Kindergarten Health Survey

DEAR PARENT OR GUARDIAN: *This survey has been designed by the Nevada Institute for Children's Research and Policy at the University of Nevada Las Vegas, in partnership with the State of Nevada Department of Health and Human Services, and the local county school districts. The information from this survey will be used to help understand the health of children entering kindergarten this year. You have been asked to participate because you have a child entering kindergarten.* ***Your responses to this survey will be confidential.*** *All information from this survey will be used to discuss children's health on a group level, not on an individual level.*

Name of elementary school: _____

Your HOME zip code: _____

Do you ☐ Rent your home or ☐ Own your home

Are you a single parent/guardian? ☐ Yes ☐ No

Total # of children(0-17) in your household: _____
Total # of adults in your household (18+): _____

Age of child's mother/guardian: _____
Age of child's father/guardian: _____

Annual household Income: (check one)
☐ $0 -$14,999
☐ $15,000 -$24,999
☐$25,000 -$34,999
☐ $35,000 -$44,999
☐ $45,000 -$54,999
☐ $55,000 -$64,999
☐ $65,000 -$74,999
☐ $75,000 -$84,999
☐ $85,000 -$94,999
☐ $95,000 +

Does anyone in your household smoke? ☐ Yes ☐ No

Is smoking allowed in your house? ☐ Yes ☐ No

Have you experienced any of the following events in the last 12 months? (check all that apply) ☐ None
☐ Moved to a new home ☐ Birth of a child
☐ Divorce or separation ☐ Death in the family
☐ Loss of a job or income ☐ Serious medical issues in the home
☐ Other household change or major life event:
Explain: _____

Please answer the following questions for the child that will be enrolled in kindergarten this year.

1. Child's age: _____
2. Child's gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other
3. Child's weight: _____ pounds
4. Child's height: _____ ft. _____ in. (12in = 1ft)
5. Child's race / ethnicity:
☐ African American/Black ☐ Hispanic / Latino
☐ Asian / Pacific Islander ☐ Native American / Alaska Native
☐ Caucasian/White ☐ Other (please specify): _____
6. Please select the type of medical insurance your child currently has: (Check all that apply)
☐ None/Uninsured ☐ Private (Employer/Union)
☐ Medicaid ☐Nevada Check-Up
☐Other_____
7. Have you or someone else:
Applied for Medicaid or other health plan for **your child** through the Silver State Exchange/NV Health Link? ☐Yes ☐No ☐Not Sure
If yes, was your child approved? ☐Yes ☐No ☐Not Sure
8. Does your child have a primary care provider (regular doctor, nurse practitioner, or physician's assistant)?
☐Yes ☐No
9. In the *past 12 months* has your child visited a:
Medical provider for a routine check-up (not an illness)? ☐Yes ☐No
Dentist? ☐Yes ☐No
10. Please select any medical conditions listed below that your child has: (Check all that apply) ☐ None
☐ADD / ADHD ☐ Glasses / Contacts
☐ Allergies ☐Hearing Aid / Impairment
☐Asthma ☐Mental Health Condition
☐ Autism ☐Physical Disability
☐Cancer ☐Seizures
☐Diabetes ☐Other (specify) _____
11. Please check which one best describes what your child drank ***at each time point***:

	Breast Only	Breast & Formula	Formula Only	Other (e.g. food)	Not Sure
1 Month (check one)	☐	☐	☐	☐	☐
3 Months (check one)	☐	☐	☐	☐	☐
6 Months (check one)	☐	☐	☐	☐	☐
12 Months (check one)	☐	☐	☐	☐	☐

List barriers to breastfeeding: _____

12. Has your child had a developmental screening (like the Ages and Stages Questionnaire) in the past 12 months?
☐ Yes ☐No ☐Not sure
13. Do you know where or how to access support services and programs in your community to meet your child's/ family's needs? (e.g.food/bills, parent classes, support groups, etc.)
☐Yes ☐Somewhat ☐ No
14. Please select any barriers you have experienced when accessing health care for your child: (check all that apply)
☐None ☐Lack of transportation
☐Lack of insurance ☐Lack of good medical providers
☐Lack of money ☐Other (specify): _____
15. Have you ever tried to get mental or behavioral health services for your child? ☐Yes ☐ No
If yes, have you had trouble getting services?
☐No ☐Yes (explain) _____
16. In general, how many days a week does your child do at least 60 minutes of physical activity? (circle one)
0 1 2 3 4 5 6 7
List barriers: _____
17. On an average school day, how many hours does your child watch TV? (circle one)
None Less than one 1 2 3 4 5 +
18. On an average school day, how many hours does your child play video or computer games? (Xbox, Nintendo, tablets, and/ or the internet). (circle one)
None Less than one 1 2 3 4 5 +
19. **During the past 7 days**, how many times did your child drink a can, bottle, or glass of…

	None	A few times	Once a Day	More than Once a Day
Non-diet soda or pop (check one)	☐	☐	☐	☐
Diet soda or pop (check one)	☐	☐	☐	☐
Fruit Juice (check one)	☐	☐	☐	☐

20. **During the past 7 days,** how many days did you or someone in your family/house read to your child**?** (circle one)
0 1 2 3 4 5 6 7
21. What type of pre-school did your child attend most often in the *past 12 months*? (check one)
☐ None / Stayed home ☐ Friends/Family/Neighbor care ☐Home-based
☐ School District Pre-school (name) _____
☐University Campus Pre-school (name) _____
☐ Head Start (name) _____
☐Other Facility/Center (name) _____
22. ***On average,*** how many hours per week did your child attend preschool?
☐Zero ☐ 5-10 ☐11-15 ☐16-20 ☐21-30 ☐31-40 ☐More than 40
23. If your child did not attend preschool, what were some reasons? (check all that apply):
☐None, my child went to preschool ☐I wanted to keep them home
☐ Too expensive ☐Location too far ☐ Hours not convenient
☐ Other _____
If you wanted your child to attend, which would you prefer?
1) (check one) ☐full time ☐ part-time
2) (check one) ☐ home based ☐ facility/center based ☐ School District

PLEASE RETURN THIS SURVEY TO YOUR CHILD'S TEACHER BY OCTOBER 20, 2017

Thank you for your participation. If you are interested in participating in future research, please provide your:
Name:_____ Contact Phone/Email:_____

TEACHERS: Please return the survey to your school's front office, or mail to:
NICRP, Kindergarten Health Survey, 4505 Maryland Parkway, Box 453030, Las Vegas, NV 89154
For Questions/Concerns Contact: Amanda Haboush-Deloye 702-895-1040 Amanda.Haboush@unlv.edu

Cuestionario de Salud de Kinder

***ESTIMADO PADRE DE FAMILIA O GUARDIAN**: La siguiente encuesta ha sido diseñada por el Nevada Institute for Children's Research and Policy en la Universidad de Nevada Las Vegas, en colaboración con el Centro de Salud del Sur de Nevada y los Distritos Escolares del Condado local. La información adquirida de esta encuesta se utilizará para ayudar a comprender la salud de los niños que comienzan la escuela preescolar este año. Se le ha pedido participar porque usted tendrá un niño comenzando la escuela preescolar. **Sus respuestas a esta encuesta serán confidenciales.** Toda la información obtenida de esta encuesta será utilizada para discutir la salud de los niños a nivel de groupo, no individual.*

Nombre de la escuela primaria: _____

Código postal de su CASA: _____

¿Usted? ☐ Renta su casa o es ☐ Propietario de su casa

Es usted padre/tutor soltero? ☐ Sí ☐ No

Total de **niños(as)** (0-17) viviendo en su casa: _____

Total de **adultos** (18+) viviendo en su casa: _____

Edad de la madre/tutor del niño: _____

Edad del padre/tutor del niño: _____

Ingreso anual del hogar (seleccione uno)

☐ $0 -$14,999
☐ $15,000 -$24,999
☐ $25,000 -$34,999
☐$35,000 -$44,999
☐ $45,000 -$54,999
☐ $55,000 -$64,999
☐ $65,000 -$74,999
☐ $75,000 -$84,999
☐$85,000 -$94,999
☐ $95,000 +

¿Alguien en su hogar fuma? ☐ Si ☐ No

Está permitido fumar en su casa? ☐ Sí ☐ No

Ha experimentado cualquiera de los siguientes eventos en los últimos 12 meses? (seleccione todas las que apliquen) ☐ Ninguno

☐Trasladó a un nuevo hogar ☐Nacimiento de un niño
☐Divorcio o separación ☐ Muerte en la familia
☐Pérdida de un trabajo o ingresos ☐ Graves problemas médicos en el hogar
☐Otro cambio en el hogar o evento importante en su vida:
Explique : _____

Por favor conteste las siguentes preguntas sobre el niño(a) que será inscrito en el kínder este año.

1. Edad del niño(a): _____
2. Sexo del niño(a): ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
3. Peso del niño(a) : _____ libres
4. Estatura del niño(a): _____ ft. _____ in. (12in. = 1 ft.)
5. Etnicidad del Niño(a)

☐ Afro Americano /Negro ☐ Hispano / Latino
☐ Asiático / Isleño Pacifico ☐ Nativo Americano / Nativo de Alaska
☐ Caucásico/Blanco ☐ Otro (especifique): _____

6. Por favor seleccione el tipo de seguro médico que su niño(a) tiene actualmente. (seleccione todas las que apliquen)
   ☐ Ninguno/No asegurado ☐ Privado (Empleador/Union)
   ☐ Medicaid ☐ Nevada Check-Up
   ☐ Otro _____

7. ¿Usted o alguien más:
   Aplico para Medicaid/otro plan de salud para **su niño(a)** a través del Silver State Exchange/NV Health Link? ☐Sí ☐No ☐No se
   En caso que sí, ¿fue su niño approvado? ☐Sí ☐No ☐No se

8. ¿Su niño(a) tiene un proveedor médico primario (doctor regular, enfermera o asistente médico)? ☐ Sí ☐ No
9. En *los últimos 12 meses* su niño(a) ha visto a un:
   Proveedor médico para un chequeo de rutina (no para una enfermedad) ☐ Sí ☐No
   Visto a un dentista: ☐ Sí ☐No
10. Por favor, seleccione todas las condiciones médicas que tenga su niño(a): ☐ Ninguno
    ☐ ADD/ADHD ☐ Condición de Salud Mental
    ☐ Alergias ☐ Diabetes
    ☐ Asma ☐ Discapacidad física
    ☐Autismo ☐ Lentes/ de Contacto
    ☐Cáncer ☐ Oído/Discapacidad Auditiva
    ☐Convulsiones ☐ Otro (especifique) _____
11. Por favor, seleccione que mejor describe lo que bebió su niño(a) **en cada etapa:**

	Sólo Pecho	Pecho y Fórmula	Sólo Fórmula	Otro (e.g. comida)	No Se
Un Mes (elige uno)	☐	☐	☐	☐	☐
3 Meses (elige uno)	☐	☐	☐	☐	☐
6 Meses (elige uno)	☐	☐	☐	☐	☐
12 Meses (elige uno)	☐	☐	☐	☐	☐

Lista de barreras al amamantar: _____

12. ¿Su niño(a) ha tenido una evaluación del desarrollo (como el Cuestionario de Edades y Etapas) en los últimos 12 meses?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No Se
13. ¿Sabe usted dónde o cómo accesar servicios y programas de apoyo en su comunidad para satisfacer las necesidades de sus niños/familia? (e.g. asistencia de gasto en alimentos, clases de padres, grupos de apoyo, etc.)
    ☐ Sí ☐ Un Poco ☐ No
14. ¿Se ha enfrentado con obstáculos en el acceso de salud para su niño (a)? (seleccione todas las que apliquen)
    ☐ Ninguno ☐ Falta de transportación
    ☐ Falta de aseguranza ☐ Falta de proveedores médicos de calidad
    ☐ Falta de dinero ☐ Otro (especifique):_____
15. ¿Alguna vez ha tratado de obtener servicio de salud mental o de comportamiento para su niño(a)? ☐ Sí ☐ No
    En caso que sí, ¿ha tenido problemas para obtener los servicios?
    ☐ No ☐ Sí (espicifique) _____
16. ¿En general, ¿Cuantes días a la semana su niño(a) hace por lo menos 60 minutos de actividad física? (circulé uno)
    0 1 2 3 4 5 6 7
    Lista barreras:_____
17. ¿En un día normal de escuela, cuántas horas ve su niño(a) la televisión? (circulé uno)
    Ninguna Menos de una 1 2 3 4 5 +
18. ¿En un día normal de escuela, cuántas horas juega su niño(a) video juegos o en la computadora? (Xbox, Nintendo, tabletas o internet). (circulé uno)
    Ninguna Menos de una 1 2 3 4 5 +
19. **Durante los últimos 7 días,** cuántas veces bebió su niño(a) una botella o vaso de…

	Ninguno	Algunas veces	Una vez al día	Más de una vez al día
¿Soda regular o pop? (elige uno)	☐	☐	☐	☐
¿Soda de dieta o pop?(eligeuno)	☐	☐	☐	☐
¿Jugo de fruta?(eligeuno)	☐	☐	☐	☐

20. **Durante los últimos 7 días,** cuántas días usted o alguien en su familia/casa le leyó a su niño/a? (circulé uno)
    0 1 2 3 4 5 6 7
21. ¿A que tipo de escuela preescolar atendio su niño(a) mas a menudo en *los ultimos12 meses*? (seleccione uno)
    ☐ Ninguna/Permaneció en la Casa
    ☐ Al cuidado de Amigo/Familiar/Vecino
    ☐ Preescolar Basada en Casa
    ☐ Preescolar del Distrito Escolar (nombre)_____
    ☐ Preescolar de al Universidad (nombre)_____
    ☐ Head Start (nombre)_____
    ☐ Otro Centro (nombre)_____
22. ¿**En promedio**, cuántas horas por semana asistió su niño(a) al preescolar?
    ☐ Cero ☐ 5-10 ☐11-15 ☐16-20 ☐ 21-30 ☐31-40 ☐ más de 40
23. Si su niño(a) no asistió el preescolar, ¿cuáles fueron algunas de las razones? (seleccione todas las que apliquen) :
    ☐ Ninguno, mi niño(a) fue al preescolar ☐Quería mantenerlo(a) en casa
    ☐ Demasiado caro ☐ Localización demasiado lejos ☐ Horas no convenientes
    ☐ Otro _____
    Si usted quería que su su niño(a) asistiera, ¿cuál preferiría?
    1) (seleccione uno) ☐ tiempo completo ☐ tiempo parcial
    2) (seleccione uno) ☐ en casa ☐ en un centro ☐ Districto escolar

POR FAVOR DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO AL MAESTRO(A) DE SU NIÑO(A) ANTES DEL VIERNES, OCTUBRE 20, 2017

Gracias por su participación. Si esta interesado en participar en investigaciones futuras por favor,
Escriba su nombre: _____ Teléfono / correo electrónico:_____

TEACHERS: Please return the survey to your school's front office, or mail to:
NICRP, Kindergarten Health Survey, 4505 Maryland Parkway, Box 453030, Las Vegas, NV 89154
¿Preguntas? Contactar a: Amanda Haboush-Deloye 702-895-1040 Amanda.Haboush@unlv.edu