



**ENCUESTA PARA PADRES DE NIÑOS Y
JÓVENES CON
NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN
DE SALUD DE OREGÓN 2014**

Un intento para entender los problemas que son importantes para las familias con hijos de 0 a 26 años de edad que presentan una necesidad especial de atención de salud.

Para ser contestado por el padre, la madre o el tutor de un niño con necesidades especiales de salud de 0 a 26 años de edad.

Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs
Institute on Development & Disability
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon

El Centro de Oregón para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud (Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs, OCCYSHN) promueve la salud óptima, el desarrollo y el bienestar de los niños y jóvenes con necesidades especiales de salud de Oregón. *Los niños con necesidades especiales de salud se definen como aquellos niños que presentan, o tienen un mayor riesgo de presentar, una afección física crónica, del desarrollo, conductual o emocional.* Por lo general, estos niños necesitan más servicios de salud y otros servicios que los demás niños.

Le escribimos para que nos ayude a comprender las necesidades de las familias con niños y jóvenes con necesidades especiales de salud. La mejor manera que tenemos de conocer estas necesidades es preguntar a los jóvenes, a sus familias y a aquellos que les proporcionan servicios. Las preguntas se refieren a la salud de su hijo, los proveedores de servicios de salud, los servicios que necesitan su hijo y su familia y los problemas que encuentra al buscar atención de salud para su hijo. Utilizaremos las respuestas de los padres para identificar las prioridades del estado y planificar nuestro trabajo para los próximos cinco años. Además, compartiremos los resultados de la encuesta con nuestros socios y las familias de todo el estado.

¡Su opinión nos interesa! Necesitamos escuchar la opinión de tantas familias del estado como sea posible para conocer lo que les preocupa. Recibió esta encuesta porque les pedimos a nuestros socios que enviaran este cuestionario a los padres con quienes trabajan. *(Si ya contestó esta encuesta, NO la conteste otra vez.)*

Creemos que contestar nuestra encuesta le tomará de 15 a 20 minutos. Utilice el sobre con franqueo pagado para enviarnos la encuesta. Completar la encuesta es su decisión, y puede optar por no contestar preguntas que no quiera responder. Las respuestas que proporcione son anónimas, es decir, nadie en OCCYSHN o en Oregon Health and Science University (OHSU) sabrá si usted completó la encuesta o qué respuestas nos dio. Cuando OCCYSHN reciba las encuestas completadas, nuestro personal combinará todas las respuestas en informes resumidos.

La información que proporcione es muy importante. Rifaremos cinco tarjetas de regalo de \$50 entre los integrantes de las familias que completen la encuesta. Esta es nuestra manera de decir gracias por su ayuda. Si desea participar en la rifa después de completar la encuesta, envíe un correo electrónico con su nombre y número de teléfono a la Dra. Alison J. Martin (martial@ohsu.edu) antes del 21 de agosto de 2014. Lo llamaremos a más tardar el 3 de octubre de 2014 si su nombre resulta favorecido con un premio.

Esta encuesta forma parte de un proyecto que se lleva a cabo cada cinco años en todo el estado como requisito de nuestro financiamiento federal. Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta, llame o envíe un correo electrónico a cualquiera de nosotras.

Marilyn Sue Hartzell, M.Ed.
Directora, OCCYSHN
(503) 494-6961
hartzell@ohsu.edu

Alison J. Martin, Ph.D.
Coordinadora de análisis y evaluación, OCCYSHN
(503) 418-1475
martial@ohsu.edu

Si prefiere contestar esta encuesta a través de Internet, visite

En inglés: https://www.surveymonkey.com/s/OR_Family_English

En español: https://www.surveymonkey.com/s/OR_Familia_Espanol

INTRODUCCIÓN

1. ¿Es su hijo mayor de 26 años de edad?

Sí..... → ¡Deténgase aquí! Nuestra encuesta procura obtener únicamente información acerca de niños y jóvenes de 26 años y menores. Gracias por su tiempo.

No → Siga adelante.

2. ¿Su hijo necesita o toma medicamentos recetados? (Marque una opción.)

- Sí
- No

3. ¿Tiene su hijo algún tipo de necesidad conductual, del desarrollo o emocional que requiera tratamiento o asesoramiento? (Marque una opción.)

- Sí
- No

4. Comparado con otros niños de su edad, ¿su hijo necesita o utiliza más servicios o medios de apoyo educativos o médicos (como especialistas, salud mental, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.)? (Marque una opción.)

- Sí
- No

5. ¿Presenta su hijo limitaciones en la habilidad para hacer las cosas que puede hacer la mayoría de los niños de su edad? (Marque una opción.)

- Sí
- No

6. ¿Las necesidades de salud de su hijo han existido, o se espera que duren, al menos 12 meses? (Marque una opción.)

- Sí
- No

7. Durante el año escolar 2013-2014, ¿cuántos días aproximadamente faltó su hijo a clases o al trabajo debido a su afección médica? (Escriba una cantidad de días en el espacio provisto abajo.)

_____ días

HOGAR MÉDICO

Atención: Recuerde verificar si hay una indicación "Ir a" después de que conteste la siguiente pregunta.

8. Un **proveedor de atención de salud primaria** es un profesional de la salud que conoce bien a su hijo y que está familiarizado con el historial de salud del niño. Puede ser un médico general, un pediatra, un médico especialista, un enfermero practicante o el asociado médico. ¿Tiene un profesional de la salud que considere como el proveedor de atención de salud primaria de su hijo? (Marque una opción.)

Sí.....

No → Ir a la pregunta 20.

9. ¿Qué tipo de profesional es el proveedor de atención de salud primaria de su hijo? (Marque una alternativa.)

- Trabajador de servicios de apoyo
- Quiropráctico
- Médico de familia, general o de medicina interna
- Naturópata
- Enfermero practicante
- Pediatra o pediatra del desarrollo
- Asociado médico
- Especialista (por ejemplo: cirujano, cardiólogo, psiquiatra, especialista en pediatría)
- Otro, *especifique:*

10. ¿Cómo se mantiene en contacto en el proveedor de atención de salud primaria de su hijo? (Marque una alternativa.)

- Correo electrónico
- Teléfono
- Mensaje de texto
- Otro, *especifique:*

11. En las consultas que ha tenido con el proveedor de atención de salud primaria de su hijo durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido los siguientes problemas? (Una respuesta para cada problema de la lista.)

Tipo de problema	Siempre	Normalmente	Algunas veces	Nunca	No lo sé o no corresponde
a. No tenemos seguro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nuestro plan de seguro de salud no cubrió los servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No pudimos pagar los copagos del servicio o los deducibles del seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No nos dieron tiempo libre en el trabajo para asistir a la cita de atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. No pudimos programar una cita que se ajustara a nuestro horario de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. No pudimos programar una cita con la rapidez que la necesitábamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tuvimos que esperar mucho en la sala de espera antes de nuestra cita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. No pudimos ser referidos a los servicios que necesita mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Nuestros proveedores no hablan mi idioma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. No había un intérprete disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Nuestro proveedor no entendió nuestras creencias o valores culturales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Lo que nuestro proveedor nos dijo me confundió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Otro, <i>especifique</i> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atención: Recuerde verificar si hay una indicación “Ir a” después de que conteste la siguiente pregunta.

12. Un *plan de atención* es un documento escrito que le entrega el proveedor de salud de su hijo donde se describen, entre otras cosas, las afecciones y tratamientos de salud de su hijo, lo que tiene que esperar o hacer en relación con la afección médica de su hijo, y lo que tiene que hacer si su hijo tiene una emergencia médica. ¿Tiene su hijo un plan de atención?
(Marque una opción.)

Sí.....

No → Ir a la pregunta 15.

-- -- -- --

No lo sé..... → Ir a la pregunta 15

13. ¿Quién ayudó a elaborar el plan de atención de su hijo? (Marque todas las alternativas que correspondan.)

- El proveedor de atención de salud primaria de mi hijo
 - Mi hijo
 - Yo
 - Otros integrantes de la familia
 - Otros proveedores de servicios de salud que trabajan con mi hijo
 - El maestro de mi hijo o su proveedor de cuidados infantiles
 - Otro, *especifique:*
-

14. ¿Se ha entregado el plan de atención de su hijo a todos los proveedores de servicios de salud del niño(a)? (Marque una opción.)

Sí

No

-- -- -- --

No lo sé

TRANSICIÓN DE ATENCIÓN PARA JÓVENES A ATENCIÓN PARA ADULTOS

Atención: Recuerde verificar si hay una indicación “Ir a” después de que conteste la siguiente pregunta.

15. ¿Tiene su hijo 14 años o más?

Sí.....

No → Ir a la pregunta 20.

16. En los últimos 12 meses, ¿el proveedor de atención de salud primaria le ha hablado de cómo puede cambiar la atención de su hijo después de que cumpla 18 años?
(Marque una opción.)

Sí

No

17. ¿Qué tan importante es para su familia que el proveedor de atención de salud primaria de su hijo trabaje con él para que desarrolle habilidades que le permitan manejar su atención de salud (como aprender sobre sus medicamentos, programar citas y qué hacer en una emergencia)? (Marque una alternativa.)

Muy importante

Medianamente importante

Poco importante

No tiene importancia

-- -- -- --

No lo sé

18. ¿Qué tan importante es para su familia que el proveedor de atención de salud primaria de su hijo hable con él acerca de sus planes futuros (como educación o trabajo)? (Marque una alternativa.)

Muy importante

Medianamente importante

Poco importante

No tiene importancia

-- -- -- --

No lo sé

19. ¿Qué tan importante es para su familia que el proveedor de atención de salud primaria de su hijo hable con su familia acerca de cómo el niño será asegurado cuando se convierta en adulto? (Marque una alternativa.)

Muy importante

Medianamente importante

Poco importante

No tiene importancia

-- -- -- --

No lo sé

ATENCIÓN Y NECESIDADES DE LA FAMILIA

20. ¿Cuáles de los siguientes tipos de atención necesita su hijo? (Marque una respuesta para cada tipo.)

	No	Sí
a. Limpiezas dentales, tratamientos con flúor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ortodoncia u otros tratamientos dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Terapia del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Servicios o asesoramiento en salud mental o conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cuidado de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Equipo médico duradero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Anteojos o atención para la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Asesoramiento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Asesoramiento genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Audífonos o atención auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Atención médica domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Aparatos para movilidad asistida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Atención para disminuir síntomas (por ejemplo: dolor, fatiga, depresión, incapacidad para comer o conciliar el sueño) de una enfermedad crónica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Cuidados de relevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Terapias específicas para el autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tratamiento o asesoramiento para el abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Otro, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

Si la respuesta es "sí" →

21. Si la respuesta es "sí", ¿qué tan fácil es recibir ese tipo de atención para su hijo? (Marque una respuesta para cada tipo.)

	Muy fácil	Medianamente fácil	Medianamente difícil	Muy difícil
a. Limpiezas dentales, tratamientos con flúor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ortodoncia u otros tratamientos dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Terapia del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Servicios o asesoramiento en salud mental o conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cuidado de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Equipo médico duradero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Anteojos o atención para la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Asesoramiento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Asesoramiento genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Audífonos o atención auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Atención médica domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Aparatos para movilidad asistida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Atención para disminuir síntomas (por ejemplo: dolor, fatiga, depresión, incapacidad para comer o conciliar el sueño) de una enfermedad crónica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Cuidados de relevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Terapias específicas para el autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tratamiento o asesoramiento para el abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Otro, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cuánto le preocupan las siguientes cosas? (Marque una respuesta para cada una.)

	Muy preocupado	Medianamente preocupado	Poco preocupado	No me preocupa	No corresponde
a. Acoso contra su hijo en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Encontrar un trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Encontrar una vivienda asequible que se adapte a la afección médica de su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Recibir atención dental para usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Recibir atención de salud para usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Obtener un seguro de salud para usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Recibir información sobre cómo proporcionar comidas saludables a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Recibir información sobre sueño seguro para bebés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Aprender acerca de los cambios que ocurren durante el desarrollo de los adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Aprender acerca de cuánta actividad física necesita su familia para mantenerse sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Aprender cómo apoyar el crecimiento y desarrollo de su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Asegurarse de que su hijo esté preparado para el jardín de infantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Asegurarse de que su hijo reciba todas las vacunas que necesita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. **¿Cuál es la distancia máxima en millas que tiene que viajar para que su hijo reciba atención de sus proveedores?** (Escriba el número de millas en el espacio provisto a continuación.)

_____ millas

24. **¿Con qué frecuencia tiene que viajar esa distancia?** (Marque una alternativa.)

- Más de 12 veces al año
- 7 a 12 veces al año
- 4 a 6 veces al año
- 2 o 3 veces al año
- Una vez al año

25. **Los costos de transporte incluyen el transporte público o la gasolina para su automóvil personal o el automóvil de un pariente o amigo. En un mes típico, ¿con qué frecuencia tiene dificultades para pagar el transporte para que su hijo pueda recibir atención de alguno de sus proveedores?** (Marque una alternativa.)

- Siempre
- Normalmente
- Algunas veces
- Nunca
-
- No estoy seguro.

26. **¿Cuáles son las tres cosas que más necesitan su hijo o su familia, pero que les cuesta mucho obtener?** (Escriba sus respuestas a continuación.)

a. _____

b. _____

c. _____

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

27. **¿Qué tan bien trabajan juntos los diferentes proveedores de servicios de salud de su hijo para satisfacer las necesidades del niño?** (Marque una alternativa.)

- Extremadamente bien
- Medianamente bien
- Levemente bien
- No lo hacen bien
-
- No lo sé

28. **¿Los proveedores de servicios de salud de su hijo, tienen que trabajar con su escuela, programa de intervención temprana, servicios educativos especiales, proveedores de cuidados infantiles o programa vocacional o de rehabilitación?** (Marque una opción.)

- Sí.....
- No → Ir a la pregunta 30.
-
- No lo sé..... → Ir a la pregunta 30.

29. **¿Qué tan bien trabajan los proveedores de servicios de salud de su hijo con su escuela, programa de intervención temprana, servicios educativos especiales, proveedores de cuidados infantiles o programa vocacional o de rehabilitación para satisfacer las necesidades del niño?** (Marque una alternativa.)

- Extremadamente bien
- Medianamente bien
- Levemente bien
- No lo hacen bien
-
- No lo sé

30. **En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia recibió toda la ayuda que deseaba para hacer los arreglos o coordinar la atención de su hijo?** (Marque una alternativa.)

- Siempre
- Normalmente
- Rara vez
- Nunca

31. En los últimos 12 meses, ¿alguien lo ayudó a hacer los arreglos o coordinar la atención de su hijo? (Marque una opción.)

Sí.....

No → Ir a la pregunta 34.

32. ¿Cuáles de los siguientes tipos de personas lo ayudaron a hacer los arreglos o coordinar la atención de su hijo? (Marque todas las alternativas que correspondan.)

- Alguien del consultorio del proveedor de atención primaria de su hijo
- Integrante de la familia
- Amigo de la familia
- Coordinador de altas hospitalarias
- Especialista en salud mental (como un consejero, psicólogo, terapeuta, etc.)
- Representante del Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP)
- Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta o terapeuta del habla
- Socio del padre
- Especialista en apoyo a pares
- Enfermera de salud pública que lo visita en su casa (por ejemplo: enfermeras de los programas CaCoon o Babies First!)
- Trabajador social
- Alguien de la escuela de su hijo
- Otro, *especifique*:

33. En general, ¿qué tan sensibles a los valores y las costumbres de su familia son las personas que le ayudan a hacer los arreglos o coordinar la atención de su hijo? (Marque una alternativa.)

- Extremadamente sensibles
- Medianamente sensibles
- Ligeramente sensibles
- No son sensibles
-
- No lo sé

DATOS DEMOGRÁFICOS E INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

34. ¿Cuál es su relación con el niño que describió en esta encuesta? (Marque una alternativa.)

- Padre o madre
- Padre de crianza
- Abuelo
- Otro tutor legal
- Otro, *especifique*:

35. ¿Cuántos años tiene el niño? (Escriba el número de años en el espacio provisto a continuación.)

_____ años

36. ¿Cómo paga actualmente la atención de salud de su hijo? (Marque todas las alternativas que correspondan.)

- Amigos o familiares
- Servicios de Salud Indígenas
- De mi bolsillo
- Medicaid, Healthy Kids, Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP)
- Medicare
- Seguro de salud privado
- Tricare (seguro de salud para militares)
- Otro, *especifique*:

- No lo sé

37. Durante los últimos 12 meses, ¿su hijo en algún momento no ha tenido seguro? (Marque una opción.)

- Sí
- No
- No lo sé

38. ¿Cuántas personas (adultos, niños y jóvenes) componen su grupo familiar? (Escriba su respuesta en el espacio provisto a continuación.)

_____ personas

39. ¿Cuál es su nivel de educación más alto?
(Marque una alternativa.)

- Inferior a escuela secundaria
- Diploma de escuela secundaria o GED (diploma de equivalencia general)
- Título técnico o profesional de dos años
- Licenciatura
- Maestría o doctorado

40. En los últimos 12 meses, ¿no ha podido acceder a algo de lo siguiente debido al costo? (Marque todas las alternativas que correspondan.)

- Seguro de salud
- Tratamiento médico
- Atención de salud mental
- Medicamentos recetados
- Otro, especifique:

- Ninguno de los anteriores

41. En los últimos 12 meses, ¿se ha retrasado o no ha podido pagar alguna factura debido a los costos médicos de su hijo?
(Marque una opción.)

- Sí
- No
- No lo sé

42. ¿A cuánto ascienden aproximadamente los desembolsos mensuales por gastos médicos de su hijo de su propia bolsillo?
(Marque una alternativa.)

- Menos de \$100
- \$100 a \$250
- \$251 a \$500
- \$501 a \$1,000
- Más de \$1,000

43. ¿Cuánto es aproximadamente el ingreso anual antes de impuestos de su grupo familiar? (Marque una alternativa.)

- Menos de \$14,000
- \$14,000 a \$21,000
- \$21,001 a \$25,000
- \$25,001 a \$39,220
- \$39,221 a \$55,000
- \$55,001 a \$65,000
- Más de \$65,000

44. ¿Su hijo es hispano o latino? (Marque una opción.)

- Sí
- No

45. ¿Cuál es el origen racial de su hijo?
(Marque una alternativa.)

- Indio estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- Blanco
- Otro, especifique:

46. ¿En qué condado vive actualmente?
(Marque una alternativa.)

- Baker
- Benton
- Clackamas
- Clatsop
- Columbia
- Coos
- Crook
- Curry
- Deschutes
- Douglas
- Gilliam
- Grant
- Harney
- Hood River
- Jackson
- Jefferson
- Josephine
- Klamath
- Lake
- Lane
- Lincoln
- Linn
- Malheur
- Marion
- Morrow
- Multnomah
- Polk
- Sherman
- Tillamook
- Umatilla
- Union
- Wallowa
- Wasco
- Washington
- Wheeler
- Yamhill

47. ¿Con qué frecuencia aproximada utiliza los siguientes tipos de medios sociales de Internet?
(Marque una respuesta para cada uno.)

Tipo de medio social	Al menos una vez al día	Varias veces a la semana	Una a tres veces al mes	Varias veces al año	Nunca
a. Blogs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Google Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Instagram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. LinkedIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Listservs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Pinterest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Snapchat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Twitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Youtube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Otro, <i>especifique:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. ¿Qué hace cuando utiliza la Internet? (Marque todas las alternativas que correspondan.)

- Compro o vendo cosas
- Me comunico con los proveedores de servicios de salud de mi hijo
- Averiguo sobre eventos locales
- Me informo y hago contactos para encontrar trabajos para mí
- Me informo y hago contactos para encontrar trabajos para mi hijo
- Averiguo sobre la universidad u otros programas educativos para mi hijo
- Me informo y promuevo causas o grupos que son importantes para mí
- Aprendo cómo los integrantes de mi familia pueden ser sanos (por ejemplo: qué ejercicios hacer, qué comer)
- Aprendo a hacer cosas
- Me informo acerca de la afección médica de mi hijo
- Conozco nuevas personas
- Conozco otras personas que tienen hijos con las mismas afecciones médicas que mi hijo
- Leo las noticias
- Comparto mi ideas y sentimientos
- Estoy en contacto con amigos y familiares
- Visito grupos de apoyo en línea o páginas que me ayudan a enfrentar los problemas que tengo
- Veo fotografías, páginas web y videos para divertirme
- Otro, *especifique:* _____
-
- Ninguna de estas cosas

49. ¿Hay algo más sobre la salud de su hijo, sus necesidades de atención médica o esta encuesta que desee compartir con nosotros? (Escriba su respuesta en el espacio provisto a continuación.)

Area with horizontal lines for writing the response.

Gracias por completar nuestra encuesta. La información que nos proporcionó es muy importante para nosotros.

Después de completar la encuesta, si desea participar en nuestra rifa para ganar una de las cinco tarjetas de regalo de \$50, envíe un correo electrónico con su nombre y número de teléfono a la Dra. Alison J. Martin (martial@ohsu.edu) antes del 21 de agosto de 2014. Si su nombre resulta favorecido con un premio, lo llamaremos a más tardar el 3 de octubre de 2014.