ENCUESTA de las experiencias de las familias con la coordinación de la atención de salud

VERSIÓN DE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA

| **LABEL** | **VALUE** | **TEXT** | **INSTRUCTIONS** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | El proveedor principal de su hijo es el médico, el asistente del médico, la enfermera u otro proveedor de atención médica que tiene la mayor información sobre la salud de su hijo y que está a cargo de la atención general de este. |  |
| 1A. | TEXTO ABIERTO  (100 CARACTERES) | ¿Cuál es el nombre del proveedor principal de su hijo? |  |
| 1B. | VACÍO | Las preguntas en esta encuesta se referirán a [FILL 1A.] como “el proveedor principal de su hijo”. Piense en esa persona mientras contesta las preguntas. |  |
| 2-INTRODUCCIÓN | VACÍO | La primera serie de preguntas es acerca de las personas que lo ayudan a manejar la atención, los tratamientos y servicios para su hijo. |  |
| 2. | 0=NO (VAYA A 17-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ (VAYA A 3A)  8 = NO SABE (VAYA A 3A)  9 = SE NEGÓ A RESPONDER (VAYA A 3A) | En los últimos 12 meses, ¿visitó su hijo más de un consultorio médico o usó más de un tipo de servicios de atención médica, como fisioterapia, terapia del habla o servicio comunitario, como por ejemplo atención médica domiciliaria o servicios de transporte?  SI ES NECESARIO: Otros ejemplos de servicio comunitario son los siguientes: programas de intervención temprana, atención de relevo y servicios de apoyo para padres o cuidadores. |  |
| 3A. | 0=NO (VAYA A 3B)  1=SÍ (VAYA A 4)  8 = NO SABE (VAYA A 3B)  9 = SE NEGÓ A RESPONDER (VAYA A 3B) | ¿Alguien del consultorio del proveedor principal lo ayudó a manejar la atención o el tratamiento de su hijo de diferentes médicos o proveedores de atención? |  |
| 3B. | 0=NO (VAYA A N.° 17-Introducción)  1=SÍ (VAYA A 3C)  8 = NO SABE (VAYA A 17 INTRODUCCIÓN)  9 = SE NEGÓ A RESPONDER (VAYA A 17 INTRODUCCIÓN) | ¿Alguien fuera del consultorio de [1A] lo ayudó a manejar la atención o el tratamiento de su hijo de diferentes médicos o proveedores de atención? |  |
| 3C. | 1. Otro proveedor de un consultorio o de una clínica diferente 2. Un coordinador de atención que no forma parte del personal del consultorio de [COMPLETAR CON 1A] 3. Un trabajador social que no forma parte del personal del consultorio de [1A] 4. Un administrador de atención o de casos que no forma parte del personal del consultorio de [1A] 5. Alguien más que no forma parte del personal del consultorio de [1A] | ¿Quién lo ayudó? Si lo ayudó más de una persona,  queremos saber cual es la persona que lo ayudó con más frecuencia en los últimos 12 meses. | TODOS VAYAN A 5A |
| 4. | 1. El proveedor principal de su hijo  2. Otro médico o enfermera del consultorio del proveedor principal  3. Un empleado o recepcionista del consultorio del proveedor principal  4. Un coordinador de atención del consultorio del proveedor principal  5. Un trabajador social del consultorio del proveedor principal  6. Un administrador de atención o de casos del consultorio del proveedor principal  7. Alguien más del consultorio del proveedor principal  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Quién del consultorio del proveedor principal lo ayudó? Si lo ayudó más de una persona, queremos conocer a la persona que lo ayudó con más frecuencia en los últimos 12 meses. |  |
| 5a. | 1 = Sí, definitivamente  2 = Sí, en parte  3 = No  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿la persona que lo ayudó con la administración de la atención de su hijo conocía la información importante sobre las necesidades de salud y atención de su hijo? Diría que: |  |
| 5b. | 1 = Sí, definitivamente  2 = Sí, en parte  3 = No  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿la persona que lo ayudó con la administración de la atención de su hijo parecía informada y actualizada sobre la atención que su hijo obtuvo de otros proveedores? Diría que: |  |
| 5c. | 1 = Sí, definitivamente  2 = Sí, en parte  3 = No  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿la persona que lo ayudó con la administración de la atención de su hijo apoyó sus decisiones sobre lo que es mejor para la salud y el tratamiento de su hijo? |  |
| 5d | 1 = Sí, definitivamente  2 = Sí, en parte  3 = No  4 = N/A, mi hijo no ha necesitado visitar otros proveedores  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿la persona que lo asistió con la administración de la atención de su hijo lo ayudó a obtener las citas para visitar a otros proveedores? |  |
| 5e | 1 = Sí, definitivamente  2 = Sí, en parte  3 = No  4 = N/A, mi hijo no ha necesitado ningún tipo de equipo medico especial.  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿la persona que lo asistió con la administración de la atención de su hijo lo ayudó a obtener equipos médicos especiales que su hijo necesitaba, como una cama especial, silla de ruedas o suministros para alimentación por sonda? |  |
| 6. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿supo cómo comunicarse con la persona que lo ayudó con la administración de la atención de su hijo cuando necesitó ayuda o tuvo alguna pregunta? |  |
| 7. | 0=NO (VAYA A 11)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 3 meses, ¿se comunicó con usted esta persona antes de que usted se comunicara con ellos? |  |
| 8. | ELIJA TODAS LAS OPCIONES  1. Durante una visita al consultorio del proveedor principal  2. Por teléfono  3. Por correo electrónico  4. Por correo  5. Por otro medio  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Cómo se comunicó con usted? Cuénteme todas las maneras en que fue contactado. Fueron: |  |
| 9. | 1. Nunca  2. A veces  3. Generalmente  4. Siempre  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 3 meses, cuando la persona que lo ayudó a manejar la atención de su hijo se comunicó con usted, ¿con qué frecuencia le preguntó si tenía alguna duda acerca de la salud o el tratamiento de su hijo? |  |
| 10. | 1. Nunca  2. A veces  3. Generalmente  4. Siempre  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 3 meses, cuando la persona que lo ayudó a manejar la atención de su hijo se comunicó con usted, ¿con qué frecuencia le preguntó si la salud de su hijo tuvo algún tipo de cambio? |  |
| 11. | 1. Nunca  2. A veces  3. Generalmente  4. Siempre  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En general, ¿con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba para cuando la atención o el tratamiento de su hijo de diferentes médicos o proveedores de atención en los últimos 12 meses? |  |
| 12. | 1. Muy satisfecho  2. Algo satisfecho  3. Algo insatisfecho  4. Muy insatisfecho | En general, ¿qué tan satisfecho o insatisfecho estuvo con la ayuda que recibió en la administración de la atención o el tratamiento de su hijo en los últimos 12 meses? |  |
| 13-INTRODUCCIÓN |  | Las próximas preguntas son sobre sus experiencias relacionadas con la atención que prestan los especialistas a su hijo. |  |
| 13. | 0=NO (VAYA A 15-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, médicos de salud mental y otros profesionales que se especializan en un área de la atención médica. Durante los últimos 12 meses, ¿el proveedor principal le dijo que su hijo debía ver a un especialista? |  |
| 14. | 1. Nunca  2. A veces  3. Generalmente  4. Siempre  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Se comunicó con usted la persona que lo ayudó con la administración de la atención de su hijo para asegurarse de que su hijo tenga una cita para consultar un especialista? |  |
| 15-INTRODUCCIÓN |  | Las próximas preguntas son sobre sus experiencias con la obtención de servicios comunitarios para usted o su hijo. |  |
| 15. | 0=NO (VAYA A 17-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Los servicios comunitarios son servicios que lo ayudan a usted y a su hijo a mantener su salud y bienestar y que pueden ser indicados o no por uno de los médicos del niño. Esto puede incluir servicios como atención médica domiciliaria, programas de intervención temprana, atención de relevo, ayuda con el transporte y apoyo para padres o cuidadores. En los últimos 12 meses, ¿usted o su hijo necesitaron o utilizaron servicios comunitarios? |  |
| 16. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿La persona que lo asistió con la administración de la atención de su hijo lo ayudó a obtener los servicios comunitarios que usted o su hijo necesitaron? |  |
| 17-Introducción |  | La siguiente serie de preguntas hará referencia a las diferentes maneras en que usted puede obtener información sobre la atención que recibe su hijo. Estamos interesados en los resúmenes que quizás haya recibido después de visitar el consultorio del proveedor principal o después de que su hijo ingresara al hospital. |  |
| 17. | 0=NO (VAYA A 21)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Un resumen de visitas escrito describe lo que sucedió durante la visita de su hijo al proveedor de atención médica. Un resumen de visitas escrito puede estar disponible en papel, en un sitio web, a través de una aplicación o por correo electrónico.  En los últimos 12 meses, ¿alguien del consultorio del proveedor principal le dio un resumen de visitas escrito después de las visitas de su hijo? |  |
| 18a. 18a. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron una lista de los problemas de salud de su hijo en el momento de la visita? |  |
| 18b. 18b. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron una lista actualizada de todos los medicamentos recetados que toma su hijo? |  |
| 18c. 18c. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron una lista actualizada de todos los medicamentos de venta libre que toma su hijo? |  |
| 18d. 18d. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron una lista de las alergias de su hijo? |  |
| 18e. 18e. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron los nombres de médicos especialistas que ayudaron con la atención de su hijo? |  |
| 18f. 18f. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron el plan para la atención médica de seguimiento para su hijo después de la visita? |  |
| 18g. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Con qué frecuencia los resúmenes de visitas escritos que obtuvo del consultorio del proveedor principal incluyeron lo que se debía hacer si su hijo tiene un problema después de la visita? |  |
| 19. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le resultó fácil de comprender el resumen de visitas escrito que obtuvo del consultorio del proveedor principal? |  |
| 20. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le resultó útil para usted y su familia el resumen de visitas escrito que obtuvo del consultorio del proveedor principal? |  |
| 21. | 0=NO (VAYA A 26-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Tuvo su hijo que permanecer en el hospital de un día para el otro en los últimos 12 meses? |  |
| 22. | 0=NO (VAYA A 25)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Un resumen de visitas escrito describe todo lo que sucedió durante la hospitalización de su hijo. Un resumen de la hospitalización escrito puede estar disponible en papel, en un sitio web, a través de una aplicación o por correo electrónico.  La última vez que su hijo estuvo en el hospital, ¿le dio el médico de su hijo, la enfermera u otro miembro del personal del hospital un resumen escrito de la hospitalización el día que salió del hospital? |  |
| 23a. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó una lista de los problemas de salud que tuvo su hijo cuando salió del hospital? |  |
| 23b. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó una lista de todos los medicamentos recetados que su hijo tomaba cuando salió del hospital? |  |
| 23c. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó una lista de todos los medicamentos de venta libre que su hijo tomaba cuando salió del hospital? |  |
| 23d. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó una lista de las alergias de su hijo? |  |
| 23e. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó los nombres de todos los médicos especialistas que ayudaron con la atención de su hijo durante su estadía hospitalaria? |  |
| 23f. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó cuál era la atención médica de seguimiento planificada para su hijo después de la estadía hospitalaria? |  |
| 23g. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El resumen de la hospitalización escrito incluyó información de la persona a quién debía llamar si su hijo tenía algún problema después de la estadía hospitalaria? |  |
| 24. | * 1. Sí, definitivamente * 2. Sí, en parte * 3. No   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿La información del resumen de la hospitalización escrito fue fácil de comprender? |  |
| 25. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Las rondas del hospital son las visitas diarias que realiza el equipo de atención médica para controlar cómo están los pacientes, cómo funciona el tratamiento y cómo será el plan del día. Las enfermeras, los médicos, los estudiantes de medicina y otros proveedores de atención médica pueden unirse a las rondas del hospital para analizar el plan del día de cada paciente. La última vez que su hijo estuvo en el hospital, ¿Alguno de los médicos o enfermeras le invitaron a participar en las rondas del hospital? |  |
| 26-Introducción |  | Además de la información que pueda obtener después de una visita u hospitalización, algunos proveedores facilitan la información a través de un sitio web o una aplicación. Nos interesan sus experiencias relacionadas con esta manera de obtener información sobre la salud y la atención médica de su hijo. |  |
| 26. | 0=No (VAYA A 29-INTRODUCCIÓN)  1=Sí  2= O no está seguro de que el consultorio del proveedor principal tenga un sitio web o aplicación? (VAYA A 29-INTRODUCCIÓN)  9 = SE NEGÓ A RESPONDER   * *Sí* * *No 🡪 Si la respuesta es no, pase a N.° 29 Introducción* * *O si, ¿no está seguro de que el consultorio del proveedor principal tenga un sitio web o aplicación? 🡪 Si no está seguro, pase a N.° 29 Introducción* | En los últimos 12 meses, ¿tuvo el personal del consultorio del proveedor principal un sitio web o una aplicación que pudiera usar entre las visitas a fin de buscar información sobre las visitas y la atención médica de su hijo? Diría que: |  |
| 27. | * 0=No * 1=Sí * 2=O su hijo no recibió ninguna inyección ni vacuna en los últimos 12 meses.   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿tuvo el sitio web o la aplicación del proveedor principal una lista de las inyecciones o vacunas que su hijo recibió? Diría que: |  |
| 28. | * 0=No * 1=Sí * 2=O, ¿su hijo no tomó ningún medicamento en los últimos 12 meses?   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿tuvo el sitio web o la aplicación del proveedor principal una lista de los medicamentos de su hijo? Diría que: |  |
| 29-Introducción |  | La siguiente serie de preguntas hará referencia a tres tipos diferentes de planes de atención escritos que el proveedor principal pueda haber diseñado para su hijo: planes de atención compartida, planes de atención de emergencia y planes de atención de transición. Nos interesan sus experiencias, si las tuviera, con respecto a estos diferentes tipos de planes. |  |
| 29. | 0=NO (VAYA A 32-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Un plan de atención compartida es un documento escrito que contiene información sobre los problemas de salud activos de su hijo, los medicamentos que toma, las consideraciones especiales que las personas que lo cuidan deben conocer, las metas relacionadas con la salud, el crecimiento y el desarrollo de su hijo y los pasos que deben seguirse para alcanzar dichas metas.  ¿El proveedor principal creó un plan de atención compartida para su hijo? |  |
| 30. | 0=NO (VAYA A 32-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Tiene una copia del plan de atención compartida de su hijo? |  |
| 31. | * 0= No * 1= Sí * 2= O bien, ¿no hay metas escritas en el plan de atención compartida de su hijo?   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿habló con usted el proveedor principal o alguien del consultorio del proveedor principal sobre la evolución de su hijo hacia las metas escritas en su plan de atención compartida? Diría que: |  |
| 32-Introducción |  | Un plan de atención de emergencia es un documento escrito que contiene información importante sobre la salud, el tratamiento y los medicamentos de su hijo. También incluye consideraciones especiales que las personas que cuidan a su hijo deben conocer; por ejemplo, la manera en que su hijo le comunica su dolor o cómo debe hablar con su hijo si este no puede escuchar o hablar. Con frecuencia, las familias llevan el plan de atención de emergencia cuando trasladan a un niño a una sala de emergencias o a una clínica de atención de urgencia. |  |
| 32. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El proveedor principal creó un plan de atención de emergencia para su hijo? |  |
| 33-INTRODUCCIÓN |  | Si su hijo tiene al menos 15 años, nos interesan sus experiencias relacionadas con la preparación de planes para la atención de su hijo cuando se convierta en un adulto. A veces, esto se denomina plan de transición. |  |
| 33. | 0=NO (VAYA A 35-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Tiene su hijo 15 años o más? |  |
| 34. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿El proveedor principal creó un plan de transición escrito que resume cómo cambiará la atención de su hijo y de que manera permanecería igual cuando su hijo se convierta en un adulto? |  |
| 35-Introducción |  | La siguiente serie de preguntas hará referencia a las experiencias de su hijo en la escuela. |  |
| 35. | 0=NO (VAYA A 38-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿asistió su hijo a la escuela? |  |
| 36. | 0=NO (VAYA A 38-INTRODUCCIÓN)  1=SÍ  8 = NO SABE   * 9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Debido a su problema de salud, ¿tuvo su hijo alguna dificultad en el aprendizaje, la comprensión o la atención en clase? |  |
| 37. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿se comunicó alguien del consultorio del proveedor principal con el personal de la escuela de su hijo para asegurarse de que entendieron de qué manera el problema de salud de su hijo afectó su capacidad para aprender, comprender o prestar atención en clase? |  |
| 38-Introducción |  | La última serie de preguntas se relaciona con usted y su hijo. Esta información nos ayudará a describir a los padres y a los hijos que participan en esta encuesta. |  |
| 38. | * + 1. Muy bien   + 2. Bien   + 3. No muy bien   + 4. Nada bien | ¿Qué tan bien habla inglés? |  |
| 39. | 0=NO (VAYA A 46)  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Habla otro idioma que no sea inglés en su casa? |  |
| 40. | * + 1. ESPAÑOL   + 2. OTRO IDIOMA   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Cuál es el idioma que se habla en el hogar? |  |
| 41. | * 1. INGLÉS (VAYA A N.° 46) * 2. OTRO IDIOMA   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Prefiere hablar con los médicos y proveedores de atención de su hijo en inglés o en otro idioma? |  |
| 42. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿los proveedores principales le hablaron en el idioma que prefiere? |  |
| 43. | 0=NO  1=SÍ  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | En los últimos 12 meses, ¿alguien del consultorio del proveedor principal le habló en el idioma que prefiere? |  |
| 44. | * 1. En ninguna visita (VAYA A N.° 46) * 2. En algunas visitas * 3. En la mayoría de las visitas * 4. En todas las visitas   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Un intérprete médico es un profesional que lo ayuda a hablar con los médicos u otros proveedores que no hablan su idioma. El intérprete puede hacer esto por teléfono o personalmente. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia necesitó un intérprete durante una visita al proveedor principal? |  |
| 45. | * 1. Nunca * 2. A veces * 3. Generalmente * 4. Siempre   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Cuando necesitó un intérprete profesional durante una visita a un proveedor principal, ¿con qué frecuencia estuvo disponible el intérprete? |  |
| 46. | * 1. SÍ, HISPANO O LATINO * 2. NO, NO ES DE ORIGEN HISPANO NI LATINO   8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Es su niño de origen o descendiente hispano o latino? |  |
| 47. | 1. Blanco  2. Negro o afroamericano  3. Asiático  4. Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  5. Indio americano o nativo de Alaska  6. Otro  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Cuál es la raza de su niño? Elija una o más opciones de esta lista: |  |
| 48. | 18 A 24  25 A 34  35 A 44  45 A 54  55 A 64  65 A 74  75 O MAYOR  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Cuál es su edad? |  |
| 49. | 1. HOMBRE  2. MUJER  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | Debo preguntar, ¿es usted hombre o mujer? |  |
| 50. | 1. SÍ, HISPANO O LATINO  2. NO, NO SOY DE ORIGEN HISPANO NI LATINO  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Es usted de origen o descendiente hispano o latino? |  |
| 51. | * 1. Blanco * 2. Negro o afroamericano * 3. Asiático * 4. Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico * 5. Indio americano o nativo de Alaska.   6. Otro  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Cuál es su raza? Elija una o más opciones de esta lista. |  |
| 52. | 1. 8.º año o inferior  2. Algunos años de secundaria, pero no se graduó  3. Graduado de la secundaria o diploma de Desarrollo educativo general (GED)  4. Algunos años de universidad o una carrera de 2 años  5. Graduado de una carrera universitaria de 4 años  6. Título de una carrera universitaria de más de 4 años  8 = NO SABE  9 = SE NEGÓ A RESPONDER | ¿Cuál es el grado o el nivel escolar más alto que usted completó? |  |
| GRACIAS | VACÍO | Este es el final de la encuesta. Muchas gracias por participar. ¿Tiene alguna pregunta para mí antes de que finalice la llamada? |  |