

FOLIO: -

Fecha Entrevista

<input type="text"/> Día	<input type="text"/> Mes	2010
--------------------------	--------------------------	------

Hora Inicio Entrevista Hora Término Entrevista

<input type="text"/> :	<input type="text"/> :
------------------------	------------------------

Región	Comuna	Área
<input type="text"/>	<input type="text"/>	U R

Anote de su GPS:

Coordenada X:
Coordenada Y:

Resultado Visita: Consulte por la persona seleccionada y registre: fecha y resultado de la visita, para resultado utilice códigos de anexo en su carpeta

Nº	Fecha	Resultado	Otra
1			
2			
3			
4			
5			

Nombre niño(a) seleccionado(a):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Fecha de nacimiento:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Día	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Año

Encuestador:	Supervisor:
--------------	-------------

Nombre Madre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Fecha de nacimiento:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Día	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Año

Dirección:	Teléfono Fijo (código de área - fono)	Teléfono Celular: (fono)
------------	--	-----------------------------

Villa / Población:	Localidad:	Comuna:	Región:
--------------------	------------	---------	---------

Correo Electrónico 1 (e-mail):	Correo Electrónico 2 (e-mail):
--------------------------------	--------------------------------

Marque frecuencia de uso correo 1: <table border="0"> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> Más de 1 vez al día</td> <td>5. <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por mes</td> </tr> <tr> <td>2. <input type="checkbox"/> 1 vez al día</td> <td>6. <input type="checkbox"/> 1 vez al mes</td> </tr> <tr> <td>3. <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces semana</td> <td>7. <input type="checkbox"/> Casi nunca</td> </tr> <tr> <td>4. <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana</td> <td></td> </tr> </table>	1. <input type="checkbox"/> Más de 1 vez al día	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por mes	2. <input type="checkbox"/> 1 vez al día	6. <input type="checkbox"/> 1 vez al mes	3. <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces semana	7. <input type="checkbox"/> Casi nunca	4. <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana		Marque frecuencia de uso correo 2: <table border="0"> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> Más de 1 vez al día</td> <td>5. <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por mes</td> </tr> <tr> <td>2. <input type="checkbox"/> 1 vez al día</td> <td>6. <input type="checkbox"/> 1 vez al mes</td> </tr> <tr> <td>3. <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces semana</td> <td>7. <input type="checkbox"/> Casi nunca</td> </tr> <tr> <td>4. <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana</td> <td></td> </tr> </table>	1. <input type="checkbox"/> Más de 1 vez al día	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por mes	2. <input type="checkbox"/> 1 vez al día	6. <input type="checkbox"/> 1 vez al mes	3. <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces semana	7. <input type="checkbox"/> Casi nunca	4. <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana	
1. <input type="checkbox"/> Más de 1 vez al día	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por mes																
2. <input type="checkbox"/> 1 vez al día	6. <input type="checkbox"/> 1 vez al mes																
3. <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces semana	7. <input type="checkbox"/> Casi nunca																
4. <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana																	
1. <input type="checkbox"/> Más de 1 vez al día	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por mes																
2. <input type="checkbox"/> 1 vez al día	6. <input type="checkbox"/> 1 vez al mes																
3. <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces semana	7. <input type="checkbox"/> Casi nunca																
4. <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana																	

¿Espera Ud. cambiar de domicilio en el próximo año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué comuna?	¿A qué región?
--	----------------	----------------

¿Con qué familiar, que no viva con Ud., podríamos contactarnos en el futuro en caso que Ud. cambie domicilio?

Parentesco con Ud.:	Nombre:	Teléfono Fijo (código de área - fono)	Teléfono Celular: (fono)
---------------------	---------	--	-----------------------------

Dirección de ese pariente:	Comuna:
----------------------------	---------

Sra... El Centro de Microdatos de la Universidad de Chile está desarrollando la **Primera Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia** en la población de niños menores a 5 años de Chile. **El propósito de este estudio es obtener información estadística sobre la población infantil chilena**, la que será utilizada en investigaciones académicas destinadas a mejorar las condiciones de los niños en nuestro país.

Ud. y uno de sus hijos(as) han sido seleccionados a través de procedimientos científicos de muestreo al azar para participar en este estudio. Estaríamos complacidos si Ud. decide participar de este estudio, pero si decidiera no hacerlo respetaremos su decisión. Con su consentimiento yo (el entrevistador) le formularé varias preguntas sobre su situación socioeconómica y las características educacionales de Ud. y su familia. También le preguntaré sobre aspectos de su embarazo e información de su hijo(a) relacionados a su cuidado, educación y salud. Adicionalmente, uno de sus hijos participará de una entrevista con psicólogos especialistas en desarrollo infantil. Esta entrevista

forma parte de un esfuerzo académico para caracterizar el impacto de la educación temprana sobre el aprendizaje y rasgos de personalidad de los niños(as). Los resultados de estas entrevistas serán resguardadas bajo absoluta reserva y serán mantenidos en un sistema de seguridad que cumplen con estándares internacionales.

Debo aclararle que no hay respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que le formularé. Nuestro interés es sólo recoger lo que Ud. piensa sobre los distintos temas de la encuesta. Por favor solicítame una aclaración si Ud. no entiende alguna de las preguntas. Si existiese alguna pregunta que Ud. no quisiera responder, por favor hágalo saber para continuar con la siguiente pregunta. Todo lo que nos diga será completamente confidencial.

La entrevista tendrá una duración aproximada de unos 45 minutos. Su participación es voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Si Ud. tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactarse con los encargados de éste, al teléfono (56-2) 600-978 5000. O bien puede chequear en nuestro sitio web toda la información relativa a la encuesta y a los encuestadores en www.microdatos.cl

Garantía de Confidencialidad: El Centro de Microdatos de la Universidad de Chile adhiere a lo establecido en La ley Orgánica N° 17.374 del Instituto Nacional de Estadísticas que, en los artículos que señala, determina lo siguiente: Artículo 29: “El Instituto Nacional de Estadísticas, los Organismos Fiscales, Semifiscales y Empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a las personas o entidades determinadas, de que se haya tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el “SECRETO ESTADISTICO”. Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto por el artículo 247° del Código Penal.

MÓDULO A: Composición del Hogar

A1. ¿Vive aquí el(la) niño(a) _____ ?

1. Sí → *Pase a A3*
2. No

A2. ¿Ud. tiene conocimiento de por qué el(la) niño(a) seleccionado(a) no vive en este hogar?

1. Vive con otro familiar. *Especifique y consulte dirección*
2. Vive con otro no familiar. *Especifique y consulte dirección*
3. Falleció

Todas las alternativas → Fin cuestionario

Especifique

A3. El(la) niño(a) seleccionado(a) tiene un hermano(a) gemelo(a), mellizo(a), trillizo(a) o cuatrillizo(a)?

1. Sí, gemelo(a) → nueva encuesta
2. Sí, mellizo(a) → nueva encuesta
3. Sí, trillizo(a) → nueva encuesta
4. Sí, cuatrillizo(a) → nueva encuesta
5. No

A4. ¿Vive aquí la Madre Biológica del(de la) niño(a) seleccionado(a)?

1. Sí → *Pase a A10*
2. No

A5. ¿Qué edad tenía el(la) niño(a) seleccionado(a) cuando la Madre Biológica dejó de vivir con él(ella)?
Anote meses y años

Meses	Años
-------	------

A6. ¿Por qué razón no vive la Madre Biológica con el(la) niño(a) seleccionado(a)?

1. Divorciada/Anulada/Separada
2. Falleció → *Pase a A9*
3. En prisión
4. Nunca ha vivido con él(ella)
5. Viaje → *Consultar fecha regreso y volver nuevamente al hogar*
6. Otra. *Especificar*

Especifique

A7. ¿Con qué frecuencia el(la) niño(a) seleccionado(a) es visitado por la Madre Biológica?

1. Todos los días
2. 5 a 6 días de la semana
3. 3 a 4 días a la semana
4. 1 a 2 días a la semana
5. 1 vez cada 15 días
6. 1 vez al mes
7. No tiene contacto con el(la) niño(a)

A8. ¿El(la) niño(a) seleccionado(a) recibe algún tipo de aporte económico por parte de la Madre Biológica?

1. Sí
2. No

A9. Dado que la Madre Biológica no vive en el hogar, indique quién es la persona responsable del cuidado del(de la) niño(a) seleccionado(a) que vive en este hogar

1. Otro familiar. *Especificar*
2. Otro no familiar. *Especificar*

Especifique

A10. ¿Cuál es el nombre del Padre Biológico?

A11. ¿Vive aquí el Padre Biológico del(de la) niño(a) seleccionado(a)?

1. Sí → *Pase a A16*
2. No

A12. ¿Qué edad tenía el(la) niño(a) seleccionado(a) cuando el Padre Biológico dejó de vivir con él(ella)?
Anote meses y años

Meses	Años
-------	------

A13. ¿Por qué razón no vive el Padre Biológico con el(la) niño(a) seleccionado(a)?

1. Divorciado/Anulado/Separado
2. Falleció → *Pase a A16*
3. En prisión
4. Nunca ha vivido con él(ella)
5. Viaje → *Consultar fecha regreso y volver nuevamente al hogar*
6. Otra. *Especificar*

Especifique

A14. ¿Con qué frecuencia el(la) niño(a) seleccionado(a) es visitado por el Padre Biológico?

1. Todos los días
2. 5 a 6 días de la semana
3. 3 a 4 días a la semana
4. 1 a 2 días a la semana
5. 1 vez cada 15 días
6. 1 vez al mes
7. No tiene contacto con el(la) niño(a)

A15. ¿El(la) niño(a) seleccionado(a) recibe algún tipo de aporte económico por parte del Padre Biológico?

1. Sí
2. No

MÓDULO B: Educación

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

B1. ¿Asiste Ud. actualmente a algún establecimiento educacional?

1. Sí
2. No

B2C. ¿Qué **Curso** realiza actualmente o cuál es su último curso aprobado?

- 19 Ninguno
- 88 No responde
- 99 No Sabe

B2N. ¿A qué **Nivel** educacional corresponde?

1. Sala Cuna
2. Jardín Infantil
3. Pre Kinder
4. Kinder
5. Preparatoria (Sistema Antiguo)
6. Educación Básica
7. Educación Diferencial
8. Humanidades (Sistema Antiguo)
9. Educación Media Científico-Humanista
10. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)
11. Educación Media Técnico Profesional
12. Centro de Formación Técnica incompleta (sin título)
13. Centro de Formación Técnica completa (con título)
14. Instituto Profesional incompleta (sin título)
15. Instituto Profesional completa (con título)
16. Educación Universitaria incompleta (sin título)
17. Educación Universitaria completa (con título)
18. Universitaria de Postgrado
19. Ninguno
88. No responde
99. No sabe

Sólo para B1=1 y B2N=1 a 11

B3. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento?

1. Municipal
2. Particular Subvencionada
3. Corporación de Administración Delegada
4. Particular no subvencionado
5. JUNJI
6. INTEGRA
7. Jardín Infantil o Sala Cuna del trabajo de la madre o del padre

Para Madres con hijos(as) que asisten a Salas Cunas o Jardín Infantil (B1=1 y B2N=1 ó 2)

B4. ¿La utilización de Salas Cunas o Jardines Infantiles la ha favorecido para entrar o volver a estudiar/trabajar?

1. Sí
2. No
3. No estudia/No trabaja

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

B1	B2C	B2N	B3	B4	
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10

SÓLO DESOCUPADOS (C4=1 ó C5=1 ó 2)		SÓLO INACTIVOS (C5>=3)	SÓLO OCUPADOS (C1=1 ó C2=1 a 6 ó C3=1) Y CESANTES (C7=1)			
<p>C6. ¿Hace cuánto tiempo que buscó o busca trabajo?</p> <p><i>Señale el número de meses, semanas o días cumplidos</i></p> <p>C7. ¿Ha trabajado alguna vez? (NO lea alternativas)</p> <p>1. Sí, está cesante → <i>Pase a C9</i> 2. No, Busca por 1ª vez → <i>Pase a D1</i></p>		<p>C8. ¿Habría aceptado una oferta de trabajo con remuneración o pago en las <u>últimas cuatro semanas</u>?</p> <p>1. Sí → <i>Pase a D1</i> 2. No → <i>Pase a D1</i></p>	<p>C9. En su <u>trabajo principal</u>, Ud. trabaja como: <i>Si está cesante (C7=1), indique el último trabajo desempeñado (Lea alternativas)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patrón o empleador 2. Trabajador por cuenta propia 3. Empleado u obrero del sector público (Gov. Central o Municipal) 4. Empleado u obrero de empresas públicas 5. Empleado u obrero del sector privado 6. Servicio doméstico puertas adentro 7. Servicio doméstico puertas afuera 8. Familiar No Remunerado 9. FF.AA. y del Orden <p>C10. ¿Cuál es su ocupación u oficio o qué hace Ud. en su <u>trabajo principal</u>?</p> <p><i>Si está cesante (C7=1), indique el último trabajo desempeñado</i></p> <p>C11. ¿Qué clase de actividad realiza la empresa, industria o servicio donde desempeña su <u>trabajo principal</u>?</p> <p><i>Si está cesante (C7=1), describa a qué se dedica la empresa para la cual Ud. estuvo trabajando</i> <i>Cesantes → Pase a D1</i></p>			
SÓLO DESOCUPADOS (C4=1 ó C5=1 ó 2)		SÓLO INACTIVOS (C5>=3)	SÓLO OCUPADOS (C1=1 ó C2=1 a 6 ó C3=1) Y CESANTES (C7=1)			
C6	C7	C8	C9	C10	C11	
						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10

15 AÑOS O MÁS

SÓLO ENTREVISTADA(O)

D8. ¿Cuál fue el total de ingresos recibidos el mes pasado por **pensión de alimentos, dinero aportado por familiares ajenos al hogar** residentes en el país o fuera del país? Especifique en **D10**

D9. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total en dinero y en especie, por sus **otras ocupaciones** distintas a la ocupación principal?

D10. Especifique

D11. ¿Cuál fue el **ingreso promedio del hogar** durante los últimos 12 meses considerando todas las fuentes de ingreso?

15 AÑOS O MÁS

SÓLO ENTREVISTADA(O)

Monto (\$)

Tramo

Monto (\$)

Tramo

D10 Especifique

Monto (\$)

Tramo

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

MÓDULO E: Previsión Social

SÓLO ENTREVISTADA(O)

E1. ¿Se encuentra cotizando en algún sistema previsional (sistema de pensiones)?

1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones)
2. Sí, INP (Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS))
3. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA)
4. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA)
5. Sí, Otra. *Especificar*
6. Está afiliado pero No está cotizando
7. No está afiliado
8. No responde
9. No sabe

Especifique

E2. ¿Cuál es su sistema previsional de salud?

1. FONASA grupo A
2. FONASA grupo B
3. FONASA grupo C
4. FONASA grupo D
5. FONASA, pero no conoce grupo
6. Caja de Previsión de FFAA
7. ISAPRE
8. Ninguno (particular)
9. Otro. *Especificar*

Especifique

E3a. En caso de que Ud. o alguno de sus hijos(as) requiera atención médica de emergencia, ¿cuál es el servicio de salud al que Ud. recurriría?:

1. Consultorio Municipal
2. Hospital del Sistema Nacional de Salud (SNSS)
3. Mutual de Seguridad
4. Clínica Privada
5. Establecimiento de las FF.AA. o de Orden
6. Servicios de salud móviles (ejemplo: Help o Unidad Coronaria)

E3b. ¿Cuál es el nombre del servicio de salud al que Ud. recurriría?

MÓDULO F: Activos y Patrimonio

SÓLO ENTREVISTADA(O)

F1. Registre el número de orden del Sostenedor Principal del Hogar (de la persona que aporta los mayores ingresos al hogar)

F2. ¿Cuál es la actividad o cargo del Sostenedor Principal (de la persona que aporta los mayores ingresos al hogar)?

En caso de Cesante o Jubilado refiérase a la última actividad

1. Trabajos menores ocasionales e informales
2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato
3. Obrero calificado, capataz, junior, microempresario
4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas. Profesor Primario o Secundario
5. Ejecutivo medio (Gerente, subgerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo)
6. Alto ejecutivo (Gerente General) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio
7. Inactivos (Dueña de casa, Estudiante) cuyo ingreso proviene de medida de persona ajena al hogar

F3. ¿Tiene este hogar alguno de los siguientes artefactos y/o servicios?

	Sí	No
a. Refrigerador	1	2
b. Lavadora automática	1	2
c. Videograbador o DVD	1	2
d. Horno microondas	1	2
e. Calefont/caldera o termo eléctrico	1	2
f. Cámara de video	1	2
g. Teléfono celular con contrato	1	2
h. Conexión a Internet (pagada)	1	2
i. Computador de escritorio (PC)	1	2
j. Computador portátil (notebook, laptop)	1	2
k. TV Cable o satelital (pagada)	1	2

F4. Indique el tipo de vivienda que ocupa la(el) entrevistada(o)

1. Casa
2. Casa en cité
3. Casa en condominio
4. Departamento en edificio
5. Pieza en casa o departamento
6. Pieza en casa antigua o conventillo
7. Mediagua, Mejora u Otro tipo

F5. ¿Cuál es el material predominante en el piso de su vivienda?

1. Radier revestido (parquet, cerámica, tabla, linóleo, flexit, baldosa, alfombra...)
2. Radier no revestido
3. Tabla o parquet sobre soleras o vigas
4. Madera, plástico o pastelón directo sobre tierra
5. Piso de tierra

F6. ¿Cuántas piezas de cada tipo posee esta vivienda?

F6_1 Dormir:

F6_2 Estar y Comer:

F6_3 Estar, Comer y Dormir:

F6_4 Estar, Comer, Dormir y Cocinar:

F6_5 Estar, Comer y Cocinar:

F6_6 Cocina:

F6_7 Baños:

G2. ¿A cuántos controles asistió mientras estuvo embarazada?

1. Menos de 3
2. Entre 3 y 5
3. Entre 5 y 7
4. Más de 7

G3. ¿Durante el embarazo tuvo alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con "X")

Respuesta Múltiple
MOSTRAR TARJETA 3

1. Preeclampsia o toxemia
2. Colestasia intrahepática del embarazo o colestasia obstétrica
3. Infecciones urinarias
4. Hemorragias
5. Hipertensión arterial
6. Placenta Previa
7. Diabetes gestacional
8. Anemia
9. Toxoplasmosis
10. Rubéola
11. Sífilis
12. Otra. *Especificar*
13. No

Especifique

G4a. ¿Durante el embarazo le diagnosticaron alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque con "X")

Respuesta Múltiple
MOSTRAR TARJETA 4

1. Depresión
2. Trastorno bipolar
3. Trastorno de ansiedad generalizada
4. Trastorno obsesivo compulsivo
5. Fobia
6. Trastorno de pánico
7. Trastorno estrés postraumático
8. Otra. *Especificar*
9. No

Especifique

G4b. ¿Tuvo alguna derivación psicológica o psiquiátrica?

1. Sí
2. No

G5a. ¿Durante el embarazo se le comunicó de algún problema, enfermedad, factor de riesgo o rezago del(de la) niño(a)?

1. Sí. *Especificar*
2. No
8. No responde
9. No sabe/No recuerda

Especifique

G5b. ¿Antes de su embarazo su estado nutricional era? (**Lea alternativas**)

1. Bajo peso
2. Peso normal
3. Sobrepeso
4. Obesidad
8. No responde
9. No sabe/No recuerda

F7. La vivienda que ocupa es:

1. Propia pagada
2. Propia pagándose
3. Propia compartida con otros hogares
4. Arrendada
5. Cedida por empresa
6. Cedida por familiar o amigo

F8. Aproximadamente, ¿cuánto paga (o tendría que pagar) al mes por el arriendo de esta vivienda o pieza?

Sí la(e) entrevistada(o) no sabe o no responde anote 99 y consulte por tramo: ¿En qué tramo se encontraría ese ingreso?

MOSTRAR TARJETA 2

Monto (\$)

Tramo

MÓDULO G: Embarazo de la Madre

SÓLO ENTREVISTADA(O)

PREGUNTAR G1 a G12 SÓLO SI ENTREVISTADA(O)=Madre Biológica A16=1; Resto → **Pase a G13**

G1. Cuando usted estuvo embarazada del niño(a) seleccionado, ¿controló su embarazo con un médico?

1. Sí
2. No → **Pase a G3**

G6a. ¿Durante el embarazo su estado nutricional era?
(Lea alternativas)

1. Bajo peso
2. Normal
3. Sobrepeso
4. Obesidad
8. No responde
9. No sabe/No recuerda

G6b. ¿Cuánto peso ganó desde el inicio del embarazo hasta el momento antes del nacimiento de su hijo(a)?

1. Entre 5 y 10 kilos
2. Entre 11 y 15 kilos
3. Entre 16 y 20 kilos
4. Más de 20 kilos

G7a. ¿Durante el embarazo fumó cigarrillos?

1. Sí
2. No → *Pase a G8a*
8. No responde → *Pase a G8a*

G7b. ¿Cuántos cigarrillos fumó en promedio mensualmente?
Indicar cantidad mensual

G8a. ¿Durante los primeros 6 meses de vida del(de la) niño(a) fumó cigarrillos?

1. Sí
2. No → *Pase a G9*
8. No responde → *Pase a G9*

G8b. ¿Cuántos cigarrillos fumó durante los primeros 6 meses de vida del(de la) niño(a) en promedio?
Indicar cantidad mensual

G9. ¿Durante el embarazo tomó alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, pisco u otros licores?
MOSTRAR TARJETA 5

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente
8. No responde

G10. ¿Durante los primeros 6 meses de vida del(de la) niño(a) tomó alguna bebida alcohólica?
MOSTRAR TARJETA 5

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente
8. No responde

G11a. ¿Durante el embarazo consumió algún tipo de medicamento?
MOSTRAR TARJETA 5

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente
8. No responde

G11b. ¿Durante el embarazo consumió algún tipo de droga?
MOSTRAR TARJETA 5

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente
8. No responde

G12a. ¿Durante los primeros 6 meses de vida del(de la) niño(a) consumió algún tipo de medicamento?
MOSTRAR TARJETA 5

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente
8. No responde

G12b. ¿Durante los primeros 6 meses de vida del(de la) niño(a) consumió algún tipo de droga?
MOSTRAR TARJETA 5

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente
8. No responde

G12c. Al momento del trabajo de parto, ¿estaba acompañada por su pareja, algún familiar o persona afectivamente significativa para Ud.?

1. Sí. *Especificar*
2. No
8. No responde

Especifique

Preguntas G13 a G15 sólo para MUJERES

G13. ¿Esta Ud. actualmente embarazada?

1. Sí
2. No → *Pase a G16*
8. No responde → *Pase a G16*

G14. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?

Indicar cantidad semanal

Semanas

G15. ¿Cuál es el peso que ha ganado desde el inicio de su embarazo?

Indicar cantidad en kilos

Kilos

SÓLO ENTREVISTADA(O)

G16. ¿En qué tipo de establecimiento nació el (la) niño(a)?

1. Hospital del SNSS
2. Establecimiento de las FF.AA. o de Orden
3. Clínica u Hospital Privado
4. Mutual de Seguridad
5. Otro

G17. Al momento del nacimiento, ¿existió alguna de las siguientes complicaciones?

Respuesta Múltiple (Lea alternativas)

	Sí	No
1. Prolapso del cordón umbilical (el cordón umbilical aparece por el cuello uterino antes que el feto)	1	2
2. Sufrimiento fetal agudo (alteraciones de los latidos del feto)	1	2
3. Cordón umbilical corto	1	2
4. Posición del feto (de nalgas o de cara)	1	2
5. Parto prolongado, estacionado o contracciones inefaces	1	2
6. Parto prematuro (antes de las 37 semanas)	1	2
7. Otro. <i>Especificar</i>	1	2

Especifique

G18. ¿El nacimiento fue por parto normal, cesárea o fórceps?

1. Parto normal
2. Cesárea
3. Fórceps
4. Otro. *Especificar*

Especifique

G19. Posterior al embarazo, ¿se le diagnosticó por un especialista, depresión post parto?

1. Sí
2. No
9. No sabe

G20. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía Ud. cuando nació el(la) niño(a)?

Semanas

Anote 99 si No sabe

G21. ¿El(la) niño(a) permaneció en incubadora durante algún tiempo?

1. Sí
2. No → *Pase a G23*

G22. ¿Cuántos días permaneció en incubadora?

Días

Anote 99 si No sabe

G23. ¿Cuál fue la talla/altura del(de la) niño(a) al nacer?

Cms

Anote 99 si No Sabe

G24. ¿Cuál fue el peso del(de la) niño(a) al nacer?

Grs

Anote 99 si No Sabe

G25. ¿Cuál fue su puntuación en el Test de Apgar?

Anote 99 si No Sabe y luego explique Test y vuelva a consultar (a.2 y b.2)

a.1) Medición 1 (1 Minuto)

b.1) Medición 2 (5 Minutos)

a.2) Medición 1 (1 Minuto)

b.2) Medición 2 (5 Minutos)

G26. ¿El recién nacido fue amamantado por su Madre Biológica?

1. Sí → *Pase a G28*
2. No

G27. ¿Por qué no fue amamantado por su Madre Biológica?

→ *Pase a G29*

G28. ¿Hasta que mes de vida del(de la) niño(a) fue amamantado por la Madre Biológica?

Mes

G29. ¿Fue necesario antes de los 6 meses que en la alimentación del(de la) niño(a) se incluyera algún suplemento alimenticio de la leche materna?

1. Sí
2. No → *Pase a G31*

G30. ¿El suplemento alimenticio fue indicado por algún pediatra?

1. Sí
2. No
9. No sabe

G31. ¿El(la) niño(a) asiste regularmente a sus controles pediátricos?

1. Sí
2. No

G32. ¿Cuáles han sido las enfermedades más frecuentes que el(la) niño(a) ha presentado desde su nacimiento? (*Marque con "X"*)

Respuesta Múltiple

MOSTRAR TARJETA 6

- | | |
|--|--|
| 1. Problemas Respiratorios | |
| 2. Problemas Gastrointestinales | |
| 3. Problemas Renales | |
| 4. Problemas del Crecimiento | |
| 5. Problemas Visuales | |
| 6. Problemas Auditivos | |
| 7. Enfermedades a la Piel | |
| 8. Trastornos del aprendizaje | |
| 9. Problemas de Salud Mental | |
| 10. Problemas Traumatológicos | |
| 11. Problemas Dentales | |
| 12. Problemas Neurológicos | |
| 13. Problemas de retraso del desarrollo en el aprendizaje (psicomotor) | |
| 14. Ninguno | |

G33. En caso de problemas urgentes de salud del(de la) niño(a), ¿quién asume su cuidado?

1. Padre/tutor
2. Madre/tutora
3. Cónyuge o pareja
4. Nana (servicio doméstico)
5. Otro familiar. *Especificar*
6. Otro no familiar. *Especificar*
9. No sabe

Especifique

G40. ¿Alguno de los padres biológicos del(de la) niño(a) tiene antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No	No sabe
a. Problemas respiratorios	1	2	9
b. Problemas gastrointestinales	1	2	9
c. Problemas renales	1	2	9
d. Problemas del crecimiento	1	2	9
e. Problemas auditivos	1	2	9
f. Problemas visuales	1	2	9
g. Enfermedades a la piel	1	2	9
h. Trastornos del aprendizaje	1	2	9
i. Problemas traumatológicos	1	2	9
j. Problemas de retraso del desarrollo en el aprendizaje (psicomotor)	1	2	9
k. Cáncer	1	2	9
l. Diabetes	1	2	9
m. Hipertensión	1	2	9
n. Problemas al corazón	1	2	9
o. Otra. <i>Especificar</i>	1	2	9

Especifique

G41. ¿Existen antecedentes de algún familiar cercano (abuelos, tíos, primos, etc.) de alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No	No sabe
a. Problemas respiratorios	1	2	9
b. Problemas gastrointestinales	1	2	9
c. Problemas renales	1	2	9
d. Problemas del crecimiento	1	2	9
e. Problemas auditivos	1	2	9
f. Problemas visuales	1	2	9
g. Enfermedades a la piel	1	2	9
h. Trastornos del aprendizaje	1	2	9
i. Problemas traumatológicos	1	2	9
j. Problemas de retraso del desarrollo en el aprendizaje (psicomotor)	1	2	9
k. Cáncer	1	2	9
l. Diabetes	1	2	9
m. Hipertensión	1	2	9
n. Problemas al corazón	1	2	9
o. Otra. <i>Especificar</i>	1	2	9

Especifique

G42. En los últimos 7 días, ¿la madre/tutora, el padre/tutor u otro familiar participó en alguna de las siguientes actividades con el(la) niño(a)?

	Sí			No
	Madre/Tutora	Padre/Tutor	Otro Familiar	Nadie
a. Leer libros de cuentos/historias o mirar libros de dibujos con el niño(a)	1	2	3	4
b. Contarle historias al niño(a)	1	2	3	4
c. Cantar canciones con el niño(a)	1	2	3	4
d. Llevar al niño(a) a plazas, parques, zoológicos o museos	1	2	3	4
e. Jugar con el niño(a)	1	2	3	4
f. Pasar tiempo con el niño(a) conversando con él y/o haciendo dibujos	1	2	3	4

MÓDULO H: Aprendizaje y Programa Chile Crece Contigo

SÓLO ENTREVISTADA(O)

	Sí	No	No sabe
H1. El(la) niño(a) sale de la casa al menos cuatro veces por semana (distracciones)	1	2	9
H2. El(la) niño(a) es llevado(a) con regularidad a un consultorio médico	1	2	9
H3. El(la) niño(a) tiene un lugar especial en el cual mantener sus juguetes y pertenencias	1	2	9
H4. El(la) niño(a) tiene uno o más juegos que implican actividad muscular	1	2	9
H5. El(la) niño(a) tiene juguetes para empujar y tirar	1	2	9
H6. El(la) niño(a) tiene al menos un juguete con ruedas en el que se puede subir	1	2	9
H7. Hay materiales de aprendizaje apropiados para su edad: juguetes de peluche, disfraces, etc.	1	2	9
H8. Hay equipos de aprendizaje apropiados para su edad: móviles, mesa y silla; silla alta para niños, corral, etc.	1	2	9
H9. Hay material literario y musical: libros, discos, instrumentos musicales, etc.	1	2	9
H10. El Padre o tutor provee de algún cuidado al(a la) niño(a) cada día (o figura paterna)	1	2	9
H11. La Madre o tutora lee historias al(a la) niño(a), al menos tres veces a la semana	1	2	9
H12. El(la) niño(a) come, al menos, una comida al día con sus padres o tutores	1	2	9
H13. El(la) niño(a) tiene tres o más libros de su propiedad (o compartidos con sus hermanos)	1	2	9

H14. ¿Conoce o ha escuchado el programa Chile Crece Contigo?

1. Sí
2. No → *Pase a H18*

H15. ¿Ud. o el padre (madre) del niño(a) han tenido acceso a servicios de del sitio web (consultas a especialistas) de Chile Crece Contigo?

1. Sí
2. No, no tengo acceso a Internet
3. No, no lo he necesitado
4. No, no conozco ese servicio
5. No, otra razón. *Especificar*

Especifique

H16. ¿Ud. participa en el programa social de Gobierno Chile Crece Contigo?

1. Sí
2. No → *Pase a H18*

H17. ¿En qué medida cree Ud. que los beneficios del programa social Chile Crece Contigo han sido importantes?

MOSTRAR TARJETA 7

1. Muy importantes
2. Algo importantes
3. Poco importantes
4. Nada importantes

H18. ¿Ud. o el padre (madre) del(de la) niño(a) recibieron información acerca de la gestión y desarrollo infantil temprano en consultorios?

1. Sí
2. No → *Pase a H21*

H19. ¿Fue útil para usted fue la información entregada acerca de la gestión y desarrollo infantil temprano?

MOSTRAR TARJETA 8

1. Muy útil
2. Algo útil
3. Poco útil
4. Nada útil

H20. ¿Considera que la información entregada fue información de calidad?

1. Sí
2. No

H21. ¿Ud. o el padre (madre) del(de la) niño(a) asistieron a talleres de educación para padres?

1. Sí
2. No → *Pase a H24*

H22. ¿Cuántas veces fueron?

Indique número de veces

H23. ¿Considera que los talleres fueron útiles?

1. Sí
2. No

H24. ¿Ud. conoce el servicio “Fono Infancia”?

1. Sí
2. No → *Pase a H28*

H25. ¿Ud. o el padre (madre) del(de la) niño(a) han utilizado el servicio “Fono Infancia”?

1. Sí
2. No → *Pase a H28*

H26. ¿Cuántas veces ha utilizado el servicio “Fono Infancia”?

Indique número de veces

H27. ¿Cuál fue el motivo por el que utilizó el servicio “Fono Infancia”?

H28. ¿Ud. o el padre (madre) del niño(a) recibieron el material didáctico en los controles regulares del(de la) niño(a)?

1. Sí
2. No → *Pase a Módulo I*

H29. ¿Considera que el material didáctico entregado fue útil para el(la) niño(a)?

MOSTRAR TARJETA 8

1. Muy útil
2. Algo útil
3. Poco útil
4. Nada útil

H30. ¿Considera que el material didáctico fue de calidad?

1. Sí
2. No

MÓDULO I: Inmunización

SÓLO ENTREVISTADA(O) *Introducción: A continuación quisiera preguntarle por la fecha de administración de vacunas al(a) niño(a):*

I1. ¿Tiene el(la) niño(a) una tarjeta de vacunación?	Fecha de Vacunación <i>Anote 99 en la especificación si no se conoce la fecha de aplicación</i>		
1. <input type="checkbox"/> Sí, la tengo a disposición 2. <input type="checkbox"/> Sí, pero no la tengo a disposición 3. <input type="checkbox"/> No			
I2. BCG (Tuberculosis)	Recién nacido	1. <input type="checkbox"/> Sí → <i>Especifique</i>	dd mm aaaa
		2. <input type="checkbox"/> No	
I3. DTP + Hib + Hep-B (Difteria, Pertussis, Tétanos + Haemophilus Influenzae Tipo b + Hepatitis B). POLIO ORAL (Poliomielitis)	2 meses	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No →	dd mm aaaa
	4 meses	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No →	dd mm aaaa
	6 meses	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No →	dd mm aaaa
I4. TRES VIRICA (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	1 año	1. <input type="checkbox"/> Sí → <i>Especifique</i>	dd mm aaaa
		2. <input type="checkbox"/> No	
I5. DPT – POLIO ORAL (Difteria, Pertussis, Tétanos + Poliomiélitis)	1 año	1. <input type="checkbox"/> Sí → <i>Especifique</i>	dd mm aaaa
	6 meses	2. <input type="checkbox"/> No	
I6. DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos)	4 años	1. <input type="checkbox"/> Sí → <i>Especifique</i>	dd mm aaaa
		2. <input type="checkbox"/> No	
ALTERNATIVAS			
I7. INFANRIX (Difteria, Tétanos, Pertussis Acelular+ Haemophilus, Influenzae Tipo B + Polio inactivada + Hepatitis B)	2 meses	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No →	dd mm aaaa
	4 meses	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No →	dd mm aaaa
	6 meses	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No →	dd mm aaaa
I8. ACTACEL + POLIO ORAL (Difteria, Tétanos, Pertussis Acelular + Haemophilus, Influenzae Tipo B + Poliomiélitis)	1 año	1. <input type="checkbox"/> Sí → <i>Especifique</i>	dd mm aaaa
	6 meses	2. <input type="checkbox"/> No	
I9. ACTACEL (Difteria, Tétanos, Pertussis Acelular + Haemophilus, Influenzae Tipo B)	4 años	1. <input type="checkbox"/> Sí → <i>Especifique</i>	dd mm aaaa
		2. <input type="checkbox"/> No	

SÓLO ENTREVISTADA(O)

J13. Indique por qué utilizó más de un establecimiento entre los (.....)?

1. Descontento con la calidad de la infraestructura
2. Descontento con la calidad del personal (parvularias)
3. Descontento con los horarios
4. Descontento con la ubicación del establecimiento
5. Descontento con el comportamiento de los compañeros de mi hijo(a)
6. Otra razón. *(Especifique en "J13 Esp.")*

J14. ¿Existe/Existía cerca de su barrio un establecimiento de educación preescolar o parvulario entre los (.....)?

1. Sí
2. No
9. No sabe

RESPECTO DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE EL(LA) NIÑO(A) ASISTIÓ DURANTE MÁS TIEMPO ENTRE LOS (.....) DE EDAD

J15. ¿Qué tipo de establecimiento de educación preescolar o parvulario utiliza/utilizó entre los (.....)?

1. Particular
2. Municipal
3. JUNJI
4. INTEGRA
5. Empresa o institución donde trabaja mujer o familiar
6. Otra. *(Especifique en "J15 Esp.")*

J16. ¿Cuál es el nombre del establecimiento de educación preescolar o parvulario que utiliza/utilizó entre los (.....)?

SÓLO ENTREVISTADA(O)

J13	J13 Esp.	J14	J15	J15 Esp.	J16	
						0-3 m
						3-6 m
						6-12 m
						12-18 m
						18-24 m
						2-3 a
						3-4 a
						4-5 a

SÓLO ENTREVISTADA(O)

J22. ¿Por qué el acceso al establecimiento educacional NO ha facilitado su opción de salir a trabajar entre los (....)?

1. Porque no deseo trabajar
2. Porque el horario no es compatible con los horarios de los empleos que me interesan
3. Porque prefiero cuidarlo(a) yo
4. Otro. *(Especifique en "J22 Esp.")*

J23. ¿En vacaciones de invierno o verano tenía acceso a dejar al(a la) niño(a) en el establecimiento educacional entre los (....)?

1. Sí
2. No

J24. ¿Por qué razón envió al(a la) niño(a) al establecimiento educacional entre los (....)?

1. Tenía que trabajar y preferí una Sala Cuna o Jardín Infantil
2. Tenía que trabajar y no podía pagar para que lo cuidaran en casa
3. Tenía que trabajar y no tenía familiares que me ayudaran
4. Si bien yo no trabajaba, confiaba que el establecimiento ofreciera mejores condiciones que las que tendría en la casa
5. Para poder buscar trabajo/estudiar
6. Recomendación del pediatra
7. Otra razón. *(Especifique en "J24 Esp.")*

J25. ¿Cómo evalúa la experiencia del establecimiento educacional con nota de 1 a 7 en que 1 es pésimo y 7 es excelente, en los siguientes aspectos entre los (....)?

MOSTRAR TARJETA 9

1. Infraestructura del establecimiento educacional
2. Limpieza del establecimiento educacional
3. El trato de las tías con el(la) niño(a)
4. La educación que recibió el(la) niño(a)
5. Los horarios de funcionamiento del establecimiento educacional

*Todas las alternativas
→ Pase a J27*

SÓLO ENTREVISTADA(O)

J22	J22 Esp.	J23	J24	J24 Esp.	J25	
						0-3 m
						3-6 m
						6-12 m
						12-18 m
						18-24 m
						2-3 a
						3-4 a
						4-5 a

Consentimiento Evaluaciones

Los primeros 5 años de vida de cada niño son fundamentales, ya que durante este periodo se instauran habilidades que le permitirán un desarrollo exitoso tanto para la etapa escolar como para más adelante en su vida.

Es importante asegurarse que el desarrollo de los niños ocurre sin problemas durante esta etapa, así como es fundamental evaluar qué está pasando con la educación temprana de éstos. Por estas razones, el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile está desarrollando un estudio que permitirá evaluar en distintas áreas lo que está pasando con los niños de nuestro país. Ud. puede ayudarnos a cumplir este objetivo autorizándonos a que en una visita posterior la evaluamos a Ud. y a uno(a) de sus hijos(as) en las áreas físicas, del desarrollo y socioemocionales.

Para ello, asistirá a su hogar un(a) psicólogo(a) especialista en desarrollo infantil. Esta entrevista forma parte de un esfuerzo académico para caracterizar el impacto de la educación temprana sobre el aprendizaje y rasgos de personalidad de los niños. Los resultados de estas entrevistas serán resguardadas bajo absoluta reserva y serán mantenidos en un sistema de seguridad que cumplen con estándares internacionales, tal y como lo exige La ley Orgánica N° 17.374. De igual modo, en

las publicaciones científicas que se generen de este estudio nunca figurarán datos personales de los participantes. En todas las fases del proceso la seguridad será una preocupación, cada psicólogo(a) ha sido cuidadosamente capacitado(a), y estará permanentemente supervisado(a). Al momento de acudir a su hogar, el(la) psicólogo(a) estará debidamente identificado(a) con una credencial del Centro de Microdatos de la Universidad de Chile.

Ud. es libre de participar o no en esta investigación. No habrá ningún perjuicio ni pérdida de beneficios si no desea hacerlo. Una vez iniciada su participación, Ud. tendrá la libertad de retirarse en cualquier momento. No hay incentivo adicional por acceder a esta prueba, ni hay consecuencias si elige no completarla.

La entrevista tendrá una duración aproximada de una hora y media. Si Ud. tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede manifestársela tanto al encuestador como a las investigadoras a cargo en el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile. Ellas son Pamela Jervis al teléfono (56-2) 9783667 y Sandra Quijada (56-2) 9783421, o al call center del Centro de Microdatos (56-2) 600-9785000. O bien puede chequear en nuestro sitio web (www.microdatos.cl) toda la información relativa a la encuesta y a los(as) psicólogos(as).

He leído este documento y he resuelto todas mis dudas en forma satisfactoria, por lo tanto doy mi consentimiento libre y voluntariamente a participar en el Estudio de la Primera Infancia 2010, realizada por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (completar datos con letra imprenta):

Nombre Entrevistada(o): _____ RUT Entrevistada(o): _____

Fecha actual: _____ Fecha y hora visita psicólogo(a): _____

Firma Entrevistada(o): _____

ACEPTO:

Que un(a) psicólogo(a) aplique evaluaciones del desarrollo y socioemocionales a mí y mi hijo(a), además de realizar las mediciones de peso y talla a ambos.

He recibido una detallada explicación sobre:

1. Propósito de la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia.
2. Mis alternativas de aceptar y de retirarme libremente en cualquier momento.
3. Mis beneficios y derechos a privacidad y confidencialidad.

4. Esta información sólo será usada para investigación y para reportes estadísticos.

5. Puedo solucionar mis dudas o inquietudes llamando a las personas responsables.

Nombre Encuestador(a): _____ Firma Encuestador(a): _____

