

Appendix 11 - Family Survey Questionnaire - Spanish

Por favor, completa esta encuesta si tienes un/a hijo/a con una o más necesidades de atención médica especiales y recibes atención médica para este niño/a en California. Algunas preguntas son sobre Servicios Infantiles de California, también conocido como CCS. Servicios Infantiles de California (CCS, por sus siglas en inglés) es un programa estatal para niños/as con ciertas enfermedades o problemas de salud. A través de este programa, los niños/as hasta los 21 años pueden obtener la atención y los servicios de salud que necesitan. CCS te conectará con médicos y personas capacitadas en atención médica que saben cómo cuidar a tu hijo/a con necesidades especiales de atención médica. Si tu hijo/a no tiene CCS o si no estás seguro/a, puedes omitir estas preguntas.

Si tienes más de un hijo/a con necesidades especiales de atención médica, por favor, completa la encuesta para el hijo/a que tiene CCS. Si ninguno de tus hijos/as tiene CCS, o si más de un hijo/a tiene CCS, completa la encuesta para el hijo/a que tiene más necesidades de atención médica.

El Departamento de Servicios de Atención Médica de California desea saber qué piensas acerca de CCS y otros programas de atención médica, y cómo satisfacen las necesidades de salud de tu hijo/a. Esta encuesta es anónima. Ninguna respuesta estará vinculada a tu nombre. Si no quieres responder una pregunta, no tienes que hacerlo.

Si tienes 18 años de edad o más y tienes una necesidad especial de atención médica, y responderás esta encuesta por ti mismo/a, nos referimos a ti cuando decimos "tu hijo/a". Por favor, responde a cada pregunta basado en ti.

1. ¿Qué edad tiene tu hijo/a?

2. ¿Es tu hijo/a que tiene necesidades especiales de atención médica de origen hispano, latino o español?

Sí

No

3. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la raza de tu hijo/a? (elige todas las que apliquen)

Blanca o caucásica

Negra o afroamericana

Asiática, isleña del Pacífico, o del sudeste asiático

Nativa americana, india americana, aleutiana o esquimal

Multirracial

Otra (por favor, especifica)

4. ¿Es el inglés el idioma principal que se habla en tu hogar?

Sí

No

5. ¿Con qué frecuencia necesitas un intérprete que te ayude a hablar con los médicos y enfermeras?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Raramente
- Nunca

6. ¿Con qué frecuencia están disponibles los servicios de interpretación?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

7. ¿En qué condado de California vive tu hijo/a?

8. ¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica te ha dicho que tu hijo/a tenía o tiene alguna de las condiciones en la lista a continuación? En caso afirmativo, ¿el/la niño/a tiene actualmente tal condición y es o fue leve, moderada o grave? De la tabla de abajo, selecciona todas las que apliquen:

| | ¿Alguna vez has tenido la condición? | ¿Tienes la condición ahora? | ¿Leve, moderada o grave? |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Trastorno por déficit de atención o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADD o ADHD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis o problemas en las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autismo, trastorno de Asperger, trastorno del desarrollo generalizado (PDD), o Trastorno del espectro del Autismo (TEA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de comportamiento o conducta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceguera o visión deficiente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas sanguíneos que no sean hemofilia o anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Huesos rotos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer, tumores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Labio leporino/paladar hendido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas dentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia o trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad genética | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión en la cabeza, conmoción cerebral o lesión cereb. traumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ¿Alguna vez has tenido la condición? | ¿Tienes la condición ahora? | ¿Leve, moderada o grave? |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Problemas cardíacos | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hemofilia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| VIH o SIDA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enfermedad Infecciosa | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Discapacidad intelectual | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Problema intestinal o gastrointestinal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enfermedad renal u otros problemas renales | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Problemas del hígado | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enfermedad pulmonar | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Problema de salud mental (aparte de la depresión) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Migraña o dolores de cabeza frecuentes | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Distrofia muscular | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Anemia de células falciformes (rasgo o enfermedad) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Espina bífida | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lesión de la médula espinal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Otra (por favor especifica para tantas condiciones como sea necesario)

9. ¿Está este niño cubierto por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud? Marca todas las opciones que apliquen:

Servicios Infantiles de California (CCS)

Medi-Cal

Seguro privado

No lo sé

Mi hijo/a no está asegurado/a

Otros (por favor, especifica)

10. Si lo sabes, ¿cuál es el nombre del Plan de Atención Médica Administrada de Medi-Cal de tu hijo/a?

Otros (por favor, especifica)

11. ¿Necesitas más información sobre qué servicios cubre tu seguro de salud o el plan de salud para tu hijo/a? En caso afirmativo, selecciona sobre qué seguro de salud o plan de salud necesitas más información:

- Servicios Infantiles de California (CCS)
- Medi-Cal
- Seguro privado
- No lo sé
- Mi hijo/a no está asegurado/a
- No necesito más información sobre servicios

Otros (por favor, especifica)

12. Durante los últimos 12 meses, hubo algún momento en que tu hijo/a necesitó los siguientes servicios:

| Servicio | ¿Recibió todo el cuidado necesario? |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Servicio 1 | |
| Servicio 2 | |
| Servicio 3 | |
| Servicio 4 | |
| Servicio 5 | |
| Servicio 6 | |
| Servicio 7 | |
| Servicio 8 | |
| Servicio 9 | |
| Servicio 10 | |
| Servicios adicionales | |

Otros (por favor, especifica cualquier otro servicio que no hayas incluido en la lista de arriba)

13. Durante los últimos 12 meses, si hubo algún momento en que tu hijo/a no recibió los servicios necesarios, selecciona la razón principal del porqué a continuación:

| Servicio | ¿Razón principal para no recibir atención? |
|-----------------------|--|
| Servicio 1 | |
| Servicio 2 | |
| Servicio 3 | |
| Servicio 4 | |
| Servicio 5 | |
| Servicio 6 | |
| Servicio 7 | |
| Servicio 8 | |
| Servicio 9 | |
| Servicio 10 | |
| Servicios adicionales | |

Otros (por favor, especifica cualquier otro servicio que no hayas incluido en la lista de arriba)

14. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que tu hijo/a necesitó los servicios que enumeró en las preguntas anteriores y experimentó retrasos en la obtención de dichos servicios?:

| Servicio | ¿Experimentó retraso en recibir atención? |
|-----------------------|---|
| Servicio 1 | |
| Servicio 2 | |
| Servicio 3 | |
| Servicio 4 | |
| Servicio 5 | |
| Servicios adicionales | |

Otros (por favor, especifica)

15. Durante los últimos 12 meses, ¿tu hijo/a necesitó algún servicio que su seguro no cubriera? Por favor, marca todas las que correspondan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayudas o dispositivos de comunicación | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Revisión dental y limpieza dental | <input type="checkbox"/> Otros cuidados dentales (ej.: ortodoncia) Manejo del dolor |
| <input type="checkbox"/> Equipo médico duradero (ej.: Aparatos ortopédicos/correctores, silla de ruedas, etc.) | <input type="checkbox"/> Terapia física u ocupacional Atención especializada |
| <input type="checkbox"/> Anteojos o cuidado de la vista | <input type="checkbox"/> Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Audífonos o cuidado de la audición | <input type="checkbox"/> Tratamiento o consejería para el abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Atención médica en el hogar | <input type="checkbox"/> Chequeo de rutina del niño/a |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización (estancia hospitalaria) | <input type="checkbox"/> Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Atención o consejería de salud mental o del comportamiento | |

16. ¿El seguro de salud de tu hijo/a le permite ver a los proveedores de atención médica que tu hijo/a necesita?

- Siempre
 Usualmente
 A veces
 Nunca
 No aplicable

17. Pensando específicamente en las necesidades de salud mental o conductual de este niño/a, ¿con qué frecuencia el seguro de salud de este niño/a ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen esas necesidades?

- Siempre
 Usualmente
 A veces Nunca
 No sé/No estoy seguro
 No aplicable

18. ¿Hay algún lugar al que este niño vaya USUALMENTE cuando está enfermo y tú u otra persona que lo cuida necesita consejos sobre su salud?

- Sí
- No
- No estoy seguro

19. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio tu hijo/a a un médico, enfermera u otro profesional de la salud para recibir atención de niños/as enfermos, chequeos de rutina del niño/a, exámenes físicos, hospitalizaciones u otro tipo de atención médica?

- 0
- 1
- 2
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8+

20. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces recibió tu hijo/a un chequeo de rutina del niño/a (es decir, un chequeo general), cuando NO estuvo enfermo o lesionado?

- 0
- 1
- 2
- 3+

21. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces visitó tu hijo/a la sala de emergencias de un hospital?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4+

22. Los especialistas son médicos como cirujanos, cardiólogos, alergólogos, dermatólogos y otros médicos especializados en un campo de la atención de salud. ¿Cuántos médicos especialistas diferentes ha visto tu hijo/a en los últimos 12 meses?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5+

23. ¿Cuántas veces ha visto tu hijo/a a un especialista en el último año?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5+

24. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia pudo tu hijo/a ver a un especialista cuando fue necesario?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca
- No aplicable

25. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia pudo tu hijo/a ver a un especialista de manera rápida y oportuna? (te recordamos que los especialistas son médicos como cirujanos, cardiólogos, alergólogos, dermatólogos y otros médicos especializados en un campo de la atención de la salud).

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca
- No aplicable

26. ¿Qué tipo(s) de especialista(s) NO pudiste ver de manera rápida y oportuna? (marca todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia/Inmunología (relacionado con afecciones alérgicas y del sistema inmunológico) | <input type="checkbox"/> Neurocirugía (relacionado con el cerebro y los nervios) |
| <input type="checkbox"/> Cardiología (relacionado con el corazón) | <input type="checkbox"/> Medicina del recién nacido (relacionado con el cuidado de recién nacidos con necesidades especiales) |
| <input type="checkbox"/> Dermatología (relacionado con la piel) | <input type="checkbox"/> Nutrición (relacionado con la alimentación y el crecimiento) |
| <input type="checkbox"/> Medicina del desarrollo (relacionado con el comportamiento y el desarrollo) | <input type="checkbox"/> Oftalmología (relacionado con los ojos) |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología (relacionado con el crecimiento, hormonas, incluida la diabetes) | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología (relacionado con el oído, nariz y garganta) |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterología (relacionado con el sistema digestivo) | <input type="checkbox"/> Cirugía plástica (relacionado con cirugías como procedimientos de labio leporino/paladar hendido) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía general (para procedimientos como la inserción de tubos de alimentación, tubos de respiración, otros) | <input type="checkbox"/> Psiquiatría (relacionado con el comportamiento y salud mental) |
| <input type="checkbox"/> Genética (relacionado con condiciones hereditarias) | <input type="checkbox"/> Pulmonología (relacionado con los pulmones y la respiración) |
| <input type="checkbox"/> Ginecología (relacionado con el sistema rep. femenino) | <input type="checkbox"/> Reumatología (relac. con las articulaciones, el sistema inmunológico) |
| <input type="checkbox"/> Hematología (relacionado con la sangre) | <input type="checkbox"/> Medicina deportiva/Ortopedia (relacionado con el sistema musculoesquelético) |
| <input type="checkbox"/> Nefrología (relacionado con el riñón) | <input type="checkbox"/> Urología (relacionado con el tracto urinario, sistema reproductor masculino) |
| <input type="checkbox"/> Neurología (relacionado con convulsiones, dolores de cabeza y músculos) | |

27. ¿Sabes a quién llamar para obtener respuestas sobre el cuidado o el seguro de tu hijo/a (ej.: si se te niegan los servicios y quieres preguntar por qué)?

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No aplicable

28. ¿Sabes cómo presentar una queja o reclamo sobre la atención médica de tu hijo/a?

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No aplicable

29. ¿Alguna vez has presentado una queja o reclamo sobre la atención médica de tu hijo/a?

Sí

No

***Definición clave: Un administrador de casos ayuda a conseguir citas con médicos especialistas y a la atención de tu hijo/a, y ayuda a obtener referencias a otras agencias, incluida la enfermería de salud pública y los centros regionales.**

30. ¿Se le ha asignado un administrador de casos a tu hijo/a o a tu familia?

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro

31. ¿Quién hace el manejo de casos para tu hijo/a? Marca todas las opciones que apliquen:

CCS del condado

CCS Special Care Center

Mi plan de salud

Centro de Atención Especial de CCS

Centro Regional

Otros (por favor, especifica)

32. ¿Cuán satisfecho has estado en los últimos 12 meses con la forma en que tu administrador de casos ayuda a tu hijo/a a conectarse con los servicios?

Siempre Satisfecho

Usualmente Satisfecho

A veces Satisfecho

Nunca Satisfecho

No aplicable, no he tenido contacto con el administrador de casos en los últimos 12 meses

33. Además de tú y tu familia, ¿quién ayuda a organizar o coordinar la atención de tu hijo/a? Marca todas las opciones que apliquen:

- Enfermera administradora del caso
- Administrador de casos en mi plan de salud
- Alguien en el consultorio del médico de cabecera de mi hijo/a
- Alguien en la Clínica/Centro de atención especial de mi hijo/a
- Administrador de casos del Centro CCS del Condado
- Escuela de mi hijo/a
- Nadie ayuda a coordinar el cuidado de mi hijo/a
- No sé/No estoy seguro

Otros (por favor, especifica)

34. Durante los últimos 12 meses, ¿has sentido que te podría haber servido recibir ayuda adicional para establecer, organizar o coordinar la atención de tu hijo/a entre los diferentes proveedores o servicios de atención médica?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca: No necesité ayuda adicional en los últimos doce meses
- No sé/No estoy seguro
- No aplicable

35. ¿Con qué frecuencia, durante los últimos 12 meses, recibiste la ayuda que necesitabas para organizar o coordinar la atención de tu hijo/a?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca
- No sé/No estoy seguro

36. ¿Con qué frecuencia se coordinan los servicios de tu hijo/a de manera que sean fáciles de usar?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca
- No sé/No estoy seguro
- No aplicable

37. ¿Puedes pensar en lo que podría hacer que los servicios de tu hijo/a estén más coordinados de una manera que sea más fácil de usar para tí? Si es así, por favor escribe tu sugerencia:

38. ¿Con qué frecuencia es fácil coordinar la terapia (terapia física, terapia ocupacional) para tu hijo/a en el entorno escolar?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Nunca
- No sé/No estoy seguro
- No aplicable: Mi hijo/a no necesita terapia en el entorno escolar

39. ¿Los doctores u otros proveedores de atención médica de tu hijo/a han trabajado contigo y este niño/a para crear un plan escrito que satisfaga las metas y necesidades de salud del niño/a?

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro

40. ¿Tú y tu médico/proveedor trabajan juntos como aliados para tomar decisiones sobre la atención médica?

- Siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Nunca

41. ¿Tú y tu médico/proveedor hablan sobre la variedad de opciones de tratamiento y atención para tu niño/a o joven?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Nunca

42. ¿Con qué frecuencia el médico de tu hijo/a u otros proveedores de atención médica pasaron el tiempo suficiente contigo y tu hijo/a?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Nunca

43. ¿Tu proveedor respeta tus solicitudes para que otros (familiares, personas mayores en la comunidad, líderes religiosos o curanderos tradicionales designados por la familia) participen en el proceso que conduce a las decisiones sobre la atención?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Nunca

44. En los últimos 12 meses, ¿has tenido algún problema para obtener equipos o dispositivos médicos especiales (como un andador, silla de ruedas, nebulizador, tubos de alimentación o equipos de oxígeno) o materiales médicos (como pañales, guantes, etc.)?

¿Con que frecuencia
tuviste un problema
para obtenerlos?

¿Cuál fue la razón principal del problema?

Equipos o
dispositivos
médicos

Materiales
médicos

Otro (por
favor, rellena
el cuadro de
comentarios
a
continuación
y responde
aquí)

Otros (por favor, especifica)

45. ¿Qué equipo, dispositivo(s) o materiales tuviste problemas para conseguir? Por favor, especifica a continuación:

Cuando tu hijo/a crezca y se convierta en adulto, pasará de tener médicos que atienden a niños/as a tener médicos que atienden a adultos. Las siguientes preguntas son sobre esta transición.

46. ¿Tiene tu niño/a 14 años o más?

Sí

No

47. ¿Han hablado los médicos u otros proveedores de atención médica con tu hijo/a sobre cómo se cubrirán sus necesidades de atención médica cuando tu hijo/a cumpla 21 años?

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro

48. ¿Alguna de las siguientes personas u organizaciones ha ayudado a tu hijo/a a encontrar un proveedor médico para adultos? Marca todas las opciones que apliquen:

- CCS
- Plan de salud
- Nuestro pediatra
- Ninguno de los anteriores

Otros (por favor, especifica):

49. En caso afirmativo, ¿pudiste encontrar un médico o proveedor para adultos?

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro

50. Si te resultara útil contar con más información sobre el cambio de servicios de niños/as a adultos, ¿de qué manera sería más útil? (marca todo lo que corresponda a continuación):

- Cara a cara con el proveedor
- Folleto u otros materiales de lectura
- Carta en el correo
- Grupo de redes sociales
- Video de redes sociales
- En la escuela
- En la Unidad de Terapia Médica (MTU)
- Grupo/servicios de apoyo para pacientes
- Taller o sesión informativa
- Tener más información sobre el cambio de servicios de niños/as a adultos NO me sería útil

51. ¿Qué información sobre la transición del cuidado de niños/as a adultos para tu hijo/a sería útil?

52. ¿Tu proveedor pregunta sobre el bienestar de tu familia (adultos y niños/as) y tus necesidades de apoyo?

- Siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Nunca

53. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que tú u otros miembros de la familia necesitaron los siguientes servicios y no los recibieron?:

| | ¿Se necesitó servicio familiar? | ¿Con qué frecuencia tu familia recibió toda la atención | Razón por la que NO recibió servicio o atención |
|---|---------------------------------|---|---|
| Cuidado de relevo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Asesoramiento genético | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atención a la salud mental, apoyo o asesoramiento emocional | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ayuda con asuntos legales | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ayuda con problemas de vivienda | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ayuda para acceder a comida, Asistencia y otros Beneficios del Gobierno | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (, rellena a continuación y responde por ese servicio) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Otros (por favor, especifica)

54. ¿Cuál es tu ingreso familiar anual?

- Menos de \$20,000
- \$20,000 to \$34,999
- \$35,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$74,999
- \$75,000 to \$99,999
- Más de \$100,000

55. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que has completado?

- Escuela media
- Parte de escuela secundaria
- Diploma de secundaria o GED
- Algo de College
- Título de bachiller de College
- Nivel graduado o superior

56. ¿Cuántas horas por semana pasan tú u otros miembros de la familia para organizar o coordinar la atención?

- 0 - 5 horas por semana
- 6 - 10 horas por semana
- 11 - 15 horas por semana
- 16 - 20 horas por semana
- 20 + horas por semana

Otro (por favor, especifica)

57. ¿Cuántas horas por semana pasan tú u otros miembros de la familia proveyendo atención médica de tu hijo/a en el hogar para tu hijo/a?

- 0 - 10 horas por semana
- 10 - 20 horas por semana
- 20 - 30 horas por semana
- 30 - 40 horas por semana
- 40 - 50 horas por semana
- 50 - 60 horas por semana
- 60 - 70 horas por semana
- 70 + horas por semana

Otro (por favor especifica)

58. ¿Alguna vez tú u otros miembros de la familia redujeron las horas o tuvieron que dejar un trabajo debido a la salud de tu hijo/a?

- Sí
- No
- No estoy seguro

59. ¿Un proveedor de atención médica o un administrador de casos te ha vinculado con apoyo (ej.: grupos de apoyo familiar, mentores de padres, grupos de apoyo por internet, etc.)?

- Sí
- No
- No aplicable (no has tenido necesidad de apoyo)

60. Si sientes que un mayor apoyo social y/o emocional te ayudaría a ti o tu familia a sobrellevar la situación, ¿qué tipo de apoyo social y/o emocional te gustaría para ti o tu familia? Por favor, marca todas las que correspondan:

- Grupo de apoyo por internet o telefónico
- Grupo de apoyo en persona
- Madre o Padre mentor o madre o padre compañero
- No aplicable

Otros (enumere otros apoyos sociales y/o emocionales aquí)

61. Si tu hijo/a está o ha estado asegurado con CCS, ¿hay algún comentario adicional sobre el programa CCS u otros servicios que tu hijo/a haya recibido y que te gustaría compartir? (Nota: si nunca has tenido los servicios de CCS para tu hijo/a, por favor, omite esta pregunta)

62. ¿Cuál es tu satisfacción general con los servicios de CCS? (Nota: si nunca has tenido los servicios de CCS para tu hijo/a, por favor, omite esta pregunta)

- 0 – Muy insatisfecho
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – Muy satisfecho

63. ¿Cuál es tu satisfacción general con los servicios que tu plan de salud brinda a tu hijo/a? Si tu hijo/a no tiene seguro médico, por favor, siéntete libre de omitir esta pregunta.

- 0 – Muy insatisfecho
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – Muy satisfecho

64. ¿Quién te pidió que completaras esta encuesta o te envió esta encuesta?

- CCS del condado
- Plan de Salud
- Centro Local de Recursos Familiares
- Family Voices
- Children Now
- El médico de mi hijo/a

Otro (por favor, especifica)

65. ¿Cómo completaste esta encuesta?

- En CCS como parte del papeleo anual
- En el especialista de mi hijo/a
- Por teléfono (alguien me llamó)
- Por computadora (respondí en Survey Monkey)
- Por Smartphone (respondí en Survey Monkey)
- Alguien me entrevistó por teléfono en inglés
- Alguien me entrevistó por teléfono en español
- Alguien me entrevistó por teléfono en otro idioma

¡Muchas gracias por tomarte el tiempo de responder esta encuesta! La información de esta encuesta se utilizará para ayudar a mejorar el programa y los servicios de CCS para niños/as y jóvenes con necesidades especiales de atención médica. Si tienes alguna pregunta sobre esta encuesta, puedes comunicarte con el Family Health Outcomes Project al (415)-476-5283.