

Esta encuesta es sobre la persona inscrita:

Lea las instrucciones de la encuesta en la página opuesta:

Fecha de hoy:

/ /

(Mes) (Día) (Año)

1 ¿Es usted el padre o tutor legal del adolescente mencionado arriba?

Sí

No – **No continúe.** Le rogamos entregar esta encuesta al padre o tutor legal del adolescente o llamarnos al 866-NYC-WTCR (866) 692-9827.

2 ¿Cuál es su relación con el adolescente?

Madre (biológica, madrastra, de crianza, adoptiva)

Padre (biológico, padrastro, de crianza, adoptivo)

Hermana o hermano mayor (biológico, hermanastro, de crianza, medio hermano, adoptivo)

Tía o tío

Abuela/abuelo

Otro familiar

Otro, especifique: _____

3 ¿Cuál es su nombre?

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

4 ¿Cuál es el sexo de su adolescente?

Masculino

Femenino

5 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su adolescente?

/ /

(Mes) (Día) (Año)

6 Las siguientes preguntas se refieren a la composición de su hogar. Responda sobre el hogar en el que su adolescente pasa la mayor parte del tiempo. (Si el adolescente pasa la mitad de su tiempo en cada casa, responda por el hogar al que llegó el cuestionario).

a. ¿Cuántos adultos y cuántos menores viven con el adolescente?

Cantidad de adultos (18 años o más)

Cantidad de otros menores (17 años de edad o menos) que viven en el hogar

b. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la composición del hogar del adolescente?

- Hogar de un solo padre o madre
 Hogar de padre y madre
 Otro, especifique:

7 En promedio, ¿cuántos días por mes el adolescente vive en otro hogar?

No se aplica, mi adolescente vive en un solo hogar.

○

Días por mes

8 En 2010, ¿cuál fue el ingreso total antes de impuestos del hogar en el que vive el adolescente? (Responda sobre el hogar en el que su adolescente pasa la mayor parte del tiempo. Si su adolescente pasa la mitad del tiempo en cada casa, responda por el hogar al que llegó el cuestionario).

- \$25,000 o menos
 \$25,001 - \$50,000
 \$50,001 - \$75,000
 \$75,001 - \$150,000
 Más de \$150,000

9 ¿Cuál es nivel de educación más alto que alcanzó alguno de los padres o tutores de su hijo adolescente? (Responda por los padres/tutores con los que el adolescente vive más tiempo).

- Nunca asistió a la escuela o sólo asistió al jardín de niños
 Grado 1 a 8 (escuela primaria o intermedia)
 Grado 9 a 11 (educación secundaria incompleta)
 Grado 12 o Desarrollo de Educación General (*General Educational Development*, GED), egresado de escuela secundaria
 De 1 a 3 años de universidad (estudios universitarios o de educación técnica incompletos)
 4 años o más de universidad (egresado universitario)
 Estudios de posgrado

10 En el último mes, ¿en qué medida las siguientes expresiones reflejan a su adolescente...

Mi adolescente	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
a. Se siente feliz	<input type="checkbox"/>				
b. Se siente bien consigo mismo	<input type="checkbox"/>				
c. Se siente bien con respecto a su salud	<input type="checkbox"/>				
d. Recibe apoyo de su familia o amigos	<input type="checkbox"/>				
e. Piensa que le pasarán cosas buenas	<input type="checkbox"/>				
f. Piensa que va a tener buena salud en el futuro	<input type="checkbox"/>				
En el <u>último mes</u> ...	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
g. En general, ¿cómo fue la salud de su adolescente?	<input type="checkbox"/>				

11 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su adolescente presentó los siguientes síntomas?

	Nunca en los últimos 12 meses	Menos de una vez por mes	De 1 a 4 veces por mes	Más de una vez por semana pero no a diario	Todos los días
a. Dolores fuertes de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Problemas sinusales, irritación de la nariz o postnasal (presentes sin que su adolescente esté resfriado, con gripe o alergias de estación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas de tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Problemas respiratorios, por ejemplo falta de aire o poco aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Silbidos o sibilancia en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Eczema o dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Acidez o reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Irritación de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ronquera o pérdida de la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 En los últimos 12 meses, ¿su adolescente ha consultado al médico o profesional de salud por los siguientes síntomas?

	No	Sí
a. Dolores de cabeza fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Problemas sinusales, irritación de la nariz o postnasal (presentes sin que su adolescente esté resfriado, con gripe o con alergias de estación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas de tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Problemas respiratorios, por ejemplo falta de aire o poco aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Silbidos o sibilancia en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Eczema o dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Acidez o reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Irritación de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ronquera o pérdida de la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 ¿Ha tenido su adolescente algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

Si responde Sí, especifique los síntomas

14 ¿Ha tenido alguna vez su adolescente un sarpullido que aparecía y desaparecía durante por lo menos 6 meses?

- Sí
 No → Vaya a la pregunta 17

15 ¿Ha tenido este sarpullido en algún momento durante los últimos 12 meses?

- Sí
 No → Vaya a la pregunta 17

16 En los últimos 12 meses, ¿su adolescente tuvo este sarpullido en alguno de los siguientes lugares?: el pliegue del codo, detrás de la rodilla, sobre los tobillos, debajo de la nalga, al rededor de el cuello, orejas u ojos?

- Sí
 No
 No sé

17 ¿Cuántas veces su adolescente fue trasladado a una sala de emergencia o servicio de atención de urgencias desde el 9/11/2001?

Indique la cantidad de veces: _____ O Ninguna

18 ¿Cuántas veces su adolescente ha sido hospitalizado desde el 9/11/2001?

Indique la cantidad de veces: _____ O Ninguna

19 ¿Cuándo fue la última consulta médica de su adolescente para realizarse un control de rutina (que no sea por alguna lesión, enfermedad o problema de salud en especial)?

- En los últimos 12 meses
 Hace más de un año pero menos de 2
 Hace más de 2 años pero menos de 5
 Hace 5 años o más
 Nunca en la vida de mi adolescente
 No se

20 ¿Tiene al menos una persona o sede que considere como médico personal o proveedor de atención médica de su adolescente?

- Sí
 No

21 En los últimos 12 meses, ¿intervino su adolescente en un equipo deportivo o practicó deportes fuera del horario escolar o en los fines de semana?

- Sí
 No

22 En los últimos 12 meses, ¿participó su adolescente en algún club u otro evento o actividad organizada fuera del horario escolar o durante los fines de semana?

- Sí
 No

23 En los últimos 12 meses, ¿su adolescente ganó dinero por realizar algún trabajo, incluido trabajo regular u otro, como cuidar niños, cortar el pasto u otro trabajo ocasional?

- Sí
 No

24 Las seis preguntas siguientes son sobre asma.

a. ¿Le dijo alguna vez el médico u otro profesional de salud que su adolescente tenía asma?

- Sí
 No → Vaya a la pregunta 25

b. ¿Cuántos años tenía su adolescente cuando el médico u otro profesional de la salud le dijo por primera vez que tenía asma? (Responda lo mejor que pueda).

años de edad

c. ¿Le dijo el médico u otro profesional de la salud que su hijo tenía asma antes del 11 de septiembre de 2011?

- Sí
 No

d. Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo su adolescente algún episodio de asma o un ataque de asma?

- Sí
 No

e. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces su adolescente asistió a una sala de emergencias o un centro de atención de urgencias debido al asma?

Cantidad de veces O Ninguna

f. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado su adolescente un inhalador o nebulizador recetado por un médico para controlar el asma?

- Sí
 No

25 ¿Tiene su adolescente alguna clase de cobertura de seguro de salud, incluso un seguro privado de salud, un plan prepago como una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), atención administrada o planes del gobierno como Medicaid?

- Sí
 No

26 Desde el 09/11/2001, ¿estuvo su adolescente sin seguro médico en algún momento?

- Sí
 No → Vaya a la pregunta 28

27 Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo su adolescente sin seguro médico en algún momento?

- Sí
 No

28 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que su adolescente tuvo alguna de estas condiciones? Si la respuesta es “Sí”, continúe respondiendo las preguntas adicionales de cada fila. Si responde “NO”, continúe con la fila siguiente correspondiente a otra condición.

				Año dicho por 1era vez	¿Está tomando su adolescente algún medicamento recetado para esta enfermedad?	
	No	Sí	→		No	Sí
a. Trastorno de déficit de atención (ADD) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trastornos de aprendizaje o problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Trastorno de estrés postraumático (PTSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Trastorno de ansiedad, que no sea PTSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Presión arterial elevada o hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Leucemia/Linfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sarcoidosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Eczema o dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Otra enfermedad, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 a. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez su adolescente necesitó atención médica por algún problema salud física pero no la recibió?

- Sí
 No → **Vaya a la pregunta 30**

b. ¿Por qué su adolescente no recibió la atención de salud física que necesitaba? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Pensé que nada lo podría ayudar
 No podía pagar
 No tenía seguro o el seguro no lo cubría
 Problemas de transporte, horarios, atención de menores u otras responsabilidades familiares
 No sabía adónde ir o a qué tipo de médico acudir para recibir atención
 No pude encontrar un proveedor que pudiera diagnosticar o tratar la condición de mi adolescente
 Temor de pedir ayuda o de lo que los demás pudieran pensar
 No pude ocuparme o no me molesté
 Preferí manejarlo por mí mismo

30 a. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez su adolescente necesitó atención médica u orientación por algún problema de salud mental pero no la recibió?

- Sí
 No → **Vaya a la pregunta 31**

b. ¿Por qué su adolescente no recibió la atención de salud mental que necesitaba? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Pensé que nada lo podría ayudar
 No podía pagar
 No tenía seguro o el seguro no lo cubría
 Problemas de transporte, horarios, atención de menores u otras responsabilidades familiares
 No sabía adónde ir o a qué tipo de médico acudir para recibir atención
 No pude encontrar un proveedor que pudiera diagnosticar o tratar la condición de mi adolescente
 Temor de pedir ayuda o de lo que los demás pudieran pensar
 No pude ocuparme o no me molesté
 Preferí manejarlo por mí mismo

El siguiente grupo de preguntas se refiere a la pérdida o el duelo que su adolescente pudo haber experimentado a consecuencia del desastre del WTC del 9/11/2001.

31 ¿Algún miembro de su familia estuvo en el desastre del WTC pero resultó ileso (sin lesiones)?

- Sí
 No
 No sé

32 ¿Algún miembro de su familia resultó lesionado o lastimado en el desastre del WTC?

- Sí
 No
 No sé

33 a. ¿Conocía su adolescente personalmente a alguna persona que falleció a consecuencia del desastre del WTC?

- Sí
- No → **Vaya a la pregunta 34**
- No sé → **Vaya a la pregunta 34**

b. ¿Podría decirnos quién perdió la vida? (Marque todas las opciones que correspondan)

- La madre del menor (biológica, madrastra, de crianza, adoptiva)
 - El padre del menor (biológico, padrastro, de crianza, adoptivo)
 - El hermano del menor (hermano o hermana, biológico/a, medio hermano/a, de crianza, adoptivo/a)
 - Abuelo/a del menor
 - Otro familiar, especifique:
- _____
- El tutor legal del menor que NO es miembro de la familia
 - Un amigo del menor
 - Un amigo de la familia
 - El padre de un amigo del menor
 - Otra persona, especifique la relación:
- _____

34 Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido su adolescente algún tratamiento o servicio de orientación a través de un profesional de salud mental? Los profesionales de salud mental incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas, y trabajadores sociales clínicos.

- Sí
- No

35 Desde el 9/11/2001, ¿ha recibido su hijo algún tratamiento o servicio de orientación por abuso de sustancias?

- Sí
- No

El siguiente grupo de preguntas se refiere a usted, el padre o tutor del adolescente, que está a cargo de completar este folleto de la encuesta.

36 En general, ¿cuán satisfecho(a) está con su vida?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

37 En general, ¿usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

38 Si piensa en su salud física, lo que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿durante cuántos días de los últimos 30 su salud física no fue buena?

Indique la cantidad de días: _____
 O Ninguno

39 Si piensa en su salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿durante cuántos días de los últimos 30 su salud mental no fue buena?

Indique la cantidad de días: _____
 O Ninguno

40 ¿Durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales en los últimos 30 días?

Indique la cantidad de días: _____
 O Ninguno

41 En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido...?:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Muy pocas veces	Nunca
a. ¿Tan triste que nada podía animarlo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Nervioso(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Intranquilo(a) o inquieto(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Desesperanzado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Como si todo le resultara un esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Despreciable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 a. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de estas enfermedades?

	No	Sí		Año dicho por 1era vez
1. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Trastorno de estrés postraumático (PTSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Trastorno de ansiedad, que no sea PTSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Nervios, emociones u otros problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

b. Desde el 9/11/2001, ¿ha tomado alguna medicación (recetada o de venta libre) para alguna de estas enfermedades?

			¿En los últimos 12 meses?		
	No	Sí	No	Sí	
1. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trastorno de estrés postraumático (PTSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trastorno de ansiedad, que no sea PTSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nervios, emociones u otros problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La siguiente información es necesaria para mantener un seguimiento adecuado de quiénes están inscritos en el Registro.

43 ¿Cuáles son los últimos 4 dígitos del número de seguro social de su adolescente?

Ingrese los últimos cuatro dígitos:

44 ¿Cuál es su dirección de correo electrónico actual?

Ingrese su dirección de correo electrónico: _____

Gracias por completar esta encuesta.

Este es el final del Folleto para padres/tutores.

Haga el favor de colocar este folleto en uno de los sobres pre impreso con la dirección y el franqueo pago y enviar el sobre de vuelta. Si no le llegó el sobre o se perdió, llámanos al 866-692-9827.