

# PROGRAMAS DE CUIDADO DE LA VIDA FAMILIAR DEL ADOLESCENTE

## CUESTIONARIO BÁSICO DE SEGUIMIENTO

### PRIVACIDAD

Queremos que sepas que:

1. Tus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a saber lo que las jóvenes de tu edad saben, piensan y hacen.
2. Tú puedes dejar de contestar cualquier pregunta que no quieras contestar. Pero esperamos que contestes la mayor cantidad de preguntas que puedas.
3. Tus respuestas se combinarán con las de otras adolescentes. Nosotros mantendremos tus respuestas en forma privada.

**POR FAVOR, ¡NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGUNA PARTE DE ESTA ENCUESTA!**

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información a menos que lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido OMB para la recopilación de esta información es 0990-0290. El tiempo promedio necesario para completar esta información es de 27 minutos, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, revisar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a:

U.S. Department of Health & Human Services; OS/OIRM/PRA;  
200 Independence Ave., S.W., Suite 531-H; Washington D.C. 20201  
Attention: PRA Reports Clearance Officer

To be completed by project staff:

1. Client ID:						
---------------	--	--	--	--	--	--

2. Site Number:						
-----------------	--	--	--	--	--	--

	M	M	D	D	Y	Y
3. Today's Date:						

4. Site Name: \_\_\_\_\_

Write the site name on page 3 for item #24, response options 9, 10, and 11.

	M	M	D	D	Y	Y
5. Baseline Survey Date						

	M	M	D	D	Y	Y
6. Most Recent Survey Date (Baseline or Follow Up)						

**If this respondent completed a baseline survey for pregnant teens:**

- Write the baseline survey date on page 2 above item #10.
- Cross out the line that states "These next questions refer to the child born MONTH/YEAR" that appears before item 14.
- Write the baseline Survey date on page 5, item #33.
- Cross out item #34 on page 5.

**If this respondent completed a parenting baseline survey:**

- Copy the date that the respondent's child was born from survey item #14 on the parenting baseline survey to the space above item #14 on this follow-up survey on page 2.
- Cross out the line that says, "These next questions are about the child you were pregnant with on MM/DD/YY."
- Cross out items #10 through #13.
- Write the baseline survey date on page 5, item #34
- Cross out item #33 on page 5.

**For all surveys:**

- Write the date of this respondent's most recently completed survey (either baseline or follow up) on page 5 for item #36.

After the survey has been completed and turned in, please complete page 8. You will need to make a copy of the immunization records provided by the adolescent. **Do not complete this section in front of the adolescent.**

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. Lee todas las respuestas posibles antes de marcar tu elección. Si ninguna de las respuestas te corresponde a ti exactamente, marca completamente el círculo de la respuesta que mejor te corresponda.
2. Usa un lápiz para completar la encuesta.
3. Marca completamente el círculo de la respuesta que hayas elegido.

### FORMA INCORRECTA



### FORMA CORRECTA



4. Si cometes un error, borra la respuesta con cuidado y luego marca el círculo que corresponde a la respuesta correcta que desees elegir.
5. No hagas marcas fuera del círculo.
6. **POR FAVOR LEE CADA PREGUNTA CON MUCHA ATENCIÓN.**

Sigue las instrucciones para contestar a cada tipo de pregunta. Estas instrucciones son:

### 1. Marca UNA RESPUESTA

¿De qué color son tus ojos?

#### Marca UNA RESPUESTA

- 1 Café o marrón
- 2 Azul
- 3 Verde
- 4 Otro color

Si tus ojos son de color verde, marcarías el tercer círculo como te mostramos en la ilustración.

### 2. Marca UNA RESPUESTA

¿De qué color es tu cabello?

#### Marca UNA RESPUESTA

- 1 Café o marrón
- 2 Negro
- 3 Rubio
- 4 Pelirrojo
- 5 De algún otro color (Describir)   Morado

Si tu cabello es de color morado, marcarías: "De algún otro color". Luego escribirías "morado" en el espacio en blanco.

## INSTRUCCIONES GENERALES *(continuación)*

### 3. CASILLERO EN BLANCO

Si una pregunta solamente tiene un casillero en blanco para la respuesta, escribe tu respuesta en el espacio que se proporciona.

¿Cómo se llama la escuela a la que asistes actualmente?

Springfield Middle School

### 4. Marca UNA O MÁS RESPUESTAS

¿Piensas hacer alguna de estas actividades la próxima semana?

**Marca una o más respuestas**

- 1 Rentar o alquilar un video
- 2 Ir a un partido de béisbol
- 3 Estudiar en la casa de un(a) amigo(a)

Si piensas rentar o alquilar un video e ir a un partido de béisbol, marca las dos opciones.

### 5. PREGUNTAS CON INSTRUCCIONES ESPECIALES

1. ¿Alguna vez comes chocolate?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Sí
- 0 No **(PASA A LA PREG. #3)**

Si contestaste "Sí", pasa a la pregunta 2. Después de contestar la pregunta 2, pasa a la pregunta 3.

2. ¿Siempre te cepillas los dientes después de comer chocolate?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Sí
- 0 No

Si contestaste que "No" a la pregunta 1, no contestes la pregunta 2. Luego pasa a la pregunta 3.

3. ¿Hiciste alguna de estas actividades la semana pasada?

**Marca una o más respuestas**

- 1 Ir al teatro
- 2 Ir al cine
- 3 Asistir a un evento deportivo

## SOBRE EL FUTURO

Piensa sobre el futuro para contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Qué tan importante es para ti que te gradúes de la escuela secundaria o "high school"? ¿O qué te gradúes de una escuela vocacional o técnica?

### Marca UNA RESPUESTA

- Nada importante  
 Algo importante  
 Muy importante  
 Sumamente importante  
 Ya me he graduado

Por favor, contesta la siguiente pregunta usando una escala del 1 al 5. 1 es "ningún deseo" y 5 es "mucho deseo".

2. ¿Qué tanto deseo tienes de obtener más educación o capacitación? Esto se puede referir a la universidad, una escuela vocacional o técnica, o una certificación de enfermería.

### Marca UNA RESPUESTA

- | Ningún deseo          |                       |                       |                       |                       | Mucho deseo           | No sé                 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

3. ¿Qué tan importante es para ti obtener capacitación para obtener el tipo de trabajo que quieres?

### Marca UNA RESPUESTA

- | Nada importante       |                       |                       |                       |                       | Muy importante        | No sé                 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

5. ¿Qué tan alejada te mantienes de las personas que te puedan meter en problemas?

### Marca UNA RESPUESTA

- Casi nunca  
 A veces  
 Con frecuencia  
 Casi siempre

Por favor marca qué tan ciertas sobre ti son las siguientes declaraciones.

6. Pienso que debo trabajar para obtener algo, si realmente lo deseo.

### Marca UNA RESPUESTA

- Nada cierta sobre mí  
 Un poco cierta sobre mí  
 Bastante cierta sobre mí  
 Muy cierta sobre mí  
 No sé

7. Yo tomo decisiones que me ayudan a alcanzar mis metas.

### Marca UNA RESPUESTA

- Nada cierta sobre mí  
 Un poco cierta sobre mí  
 Bastante cierta sobre mí  
 Muy cierta sobre mí  
 No sé

8. Algunas jóvenes sienten que no están listas para ser madres. Pienso que para estas mujeres la opción de dar a un hijo en adopción es una buena elección.

### Marca UNA RESPUESTA

- Nada cierta sobre mí  
 Un poco cierta sobre mí  
 Bastante cierta sobre mí  
 Muy cierta sobre mí  
 No sé

## LO QUE PIENSAS TÚ

4. Por favor marca qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con la siguiente declaración:

Es mejor que una persona se case a que pase la vida siendo soltero(a).

### Marca UNA RESPUESTA

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No sé

La siguiente pregunta es sobre tu madre o tu padre, o sobre la persona que es como una madre o un padre para ti.

9. ¿Con qué frecuencia le hablas a tu madre o a tu padre sobre tus problemas?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Casi nunca  
 2 Algunas veces  
 3 Con frecuencia  
 4 Casi siempre  
 96 No tengo a una persona que sea como una madre o un padre para mí

## SOBRE TU NIÑO(A)

Las siguientes preguntas son sobre el (la) niño(a) del (de la) cual estuviste embarazada en

\_\_\_\_\_  
MES/DÍA/AÑO

10. ¿Resultó este embarazo con el nacimiento de un bebé vivo?

- 1 Sí  
 0 No **(SI TU RESPUESTA ES "NO", PASA A LA PREG. #30 EN LA PÁGINA 4)**

11. ¿Cuándo nació este(a) niño(a)?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MES / AÑO

12. Un nacimiento prematuro es el que ocurre a las 36 semanas de embarazo o antes. A tu parecer, ¿crees que tuviste a tu niño(a) prematuramente?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Sí  
 0 No  
 97 No sé

13. ¿Cuánto pesó este(a) niño(a) al nacer?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 5½ libras (2½ kilogramos) o más  
 2 Menos de 5½ libras (2½ kilogramos)  
 97 No sé

Las siguientes preguntas son sobre el (la) niño(a) que nació en

\_\_\_\_\_  
MES / AÑO

14. ¿Alguna vez le diste de lactar o le diste pecho a tu niño(a)?

- 1 Sí  
 0 No **(PASA A LA PREG. #16)**

15. ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando dejaste de darle de lactar o de darle pecho por completo?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Todavía le estoy dando de lactar  
 2 Menos de 1 mes de edad  
 3 Entre 1 y 2 meses de edad  
 4 A los 3 meses de edad o más

16. ¿Está vivo(a) este niño(a) en este momento?

- 1 Sí  
 0 No **SI TU RESPUESTA ES "NO", PASA A LA PREGUNTA #30 EN LA PÁGINA 4**

17. La siguiente pregunta es sobre el periodo de tiempo después del nacimiento de este(a) niño(a). ¿Aproximadamente cuántas veces ha tenido este(a) niño(a) un chequeo médico regular? Con esto nos referimos a visitas con un médico o enfermera cuando tu niño(a) no está enfermo(a), pero que es sólo para chequearlo(a) o para vacunar(a). ¿Dirías que . . .

**MARCA UNA RESPUESTA**

- 1 Nunca **(PASA A LA PREG. #19 EN LA PÁGINA 3)**  
 2 1 a 3 veces  
 3 4 veces o más  
 97 No sé

18. ¿Cuándo fue el último chequeo médico regular de este(a) niño(a)?

**Marca LA FECHA DEL CHEQUEO MÁS RECIENTE**

- 1 Durante los últimos 3 meses  
 2 Durante los últimos 6 meses  
 3 Durante los últimos 12 meses  
 4 Hace más de un año  
 97 No sé

19. ¿Vive contigo este(a) niño(a)?

**Marca UNA RESPUESTA**

- Sí  
 A veces  
 No

(PASA A LA PREG. #21)



20. ¿Dónde vive este(a) niño(a) actualmente?

**Marca UNA RESPUESTA**

- Con su padre  
 Con otros parientes  
 Con su familia adoptiva  
 Otro (Describir \_\_\_\_\_)  
 No sé

21. ¿Tiene este(a) niño(a) 3 meses de edad o más actualmente?

- Sí  
 No (PASA A LA PREG. # 23)



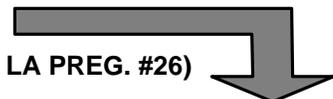
22. ¿Ha recibido este(a) niño(a) alguna de las siguientes vacunas?

MARCA UNA RESPUESTA POR CADA OPCIÓN		Sí	No	No sé
a.	Difteria, tétano y tos ferina o pertusis (DTaP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Polio (IPV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Hepatitis B (HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Neumonía (PCV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	Rotavirus (Rota)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SI TU NIÑO(A) NO VIVE CONTIGO, POR FAVOR PASA A LA PREGUNTA #26 EN LA PÁGINA 4.**

23. La siguiente pregunta es sobre las últimas cuatro semanas. En esas cuatro semanas, ¿ha recibido este(a) niño(a) algún tipo de cuidado infantil regular? Esto podría ser una guardería, un jardín de la infancia, un grupo de juego, una niñera, cuidado después de la escuela, un pariente o algún otro plan de cuidado infantil. ("Regular" quiere decir por lo menos una vez por semana por un mes o más.)

- Sí  
 No (PASA A LA PREG. #26)



24. ¿Cuál de las siguientes ha sido la opción principal para el cuidado de este(a) niño(a) en las últimas cuatro semanas?

**Marca UNA RESPUESTA**

- El padre de mi niño(a) o su padrastro  
 Mi hermano(a) de 13 años de edad o más  
 Mi hermano(a) menor de 13 años de edad  
 El abuelo o la abuela del/de la niño(a)  
 Otro pariente  
 Niñera o una persona que no sea un familiar  
 Guardería infantil  
 Cuidado infantil de familia  
 \_\_\_\_\_  
 Centro de cuidado infantil referido por \_\_\_\_\_  
 Centro de cuidado infantil **no** referido por \_\_\_\_\_  
 Otro (Describir \_\_\_\_\_)  
 El/La niño(a) no ha recibido cuidado infantil en las últimas cuatro semanas

25. ¿Cuántas horas por semana recibe cuidado infantil este(a) niño(a)? Incluye todos los diferentes arreglos de cuidado infantil que uses.

Horas

MARCA AQUÍ SI NO SABES

26. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor tu relación con el padre de este(a) niño(a)?

**Marca UNA RESPUESTA**

- <sub>1</sub> No nos vemos ni nos hablamos
- <sub>2</sub> Casi nunca nos vemos ni nos hablamos
- <sub>3</sub> Somos amigos simplemente
- <sub>4</sub> Estamos en una relación amorosa que termina y empieza continuamente
- <sub>5</sub> Tenemos una relación romántica estable pero no estamos casados
- <sub>6</sub> Estamos casados (**PASAR A LA PREG. # 31**)
- <sub>7</sub> No sé

**SI ESTÁS CASADA CON EL PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A) PASA A LA PREG. #31.**

27. ¿Tienen tú y el padre de tu niño(a) un acuerdo legal sobre los gastos para mantener al niño o a la niña, ayuda económica para ti, custodia, visitas o dónde vivirá el niño o la niña?

- <sub>1</sub> Sí
- <sub>0</sub> No

28. ¿Te da dinero el padre de tu niño(a) o compra ropa para el niño o la niña? ¿O paga él por las visitas médicas o te brinda otros tipos de apoyo?

- <sub>1</sub> Sí
- <sub>0</sub> No

29. Te ayuda el padre de tu niño(a) de otras maneras, tales como cuidar al niño o a la niña, o ayudando con las tareas del hogar?

- <sub>1</sub> Sí
- <sub>0</sub> No

30. ¿Cuál es tu estado civil?

**Marca UNA RESPUESTA**

- <sub>1</sub> Soltera, nunca me he casado (incluyendo el estar viviendo con alguien o estar comprometida)
- <sub>2</sub> Casada
- <sub>3</sub> Separada o divorciada
- <sub>4</sub> Viuda
- <sub>5</sub> Otro (Describir \_\_\_\_\_)

31. ¿Con quién vives ahora?

**Marca TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- a. Vivo sola
- b. Con mi esposo
- c. Con mi madre (incluye madrastra)
- d. Con mi padre (incluye padrastro)
- e. Con el padre de este(a) niño(a)
- f. Con la madre del padre de este(a) niño(a)
- g. Con el padre del padre de este(a) niño(a)
- h. Con una pareja
- i. Con otros parientes
- j. Con amistades
- k. En un hogar comunitario/una institución
- l. En un hogar de crianza o "foster home"
- m. Otro lugar (Describir \_\_\_\_\_)

## SOBRE TU SALUD

Las siguientes preguntas son sobre tu salud y el cuidado de tu salud.

32. Hay algunos métodos que usan las personas para tratar de evitar enfermedades transmitidas sexualmente. ¿Qué métodos de prevención usaste este mes?

### MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS

- a. No usé ningún método este mes
- b. Abstinencia (no tuve relaciones sexuales este mes)
- c. Condón o preservativo
- d. Condón femenino, bolsa vaginal
- e. Otro método (Describir \_\_\_\_\_)

33. Nuestros registros muestran que estabas embarazada en \_\_\_\_\_  
MES/DÍA/AÑO

¿Has estado embarazada desde que terminó ese embarazo?

- Sí
- No

34. ¿Has quedado embarazada desde \_\_\_\_\_?  
MES/DÍA/AÑO

- Sí
- No

35. Hay algunos métodos que usan las personas para tratar de evitar el embarazo. ¿Qué métodos de prevención usaste este mes?

### MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS

- a. NO CORRESPONDE – Estoy embarazada en este momento
- b. No usé ningún método este mes
- c. Abstinencia (no tuve relaciones sexuales este mes)
- d. Píldoras anticonceptivas
- e. Condón o preservativo
- f. Retirarse / eyacular afuera
- g. Depo-Provera, inyecciones
- h. Planificación familiar natural (el método del ritmo o del calendario, método de la temperatura o la prueba de mucosidad cervical)
- i. Diafragma
- j. Condón femenino, bolsa vaginal
- k. Espuma espermicida
- l. Crema o gel espermicida
- m. Capuchón cervical
- n. Supositorio anticonceptivo
- o. Esponja
- p. Dispositivo intrauterino o "DIU", resorte
- q. Píldoras de anticoncepción de emergencia para el día siguiente o "Morning after"
- r. Parche anticonceptivo
- s. Aro o anillo vaginal "NuvaRing"
- t. Implante anticonceptivo "Implanon"
- u. Otro método (Describir \_\_\_\_\_)

36. ¿Has recibido o tenido lo siguiente desde

\_\_\_\_\_ . . .  
MES/DÍA/AÑO

**Marca TODAS LAS QUE  
CORRESPONDAN**

- a. un examen de embarazo?
- b. un aborto?
- c. cuidado prenatal?
- d. cuidado postnatal de las madres?

## SOBRE TI

Estas preguntas son sobre ti.

37. ¿Cuál tu situación escolar actual?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 En la escuela o en el programa de GED
- 2 Graduada de la escuela secundaria o "high school" o completé el programa de GED  
**(PASA A LA PREGUNTA #39)**
- 3 Abandoné la escuela
- 4 Otro (Describir \_\_\_\_\_)

38. **SI NO HAS TERMINADO LA SECUNDARIA O  
"HIGH SCHOOL" O NO HAS COMPLETADO  
TU GED:**

¿Quieres tener otro bebé antes de terminar la  
secundaria o 'high school'?

- 1 Sí
- 0 No
- 97 No sé

39. ¿Cuál es el grado más avanzado que has  
completado?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 8º grado o menos
- 2 9º grado
- 3 10º grado
- 4 11º grado
- 5 12º grado
- 6 Algo de universidad
- 7 Título universitario o más
- 97 No sé

40. ¿Has estado alguna vez en un programa de  
capacitación para un trabajo?

- 1 Sí
- 0 No **(PASA A LA PREG. #42)**

41. ¿Alguna vez has completado un programa de  
capacitación para un trabajo?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Sí
- 2 No y no estoy en un programa de capacitación  
para un trabajo actualmente
- 3 No pero estoy en un programa de capacitación  
para un trabajo actualmente

42. ¿Cuántas horas trabajas a la semana?

**ESCRIBE 00 SI NO TRABAJAS**

Horas a la semana

43. ¿Recibes dinero o ayuda de alguna de las siguientes  
fuentes?

**Marca TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- a. Medicaid
- b. Cupones de alimentos o "food stamps"
- c. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para  
Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- d. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- e. Seguro Social
- f. Desempleo o Compensación de Trabajadores
- g. Otro tipo de asistencia pública
- h. Sustento de menores
- i. Mi trabajo
- j. Esposo o pareja
- k. Mis padres (o uno de mis padres)
- l. Otro (Describir \_\_\_\_\_)

44. ¿Cuál es tu fuente principal de apoyo económico?

**Marca UNA RESPUESTA**

- 1 Mi trabajo
- 2 Esposo o pareja
- 3 Padres
- 4 Asistencia pública
- 5 Otros parientes
- 6 Otro (Describir \_\_\_\_\_)

**¡Eso es todo!**  
**Muchas gracias por tu tiempo.**

---

## TO BE COMPLETED BY SURVEY ADMINISTRATION STAFF

After the survey has been completed and turned in, please complete this page. You will need to make a copy of the immunization records provided by the adolescent. **Do not complete this section in front of the adolescent.**

1. Child's birth date (can be copied from item #11):

____ / ____ MONTH / YEAR
-----------------------------

2. Do you have access to this child's immunization record?

<sub>1</sub> Yes

<sub>2</sub> No (**SKIP TO PAGE 9**)

3. Using the child's immunization records, mark whether or not the child has received at least one dose of each of the immunizations listed below.

<i>Mark one for each</i>		Yes	No	Unknown/ not mentioned
a.	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub>
b.	Inactivated Poliovirus (IPV)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub>
c.	<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub>
d.	Hepatitis B (HepB)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub>
e.	Pneumococcal (PCV)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub>
f.	Rotavirus (Rota)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub>

**SURVEY ADMINISTRATOR:**  
YOU HAVE COMPLETED THIS RECORD ABSTRACTION.  
THANK YOU FOR YOUR TIME!