26106088

Encuesta Nacional de Salud de los Niños

Un estudio realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para entender mejor los problemas de salud que enfrentan hoy día los(as) niños(as) en los Estados Unidos.

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. A la Oficina del Censo de los EE. UU. no se le permite divulgar sus respuestas de una forma que pudiera identificar este hogar. La Oficina del Censo de los EE. UU. está realizando la Encuesta Nacional de Salud de los Niños en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), en virtud de la Sección 8(b) del Título 13 del Código de los Estados Unidos, que le permite a la Oficina del Censo llevar a cabo encuestas en nombre de otras agencias. La Sección 701(a)(2) del Título 42 del Código de los Estados Unidos permite que el HHS recopile información para comprender la situación de la salud y el bienestar de los niños en los Estados Unidos. Los datos recopilados en virtud de este acuerdo son confidenciales de acuerdo con la Sección 9 del Título 13 del Código de los Estados Unidos. Todo acceso a los datos protegidos por el Título 13, correspondientes a esta encuesta, se limita a los empleados de la Oficina del Censo y a aquellas personas con estatus de juramentación especial de la Oficina del Censo en virtud de la Sección 23(c) del Título 13 del Código de los Estados Unidos.

De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de ciberseguridad mediante los controles aplicados a los sistemas que los transmiten. Toda la información que usted proporcione se compartirá con un número limitado de empleados de la Oficina del Censo y del personal del HHS con estatus de juramentación especial para los fines relacionados con el trabajo que se identificaron anteriormente, y según lo permitido por la Ley sobre la Privacidad de 1974 (Sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos) y de acuerdo con los Avisos sobre el Sistema de Registros COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de Encuestas Demográficas (Marco de Muestreo de la Oficina del Censo).

La participación en esta encuesta es voluntaria, y no hay sanciones por negarse a contestar las preguntas. Sin embargo, para obtener esta información tan necesaria, su cooperación es extremadamente importante a fin de garantizar resultados completos y precisos.

2026 NSCH-S-S1
(03/16/2026)

Comience Aquí

Responda hoy por Internet en: **https://centurion.census.gov/nsch**

O complete el cuestionario y devuélvalo tan pronto sea posible.

Gracias por ayudarnos a conocer sobre la salud y el bienestar de los(as) niños(as) de los Estados Unidos.

Si su hogar tiene niños(as) de 0 a 17 años de edad, las preguntas de esta encuesta deben ser contestadas por un adulto que esté familiarizado(a) con la salud y la atención médica de estos(as). Si su hogar no tiene niños(as), por favor conteste la pregunta 1 Y devuelva el cuestionario.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame de forma gratuita al 1-800-845-8241.

En su hogar

1 **¿Hay niños(as) de 0 a 17 años que usualmente viven o se quedan en esta dirección?**

- ☐ Sí
- ☐ No – *PARE AQUÍ luego de marcar "No" y envíenos esta encuesta en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de cada hogar seleccionado para este estudio.*

2 **¿Cuántos(as) niños(as) de 0 a 17 años de edad usualmente viven o se quedan en esta dirección?**

☐☐ Niño(a)/niños(as)

3 **¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?**

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro idioma, especifique:

4 **¿Es esta casa, apartamento o casa móvil –**
Marque UNA casilla.

- ☐ Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? *Incluya préstamos sobre el valor líquido de la casa.*
- ☐ Propiedad suya o de alguien en este hogar libre de deuda (sin una hipoteca o préstamo)?
- ☐ Alquilado(a)?
- ☐ Ocupado(a) sin pago de alquiler o renta?

➜ **Responda a las preguntas restantes para cada uno de los(as) niños(as) de 0 a 17 años de edad que usualmente viven o se quedan en esta dirección.**

Comience con el(la) NIÑO(A) MÁS JOVEN, a quien llamaremos "Niño(a) 1" y continúe con el(la) siguiente niño(a) más joven hasta responder las preguntas para todos(as) los(as) niños(as) que usualmente viven o se quedan en esta dirección.

COPIA DE INFORMACIÓN

NIÑO(A) 1
(el(la) más joven)

1 **Nombre, iniciales, o apodo del (de la) niño(a) más joven**

2 **¿Qué edad tiene este(a) niño(a)?** *Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.*

☐☐ Años **O** ☐☐ Meses

3 **¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?**

☐ Masculino ☐ Femenino

➜ **NOTA: Responda AMBAS preguntas 4 sobre el origen hispano y 5 sobre la raza. Para esta encuesta, el origen hispano no es una raza.**

4 **¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?**

☐ **No,** no es de origen hispano, latino o español
☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano
☐ Sí, puertorriqueño
☐ Sí, cubano
☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 **¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)?**
Marque una o más casillas.

☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática
☐ Nativa de Hawái
☐ Chamorra
☐ Samoana
☐ De otra de las islas del Pacífico

6 **Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario, pase a la pregunta 7.**

¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

☐ Muy bien
☐ Bien
☐ No muy bien
☐ No habla inglés

7 **¿Necesita o usa este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico, que no sean vitaminas?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿necesita este(a) niño(a) a los medicamentos recetados debido a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

8 **¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, de conducta u otra condición de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

9 **¿Hay algo que limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hace la mayoría de los niños de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la limitación en las capacidades de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

10 **¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

11 **¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento por el cuál necesita tratamiento o terapia?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿su problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

NIÑO(A) 2
(siguiente niño(a) más joven)

1 **Nombre, iniciales, o apodo del (de la) siguiente niño(a) más joven**

2 **¿Qué edad tiene este(a) niño(a)?** *Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.*

☐☐ Años **O** ☐☐ Meses

3 **¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?**

☐ Masculino ☐ Femenino

➜ **NOTA: Responda AMBAS preguntas 4 sobre el origen hispano y 5 sobre la raza. Para esta encuesta, el origen hispano no es una raza.**

4 **¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?**

☐ **No,** no es de origen hispano, latino o español
☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano
☐ Sí, puertorriqueño
☐ Sí, cubano
☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 **¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)?**
Marque una o más casillas.

☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática
☐ Nativa de Hawái
☐ Chamorra
☐ Samoana
☐ De otra de las islas del Pacífico

6 **Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario, pase a la pregunta 7.**

¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

☐ Muy bien
☐ Bien
☐ No muy bien
☐ No habla inglés

7 **¿Necesita o usa este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico, que no sean vitaminas?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿necesita este(a) niño(a) a los medicamentos recetados debido a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

8 **¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, de conducta u otra condición de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

9 **¿Hay algo que limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hace la mayoría de los niños de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la limitación en las capacidades de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

10 **¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

11 **¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento por el cuál necesita tratamiento o terapia?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿su problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

NIÑO(A) 3
(siguiente niño(a) más joven)

1 **Nombre, iniciales, o apodo del (de la) siguiente niño(a) más joven**

2 **¿Qué edad tiene este(a) niño(a)?** *Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.*

☐☐ Años **O** ☐☐ Meses

3 **¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?**

☐ Masculino ☐ Femenino

➜ **NOTA: Responda AMBAS preguntas 4 sobre el origen hispano y 5 sobre la raza. Para esta encuesta, el origen hispano no es una raza.**

4 **¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?**

☐ **No,** no es de origen hispano, latino o español
☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano
☐ Sí, puertorriqueño
☐ Sí, cubano
☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 **¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)?**
Marque una o más casillas.

☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática
☐ Nativa de Hawái
☐ Chamorra
☐ Samoana
☐ De otra de las islas del Pacífico

6 **Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario, pase a la pregunta 7.**

¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

☐ Muy bien
☐ Bien
☐ No muy bien
☐ No habla inglés

7 **¿Necesita o usa este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico, que no sean vitaminas?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿necesita este(a) niño(a) a los medicamentos recetados debido a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

8 **¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requieren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, de conducta u otra condición de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

9 **¿Hay algo que limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hace la mayoría de los niños de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la limitación en las capacidades de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

10 **¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

11 **¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento por el cuál necesita tratamiento o terapia?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿su problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

NIÑO(A) 4
(siguiente niño(a) más joven)

1 **Nombre, iniciales, o apodo del (de la) siguiente niño(a) más joven**

2 **¿Qué edad tiene este(a) niño(a)?** *Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.*

☐☐ Años **O** ☐☐ Meses

3 **¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?**

☐ Masculino ☐ Femenino

➜ **NOTA: Responda AMBAS preguntas 4 sobre el origen hispano y 5 sobre la raza. Para esta encuesta, el origen hispano no es una raza.**

4 **¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?**

☐ **No,** no es de origen hispano, latino o español
☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano
☐ Sí, puertorriqueño
☐ Sí, cubano
☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 **¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)?**
Marque una o más casillas.

☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática
☐ Nativa de Hawái
☐ Chamorra
☐ Samoana
☐ De otra de las islas del Pacífico

6 **Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario, pase a la pregunta 7.**

¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

☐ Muy bien
☐ Bien
☐ No muy bien
☐ No habla inglés

7 **¿Necesita o usa este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico, que no sean vitaminas?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿necesita este(a) niño(a) a los medicamentos recetados debido a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

8 **¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, de conducta u otra condición de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

9 **¿Hay algo que limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hace la mayoría de los niños de su misma edad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe la limitación en las capacidades de este(a) niño(a) a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

10 **¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección, trastorno del comportamiento u otro problema de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

11 **¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento por el cuál necesita tratamiento o terapia?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿su problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

Si hay más de cuatro niños(as) de 0 a 17 años que usualmente viven o se quedan en esta dirección, escriba el nombre, las iniciales o el apodo de cada niño(a) y también su edad y sexo.

No repita la información de los(as) niños(as) 1 al 4 ya incluídos anteriormente.

NIÑO(A) 5
(siguiente niño(a) más joven) ▶

Nombre, iniciales o apodo

Edad ☐☐ Años **O** ☐☐ Meses **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

NIÑO(A) 6
(siguiente niño(a) más joven) ▶

Nombre, iniciales o apodo

Edad ☐☐ Años **O** ☐☐ Meses **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

NIÑO(A) 7
(siguiente niño(a) más joven) ▶

Nombre, iniciales o apodo

Edad ☐☐ Años **O** ☐☐ Meses **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

NIÑO(A) 8
(siguiente niño(a) más joven) ▶

Nombre, iniciales o apodo

Edad ☐☐ Años **O** ☐☐ Meses **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

NIÑO(A) 9
(siguiente niño(a) más joven) ▶

Nombre, iniciales o apodo

Edad ☐☐ Años **O** ☐☐ Meses **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

NIÑO(A) 10
(siguiente niño(a) más joven) ▶

Nombre, iniciales o apodo

Edad ☐☐ Años **O** ☐☐ Meses **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

COPIA DE INFORMACIÓN

Instrucciones para enviar por correo postal

Gracias por su participación.

A nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., queremos agradecerle por el tiempo y esfuerzo que dedicó a compartir información sobre su hogar y los niños en este hogar.

Sus respuestas son importantes y facilitarán que investigadores, legisladores y defensores de la familia comprendan mejor las necesidades en materia de salud y atención médica de los(as) niños(as) de nuestra población diversa.

Asegúrese que:

- Escribió todos los nombres, iniciales o apodos de los(as) niños(as) de 0 a 17 años de edad en el hogar
- Contestó todas las preguntas para cada uno(a) de los(as) niños(as) incluídos(as)

Escriba el nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de la persona que completó este formulario. Nos comunicaremos con usted solo si es necesario para asuntos oficiales de la Oficina del Censo.

Nombre

Apellido

Código de área y número de teléfono

–

Dirección de correo electrónico

Coloque el cuestionario completado en el sobre adjunto con franqueo pagado. Si el sobre se ha extraviado, envíe el cuestionario por correo a:

U.S. Census Bureau
ATTN: DCB 60-A
1201 E. 10th Street
Jeffersonville, IN 47132-0001

COPIA DE INFORMACIÓN

Calculamos que completar la primera parte de la Encuesta Nacional de Salud Infantil le tomará alrededor de 5 minutos. Envie los comentarios relacionados con este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir ese tiempo, a ADDP.NSCH.List@census.gov; use “Paperwork Project 0607-0990” como asunto. Esta recopilación fue aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de aprobación de ocho dígitos de la OMB que aparece en la parte superior izquierda de este formulario confirma la aprobación. De no mostrarse este número, no podríamos realizar esta encuesta.