normal, ¿cuántos días, usted o cualquier otro miembro de la familia,]

...llevó a {} a alguna parte, como por ejemplo, a una plaza, a la tienda, al parque de juegos o a un lugar religioso?

1. EVERY DAY
2. 3-6 DAYS
3. 1-2 DAYS
4. NEVER

CG17INTR

Las siguientes preguntas tratan sobre preocupaciones que usted podría tener acerca de su niño. Para cada una, dígame si a usted esto le preocupa mucho, un poco o nada.

[PRESS ENTER TO CONTINUE]

CG17

La manera en que su niño suena al hablar.
¿Le preocupa esto...

1. Mucho,
2. Un poco, o
3. Nada?

CG17A

La manera en que su niño habla y hace palabras?
¿Le preocupa esto...

1. Mucho,
2. Un poco, o
3. Nada?

CG18

¿Qué tan bien entiende su niño lo que usted dice?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG19

La manera en que su niño usa las manos y los dedos para hacer cosas?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG20

¿Qué tan bien su niño usa los brazos y las piernas?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG21

¿Qué tan bien su niño puede ver u oír?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG22

La manera en que se lleva su niño con otros?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG23

Los sentimientos y estados de ánimo de su niño.

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG24 ¿ La manera en que se comporta su niño?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG25 La manera en que su niño está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo.

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG26 Si acaso su niño puede hacer lo que otros niños de su edad pueden hacer

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG27

La manera en que su niño está aprendiendo en la pre-escuela o en la escuela?

1. A LOT
2. A LITTLE
3. NOT AT ALL

CG28INTR

Voy a leerle una lista de cosas que describen a los niños.

Para cada una, por favor dígame si no ha sido cierto, si ha sido cierto, o si definitivamente ha sido cierto en el caso de {} durante los últimos seis meses.

[PRESS ENTER TO CONTINUE]

CG28

Por lo general es obediente, y normalmente hace lo que le piden los adultos.

1. NOT TRUE
2. SOMEWHAT TRUE
3. CERTAINLY TRUE

CG29

Se preocupa de muchas cosas o siempre se le ve preocupado(a).

1. NOT TRUE
2. SOMEWHAT TRUE
3. CERTAINLY TRUE

CG30

A menudo está triste, deprimido(a) o con lágrimas en los ojos.

1. NOT TRUE
2. SOMEWHAT TRUE
3. CERTAINLY TRUE

CG31

Se lleva mejor con adultos que con otros niños.

1. NOT TRUE
2. SOMEWHAT TRUE
3. CERTAINLY TRUE

CG32

Tiene buena atención, se concentra en tareas o deberes escolares hasta que los termina.

1. NOT TRUE
2. SOMEWHAT TRUE
3. CERTAINLY TRUE

CG33INTR

Para cada una de las siguientes declaraciones, ¿diría que está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo?

[PRESS ENTER TO CONTINUE]

CG33

En su vecindario hay adultos a quienes los niños admiran o respetan.

[IF NEEDED, SAY: "¿Diría que está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo?"]

1. STRONGLY AGREE
2. AGREE
3. DISAGREE
4. STRONGLY DISAGREE

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CG34

Usted cuenta con adultos en su vecindario que cuidan a los niños, para asegurarse de que están a salvo y que no se metan en problemas.

Diría que está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

1. STRONGLY AGREE
2. AGREE
3. DISAGREE
4. STRONGLY DISAGREE

CG35

Los adultos en su vecindario saben cuáles son los niños que viven en el área.

1. STRONGLY AGREE
2. AGREE
3. DISAGREE
4. STRONGLY DISAGREE

CG36

Dígame con qué frecuencia usted y otras personas en su vecindario se visitan unos a otros.
¿Diría que frecuentemente, a veces, raramente o nunca?

1. OFTEN
2. SOMETIMES
3. RARELY
4. NEVER

SECTION G

CH1

Para poder estar seguro de que hemos incluido a los niños de todas las edades y grupos étnicos en California, ¿puedes decirme si s {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} de origen latino o hispano?

- 1. YES
- 2. NO

CH2

¿Y cuál es la descendencia o el origen latino o hispano de {}?
Por ejemplo, es de origen mexicano, salvadoreño, cubano, hondureño --y si {} es de más de uno, por favor dígame los todos.

[IF NEEDED, GIVE MORE EXAMPLES]

[CODE ALL THAT APPLY. CTRL-P TO EXIT.]

- 1. MEXICAN/
MEXICANO
- 2. MEXICAN AMERICAN
- 3. CHICANO
- 4. SALVADORIAN
- 5. GUATEMALAN
- 6. COSTA RICAN
- 7. HONDURAN
- 8. NICARAGUAN
- 9. PANAMANIAN
- 10. PUERTO RICAN
- 11. CUBAN
- 12. SPANISH-AMERICAN (FROM SPAIN)
- 91. OTHER LATINO
SPECIFY:

CH3

Además, por favor dígame cuál o cuáles de los siguientes términos usaría usted para describir a {}: nativo de Hawai, de otra isla del Pacífico, indígena americano, nativo de Alaska, asiático, negro, afroamericano o blanco?

[IF R GIVES ANOTHER RESPONSE YOU MUST SPECIFY WHAT IT IS]

[CODE ALL THAT APPLY. CTRL-P TO EXIT.]

- 1. WHITE
- 2. BLACK OR AFRICAN AMERICAN
- 3. ASIAN
- 4. AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE
- 5. OTHER PACIFIC ISLANDER
- 6. NATIVE HAWAIIAN
- 91. OTHER
SPECIFY:

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH4

Usted dijo indígena americano o nativo de Alaska, ¿ De qué tribu desciende {}?
Si {} es de más de una tribu, por favor dígamelas todas.

[CODE ALL THAT APPLY. CTRL-P TO EXIT.]

1. APACHE
2. BLACKFEET
3. CHEROKEE
4. CHOCTAW
5. MEXICAN AMERICAN INDIAN
6. NAVAJO
7. POMO
8. PUEBLO
9. SIOUX
10. YAQUI
91. OTHER TRIBE [ASK FOR SPELLING]
SPECIFY:

CH5

¿Es {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} un miembro matriculado de una tribu federal o estatalmente reconocida?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH6

¿En qué tribu está inscrito(a) {}? ()

APACHE

MESCALERO APACHE, NM..... 1
 APACHE (NOT SPECIFIED)..... 2
 OTHER APACHE [Ask for spelling] (SPECIFY): 3

BLACKFEET/BLACKFOOT

BLACKFEET/BLACKFOOT..... 4

CHEROKEE

WESTERN CHEROKEE 5
 CHEROKEE (NOT SPECIFIED)..... 6
 OTHER CHEROKEE [Ask for spelling] (SPECIFY) 7

CHOCTAW

CHOCTAW OKLAHOMA 8
 CHOCTAW (NOT SPECIFIED) 9
 OTHER CHOCTAW [Ask for spelling] (SPECIFY):..... 10

NAVAJO

NAVAJO (NOT SPECIFIED) 11

POMO

HOPLAND BAND, HOPLAND RANCHERIA..... 12
 SHERWOOD VALLEY RANCHERIA..... 13
 POMO (NOT SPECIFIED) 14
 OTHER POMO [Ask for spelling] (SPECIFY): 15

PUEBLO

HOPI 16
 YSLETA DEL SUR PUEBLO OF TEXAS..... 17
 PUEBLO (NOT SPECIFIED)..... 18
 OTHER PUEBLO [Ask for spelling] (SPECIFY):..... 19

SIOUX

OGLALA/PINE RIDGE SIOUX 20
 SIOUX (NOT SPECIFIED) 21
 OTHER SIOUX [Ask for spelling] (SPECIFY):..... 22

YAQUI

PASCUA YAQUI TRIBE OF ARIZONA..... 23
 YAQUI (NOT SPECIFIED) 24
 OTHER YAQUI [Ask for spelling] (SPECIFY):..... 25

OTHER

CH6OS

OTHER [Ask for spelling] (SPECIFY): 91
 REFUSED-7
 DON'T KNOW-8

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH6A

¿Recibe {CHILD NAME/EDAD/SEXO DEL NIÑO} algunos servicios de atención de salud por conducto del Servicio Indio de Salud, un Programa de Salud Tribal o una clínica India Urbana?

- 1. YES
- 2. NO

CH7

Usted dijo asiático y ¿a qué grupo étnico específico es al que pertenece tal como chino, filipino, vietnamita? Si el niño tiene más de un origen, ¿dígame cuáles son todos?

[CODIFIQUE TODO LO QUE PROCEDE. CTRL-P PARA SALIR.]

- 1. BANGLADESHI
 - 2. BURMÉS
 - 3. CAMBOYANO
 - 4. CHINO
 - 5. FILIPINO
 - 6. HMONG
 - 7. INDIO DE LA INDIA
 - 8. INDONESIO
 - 9. JAPONÉS
 - 10. COREANO
 - 11. LAOSIANO
 - 12. MALASIO
 - 13. PAKISTANÍ
 - 14. SRI LANQUÉS
 - 15. TAIWANÉS
 - 16. THAILANDÉS
 - 17. VIETNAMITA
 - 91. OTRO ORIGEN ASIÁTICO
- ESPECIFIQUE: _____

CH7A

Usted dijo oriundo de las islas del Pacífico y a ¿qué grupo étnico específico pertenece, tal como samoano, tongano o guamaniano? Si pertenece a más de uno, ¿dígame cuáles son todos ellos?

[CODIFIQUE TODAS LAS RESPUESTA PROCEDENTES. CTRL-P PARA SALIR.]

- 1. SAMOANO/SAMOANO AMERICANO
 - 2. GUAMANIANO
 - 3. TONGANO
 - 4. FIJIANO
 - 91. OTRA ISLA DEL PACÍFICO
- ESPECIFIQUE: _____

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH8

¿En qué país nació {}?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. UNITED STATES | 15. ITALY |
| 2. AMERICAN SAMOA | 16. JAPAN |
| 3. CANADA | 17. KOREA |
| 4. CHINA | 18. MEXICO |
| 5. EL SALVADOR | 19. PHILIPPINES |
| 6. ENGLAND | 20. POLAND |
| 7. FRANCE | 21. PORTUGAL |
| 8. GERMANY | 22. RUSSIA |
| 9. GUAM | 23. TAIWAN |
| 10. GUATEMALA | 24. VIETNAM |
| 11. HUNGARY | 25. VIRGIN ISLANDS |
| 12. INDIA | |
| 13. IRAN | 91. OTHER |
| 14. IRELAND | SPECIFY: |

CH8A

¿Es {} {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} ciudadano de los Estados Unidos?

1. YES
2. NO

CH9

¿Es {} {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} un residente permanente con tarjeta verde?

1. YES
2. SOLICITUD PENDIENTE
3. NO

CH10

¿Cuántos años aproximadamente ha vivido {} {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO} en los Estados Unidos?

[NOTA: POR MENOS DE UN AÑO, PONER 1 AÑO]

1. NUMERO DE AÑOS ()
2. PRIMER AÑO EN QUE VINO A VIVIR EN LOS ESTADOS UNIDOS
_____ |

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH11X

¿En qué país nació la madre de {}?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. UNITED STATES | 15. ITALY |
| 2. AMERICAN SAMOA | 16. JAPAN |
| 3. CANADA | 17. KOREA |
| 4. CHINA | 18. MEXICO |
| 5. EL SALVADOR | 19. PHILIPPINES |
| 6. ENGLAND | 20. POLAND |
| 7. FRANCE | 21. PORTUGAL |
| 8. GERMANY | 22. RUSSIA |
| 9. GUAM | 23. TAIWAN |
| 10. GUATEMALA | 24. VIETNAM |
| 11. HUNGARY | 25. VIRGIN ISLANDS |
| 12. INDIA | |
| 13. IRAN | 91. OTHER |
| 14. IRELAND | SPECIFY: |

CH11

¿En qué país nació usted?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. UNITED STATES | 15. ITALY |
| 2. AMERICAN SAMOA | 16. JAPAN |
| 3. CANADA | 17. KOREA |
| 4. CHINA | 18. MEXICO |
| 5. EL SALVADOR | 19. PHILIPPINES |
| 6. ENGLAND | 20. POLAND |
| 7. FRANCE | 21. PORTUGAL |
| 8. GERMANY | 22. RUSSIA |
| 9. GUAM | 23. TAIWAN |
| 10. GUATEMALA | 24. VIETNAM |
| 11. HUNGARY | 25. VIRGIN ISLANDS |
| 12. INDIA | |
| 13. IRAN | 91. OTHER |
| 14. IRELAND | SPECIFY: |

CH11A

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?

1. YES
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH12

¿Es usted residente permanente con tarjeta verde?

1. YES
2. SOLICITUD PENDIENTE
3. NO

CH13

¿Cuántos años aproximadamente ha vivido usted en los Estados Unidos?

[NOTA: PARA MENOS DE UN AÑO, ESCRIBIR UN AÑO]

1. NÚMERO DE AÑOS ()
2. AÑO EN QUE LLEGÓ INICIALMENTE Y VIVIÓ EN LOS ESTADOS UNIDOS

CH14X

¿En qué país nació el padre de {}?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. UNITED STATES | 15. ITALY |
| 2. AMERICAN SAMOA | 16. JAPAN |
| 3. CANADA | 17. KOREA |
| 4. CHINA | 18. MEXICO |
| 5. EL SALVADOR | 19. PHILIPPINES |
| 6. ENGLAND | 20. POLAND |
| 7. FRANCE | 21. PORTUGAL |
| 8. GERMANY | 22. RUSSIA |
| 9. GUAM | 23. TAIWAN |
| 10. GUATEMALA | 24. VIETNAM |
| 11. HUNGARY | 25. VIRGIN ISLANDS |
| 12. INDIA | |
| 13. IRAN | 91. OTHER |
| 14. IRELAND | SPECIFY: |

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH14

¿En qué país nació usted?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. UNITED STATES | 15. ITALY |
| 2. AMERICAN SAMOA | 16. JAPAN |
| 3. CANADA | 17. KOREA |
| 4. CHINA | 18. MEXICO |
| 5. EL SALVADOR | 19. PHILIPPINES |
| 6. ENGLAND | 20. POLAND |
| 7. FRANCE | 21. PORTUGAL |
| 8. GERMANY | 22. RUSSIA |
| 9. GUAM | 23. TAIWAN |
| 10. GUATEMALA | 24. VIETNAM |
| 11. HUNGARY | 25. VIRGIN ISLANDS |
| 12. INDIA | |
| 13. IRAN | 91. OTHER |
| 14. IRELAND | SPECIFY: |

CH14A

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?

1. YES
2. NO

CH15

¿Es el padre de {él/o de ella} residente permanente con tarjeta verde? |

1. YES
2. SOLICITUD PENDIENTE
3. NO

CH16

¿Cuántos años aproximadamente ha vivido usted en los Estados Unidos?

[NOTA: PARA MENOS DE UN AÑO, ESCRIBIR 1 AÑO]

1. NÚMERO DE AÑOS ()
2. AÑO EN QUE LLEGÓ INICIALMENTE Y VIVIÓ EN LOS ESTADOS UNIDOS

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH16X

¿Cuántos años ha vivido el padre de {él/o de ella} en los Estados Unidos?

[NOTA: PARA MENOS DE UN AÑO, ESCRIBIR 1 AÑO]

1. NÚMERO DE AÑOS ()
2. AÑO EN QUE LLEGÓ INICIALMENTE Y VIVIÓ EN LOS ESTADOS UNIDOS

CH17

{ En general, ¿qué idiomas se hablan en el hogar de (NOMBRE)?

[CODIFIQUE TODO LO QUE SEA PROCEDENTE. CTRL-P PARA SALIR.] [INDAGUE:
"Cualquier otro idioma?"]

1. INGLÉS
 2. ESPAÑOL
 3. CANTONÉS
 4. VIETNAMITA
 5. TAGALOG
 6. MANDARÍN
 7. COREANO
 8. IDIOMAS DE LAS INDIAS ASIÁTICAS
 9. RUSO
 91. OTRO 1
- ESPECIFIQUE:

92. OTRO2
- ESPECIFIQUE:

CH18

¿Diría usted que habla inglés?

[SI LA ENTREVISTA SE CELEBRÓ EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS, DIGA
muy bien, bien, no bien, o no en absoluto

[SI LA ENTREVISTA SE REALIZÓ EN INGLÉS, DIGA
muy bien, bien, o no bien

1. MUY BIEN
2. BIEN
3. NO BIEN
4. NO EN ABSOLUTO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH22

¿Cuál es el nivel de educación más alto que usted ha completado y por el cual ha recibido una calificación?

- | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|
| GRADE SCHOOL | 4-YEAR COLLEGE | 2-YEAR JUNIOR OR |
| 1. 1ST GRADE | OR UNIVERSITY | COMMUNITY COLLEGE |
| 2. 2ND GRADE | 13. 1ST YEAR (FRESHMAN) | 22. 1ST YEAR |
| 3. 3RD GRADE | 14. 2ND YEAR (SOPHOMORE) | 23. 2ND YEAR (AA/AS) |
| 4. 4TH GRADE | 15. 3RD YEAR (JUNIOR) | |
| 5. 5TH GRADE | 16. 4TH YEAR (SENIOR)(BA/BS) | VOCATIONAL,BUSINESS |
| 6. 6TH GRADE | 17. 5TH YEAR | OR TRADE SCHOOL |
| 7. 7TH GRADE | | 24. 1ST YEAR |
| 8. 8TH GRADE | GRADUATE | 25. 2ND YEAR |
| | OR PROFESSIONAL SCHOOL | 26. MORE THAN 2 YEARS |
| HIGH SCHOOL | 18. 1ST YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| OR EQUIVALENT | 19. 2ND YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| 9. 9TH GRADE | 20. 3RD YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| 10. 10TH GRADE | 21. MORE THAN 3 YEARS GRAD OR | |
| 11. 11TH GRADE | PROF SCHOOL (Ph.D.) | |
| 12. 12TH GRADE | 30. NO FORMAL EDUCATION | |

CH24

Además de usted, ¿hay otro adulto que viva en esta vivienda que también es responsable de {NOMBRE/EDAD/SEXO DEL NIÑO }?

1. YES |
2. NO

CHIS 2003 CHILD SURVEY SPANISH

CH25

¿Cuál es la relación de ese adulto con el niño? |

- 1. MADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVA/POLÍTICA/DE HOGAR DE ADOPCIÓN) |
- 2. PADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVO/POLÍTICO/DE HOGAR DE ADOPCIÓN) |
- 3. HERMANA (INCLUIDA POLÍTICA/ADOPTADA/DE HOGAR DE ADOPCIÓN) |
- 4. HERMANO (INCLUIDO POLÍTICO/ADOPTADO/ DE HOGAR DE ADOPCIÓN) |
- 5. ABUELA |
- 6. ABUELO |
- 7. TÍA |
- 8. TÍO |
- 9. PRIMO |
- 10. OTRO FAMILIAR |
- 11. NO FAMILIAR

CH26

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ese adulto ha completado o por el cual ha recibido una calificación?

- | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|
| GRADE SCHOOL | 4-YEAR COLLEGE | 2-YEAR JUNIOR OR |
| | OR UNIVERSITY | COMMUNITY COLLEGE |
| 1. 1ST GRADE | 13. 1ST YEAR (FRESHMAN) | 22. 1ST YEAR |
| 2. 2ND GRADE | 14. 2ND YEAR (SOPHOMORE) | 23. 2ND YEAR (AA/AS) |
| 3. 3RD GRADE | 15. 3RD YEAR (JUNIOR) | |
| 4. 4TH GRADE | 16. 4TH YEAR (SENIOR)(BA/BS) | VOCATIONAL,BUSINESS |
| 5. 5TH GRADE | 17. 5TH YEAR | OR TRADE SCHOOL |
| 6. 6TH GRADE | | 24. 1ST YEAR |
| 7. 7TH GRADE | | 25. 2ND YEAR |
| 8. 8TH GRADE | GRADUATE | 26. MORE THAN 2 YEARS |
| | OR PROFESSIONAL SCHOOL | |
| HIGH SCHOOL | 18. 1ST YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| OR EQUIVALENT | 19. 2ND YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| 9. 9TH GRADE | 20. 3RD YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| 10. 10TH GRADE | 21. MORE THAN 3 YEARS GRAD OR | |
| 11. 11TH GRADE | PROF SCHOOL (Ph.D.) | |
| 12. 12TH GRADE | 30. NO FORMAL EDUCATION | |

CH30

¿Está actualmente asistiendo a la escuela?

()

- 1. YES
- 2. NO

CH29

Finalmente, ¿cuál es el nivel de educación más alto que ese adulto ha completado o por el cual ha recibido una calificación?

()

- | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|
| GRADE SCHOOL | 4-YEAR COLLEGE | 2-YEAR JUNIOR OR |
| 1. 1ST GRADE | OR UNIVERSITY | COMMUNITY COLLEGE |
| 2. 2ND GRADE | 13. 1ST YEAR (FRESHMAN) | 22. 1ST YEAR |
| 3. 3RD GRADE | 14. 2ND YEAR (SOPHOMORE) | 23. 2ND YEAR (AA/AS) |
| 4. 4TH GRADE | 15. 3RD YEAR (JUNIOR) | |
| 5. 5TH GRADE | 16. 4TH YEAR (SENIOR)(BA/BS) | VOCATIONAL,BUSINESS |
| 6. 6TH GRADE | 17. 5TH YEAR | OR TRADE SCHOOL |
| 7. 7TH GRADE | 24. 1ST YEAR | |
| 8. 8TH GRADE | GRADUATE | 25. 2ND YEAR |
| | OR PROFESSIONAL SCHOOL | 26. MORE THAN 2 YEARS |
| HIGH SCHOOL | 18. 1ST YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| OR EQUIVALENT | 19. 2ND YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| 9. 9TH GRADE | 20. 3RD YEAR GRAD OR PROF SCHOOL | |
| 10. 10TH GRADE | 21. MORE THAN 3 YEARS GRAD OR | |
| 11. 11TH GRADE | PROF SCHOOL (Ph.D.) | |
| 12. 12TH GRADE | 30. NO FORMAL EDUCATION | |