

TOTS

THE OKLAHOMA TODDLER SURVEY



*Un seguimiento
de la encuesta PRAMS
a los dos años*



TOTS | MCH

Oklahoma State
Department of Health



¿QUÉ ES TOTS?

TOTS significa "The Oklahoma Toddler Survey". Es una encuesta confidencial que se trata de las experiencias en la vida de usted y su niño/a de dos años. Proporciona una mejor imagen de lo que afecta a la salud de los niños pequeños de Oklahoma y sus familias. Oklahoma fue el primer estado en comenzar un estudio como TOTS.

¿POR QUÉ RECIBIÓ ESTA ENCUESTA?

Poco después del nacimiento de su hijo/a, usted completó la encuesta PRAMS acerca de su vida antes, durante y después del embarazo. TOTS es un seguimiento de PRAMS, enviado cuando su hijo/a cumple dos años.



la encuesta PRAMS

¿QUÉ PUEDE HACER PARA AYUDAR?

- Por favor conteste las preguntas de la encuesta.
- Envíelo por correo en el sobre incluido. No necesita estampilla.

Preguntas Frecuentes



¿Son importantes mis respuestas?

¡Sí! Sus experiencias y las de su hijo/a son únicas e importantes. Sus respuestas pueden ayudar a otras madres y niños de Oklahoma.



¿Se mantienen confidenciales mis respuestas?

¡Sí! Nadie fuera del personal de TOTS sabrá su nombre o dirección. Su encuesta se le asigna un código de número escogido al azar. Las respuestas no están vinculadas a su nombre o dirección. Esto asegura la confidencialidad.



¿Qué hace TOTS con la información?

1. Ayuda a los médicos y enfermeras a mejorar el cuidado.
2. Proporciona una manera de desarrollar y evaluar programas de salud.
3. Guía el mejor uso de recursos.
4. Ayuda a las familias a aprender más acerca de estar sanas y seguras.



¿Quiere saber más?

- Si tiene alguna pregunta acerca de TOTS o le gustaría contestar la encuesta por teléfono, por favor llame al **405-521-6919** o sin cargo al **1-800-766-2223**.
- Visite TOTS.health.ok.gov



Lo que algunas mujeres que contestaron la encuesta dicen acerca de TOTS:

"Estoy muy feliz y me encanta ser madre. Gracias."

"Me alegraron el día, ¡Gracias por incluirme en su encuesta!"

Todas las preguntas sobre "su hijo/a" son acerca de **su hijo/a de dos años** de edad cuyo nombre está en la carta que le enviamos. **Toda la información es confidencial.**

Empecemos!

Marque la casilla junto a su respuesta o siga las instrucciones incluidas en la pregunta.

Es posible que se le solicite omitir algunas preguntas que no le aplican.

1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo/a?

____ / ____ / ____
Mes Día Año

2. ¿Vive su hijo/a con usted ahora?

- No —→ Si marcó no, vaya a la pregunta 35
- Sí

3. Aparte de usted ¿quién vive con su hijo/a la mayoría del tiempo? Marque todo lo que aplique.

- Nadie más
- Cónyuge o pareja (padre del niño/a)
- Cónyuge o pareja (no el padre del niño/a)
- El padre del niño/a (no el cónyuge o pareja actual)
- Otros niños
- Abuelos del niño/a
- Otro _____

SALUD Y EL CUIDADO DE LA SALUD

Las siguientes preguntas son acerca de la **salud y el cuidado de la salud** de su hijo/a de dos años. El término "proveedor de atención médica" se puede referir a un doctor, médico, enfermera, asistente médico o un proveedor similar.

4. ¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tiene su hijo/a ahora? Marque todo lo que aplique.

- No tiene cobertura
- Seguro médico de un trabajo (el suyo o el de otra persona)
- Seguro médico pagado o comprado directamente (no de un trabajo)
- Medicaid/SoonerCare
- Servicio de Salud Indígena o de tribu (Indian Health Service (IHS)/Tribal Health)
- TRICARE o seguro médico militar
- Otro _____

5. ¿Tiene a alguien que usted considera como el proveedor de atención médica de su hijo/a?

- No
- Sí

6. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo/a un examen de salud rutinario?(well-child checkup)

- No
- Sí



CUIDADO INFANTIL

Las siguientes preguntas son acerca del **cuidado infantil**. El término "cuidado infantil" se refiere a un arreglo regular donde cualquier persona aparte de los padres o tutores legales cuida de su hijo/a. Por favor incluya Early Head Start, centro de cuidado infantil, guardería y cuidado en el hogar por familiares o amigos.

7. En los últimos 12 meses, ¿qué cosas impidieron que su hijo/a visitara un proveedor de atención médica? Marque todo lo que aplique.

- Nada
- El alto costo
- No pude obtener una referencia
- No tuve transporte
- El horario del proveedor era inconveniente
- Otro _____

8. En los últimos 12 meses, ¿qué tipo de especialista(s) atendió a su hijo/a (en su casa o fuera de la casa)? Marque todo lo que aplique.

- Ninguno
- Terapeuta del habla/lenguaje
- Oftalmólogo/Optometrista (especialista de los ojos)
- Terapeuta Ocupacional/Física
- Médico de oído, nariz y garganta (ENT)
- Gastroenterólogo (GI)
- Urólogo
- Otro _____

9. ¿Alguna vez ha decidido retrasar o no recibir vacunas para su hijo/a?

- No → Si marcó no, vaya a la pregunta 11
- Sí

10. ¿Cuál fue la razón? Marque todo lo que aplique.

- Creo que algunas vacunas hacen más daño que bien
- Creo que algunas vacunas se dan demasiado pronto
- Creo que algunas vacunas se dan demasiado juntos
- El proveedor de atención médica no tenía la vacuna
- Otro _____

11. ¿Qué tipo de cuidado infantil usa para su hijo/a ahora? Marque todo lo que aplique.

- Ninguno → Si marcó ninguno, vaya a la pregunta 13
- Centro de cuidado infantil, Guardería o Early Head Start
- Abuelos del niño/a
- Niñera/amigos/vecinos
- Un programa de cuidado día a día (Mother's day out) o un programa similar
- Otro _____

12. ¿Cuántas horas por semana suele quedar su hijo/a en el cuidado infantil?

- 1 a 9 horas por semana
- 10 a 29 horas por semana
- 30 horas o más por semana

Vaya a la pregunta 14

13. ¿Cuáles son las razones por las que usted no está usando un tipo de cuidado infantil ahora? Marque todo lo que aplique.

- No lo necesito
- El alto costo
- Baja calidad
- Horario inconveniente
- Localización inconveniente
- Otro _____



SALUD Y SEGURIDAD

Las siguientes preguntas son acerca de la salud y seguridad de su hijo/a de dos años.

14. ¿Qué tipo de asiento infantil de auto utiliza para su hijo/a? Marque una sola respuesta.

- Asiento infantil viendo para atrás
- Asiento infantil viendo para adelante
- Asiento infantil elevador (Booster)
- Otro _____

15. ¿Ha sucedido algo de lo siguiente desde que nació su hijo/a? Marque No o Sí para cada uno.

	No	Sí
Mi hijo/a ha estado solo/a en una bañera con agua, incluso por un momento, sin un adulto presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a ha jugado cerca de agua estancada (piscinas, estanques, etc.) sin un adulto presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a casi se ahoga en agua o tuvo una situación similar con agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Su piscina (la de su vecindario/complejo de apartamentos) tiene una cerca, una puerta de bloqueo u otra medida de seguridad (alarma de piscina, cubierta de piscina segura y aprobada, etc.)?

- No aplica donde vivo
- No
- Sí
- No estoy segura

17. En los últimos 3 meses, ¿se lastimó su hijo/a lo suficientemente grave como para requerir atención médica?

No → Si marcó no, vaya a la pregunta 20

Sí

18. ¿Qué tipo de lesión tuvo su hijo/a? Marque todo lo que aplique.

- Fractura de hueso
- Cortadura que requería puntos
- Quemadura
- Envenenamiento
- Otro _____

19. ¿Dónde estaba su hijo/a cuando se lastimó? Marque todo lo que aplique.

- Mi casa
- Centro de cuidado infantil o guardería
- Parque infantil (playground)
- Otro _____

NUTRICIÓN Y ACTIVIDADES

Las siguientes preguntas son acerca de la nutrición y actividades de su hijo/a de dos años.

20. En un día ordinario, ¿cuántas veces (incluyendo comidas y bocadillos) come su hijo/a los siguientes alimentos? Marque el número de veces para cada uno.

	Ninguno	1	2	3 veces o más
Fruta (fresca, enlatada, congelada, seca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras (frescas, enlatadas, congeladas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Granos (panes, arroz, cereal, pasta, tortillas, avena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne (res, puerco, pollo, etc.), pescado, huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lácteos (yogurt, queso, queso cotija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caramelos, galletas, u otros dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. En un día ordinario, ¿cuántas veces toma su hijo/a de las siguientes bebidas? Marque el número de veces para cada una.

	Ninguno	1	2	3 veces o más
Agua simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche entera o leche 2%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche baja en grasa (1%) o sin grasa (descremada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche no láctea (de soya, almendra, arroz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugo de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas dietéticas (Crystal Light, soda de dieta, agua con sabor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soda o bebidas endulzadas (Kool-Aid, Capri Sun, té, Gatorade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Durante cuánto tiempo amamantó (dio pecho) o sacó la leche materna con una bomba extractora para su hijo/a (incluye leche materna donada)?

Nunca he dado leche materna a mi hijo/a

→ Si marcó nunca, vaya a la pregunta 24

Le di leche materna a mi hijo/a por menos de 1 mes

Le di leche materna a mi hijo/a por 1 mes o más

¿Por cuántos meses?

Todavía le doy leche materna a mi hijo/a

→ Sigue con la pregunta 23

23. ¿Qué edad tenía su hijo/a la PRIMERA VEZ que se le dio algo que no fuera leche materna? Incluye fórmula, agua, jugo, leche de vaca, comida para bebé, o cualquier otra cosa que pudo haber dado a su hijo/a.

- Menos de un mes de edad
- 1-2 meses de edad
- 3-5 meses de edad
- 6 meses o más

24. ¿Usa su hijo/a un biberón o una taza de entrenamiento (sippy cup)?

- No → Si marcó no, vaya a la pregunta 26
- Sí

25. ¿Qué es lo que suele contener el biberón o la taza de entrenamiento (sippy cup)? Marque todo lo que aplique.

- Leche
- Agua
- Jugo
- Otro _____

26. ¿Tiene su hijo/a una rutina para dormir? (Un conjunto de actividades que suelen realizarse a la misma hora cada noche.)

- No
- Sí

27. ¿Cuántas horas al día ve su hijo/a la televisión, juega videojuegos o usa una tableta, computadora, teléfono celular u otros dispositivos electrónicos?

- Ninguno
- Menos de 1 hora
- 1 hora
- Más de 1 hora

28. ¿Hace su hijo/a algo de lo siguiente? Marque todo lo que aplique.

- Imita las cosas que haces
- Dice frases de 2 a 4 palabras
- Construye torres de 4 bloques o más
- Patea una pelota
- Demuestra ser cada vez más independiente
- Sabe los nombres de personas conocidas y partes del cuerpo
- Sigue instrucciones para hacer dos cosas
- Empieza a correr
- Ninguno de estos

29. Durante la semana pasada, ¿cuántos días hizo usted o alguien más de su hogar algo de lo siguiente con su hijo/a? Marque el número de días para cada uno.

	Ninguno	1	2	3	4 días o más
Sentarse y comer una comida	<input type="checkbox"/>				
Leer un libro o cuento	<input type="checkbox"/>				
Cantar canciones o decir rimas	<input type="checkbox"/>				
Hablar de sentimientos	<input type="checkbox"/>				
Jugar juegos de contar o de números	<input type="checkbox"/>				
Hacer o construir cosas	<input type="checkbox"/>				



EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que puede haber experimentado su hijo/a de dos años.

Sus respuestas se mantendrán confidenciales.

30. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha mudado?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro veces o más

31. A su mejor saber y entender, ¿alguna vez ha experimentado su hijo/a alguno de los siguientes eventos o situaciones? Marque No o Sí para cada uno.

	No	Sí
Un padre o tutor divorciado o separado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La muerte de un padre o tutor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un padre o tutor cumplió sentencia de cárcel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenció violencia física o verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivió con cualquier persona que tenía enfermedad mental, depresión severa o pensamiento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivió con cualquier persona que tenía un problema con drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratado o juzgado injustamente por su raza o grupo étnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Para cada declaración, marque No si no representa la situación actual de su hijo/a de otro modo marque Sí.

	No	Sí
Mi hijo/a tiene una relación estrecha con al menos un adulto que no sea uno de sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a juega regularmente con otros niños que no son de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Para cada declaración, marque No si no representa su vecindario/comunidad de otro modo marque Sí.

	No	Sí
La gente se ayuda uno al otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gente está atenta para cuidar de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a está seguro/a en mi barrio o comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay ventanas rotas o grafiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay veredas o senderos para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay un parque o parque infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay una biblioteca o biblioteca móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay casas vacías o abandonadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PREGUNTAS PARA MAMÁ

Las siguientes preguntas son acerca de **usted**.

34. ¿Alguna vez, por alguno de las siguientes razones, sintió que le trataron de manera diferente mientras recibía cuidado para su hijo/a? Marque *No* o *Sí* para cada una.

	No	Sí
Mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi raza o etnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tipo de seguro médico que tengo/la falta de seguro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mi capacidad de pagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi apariencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me trataron diferente pero no sé por qué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor díganos:



ESPERA!

Si su hijo/a está viviendo con usted, asegúrese de haber contestado las preguntas anteriores y luego continúe con la **Pregunta 35**.

Si su hijo/a **no está** viviendo con usted, empiece aquí después de contestar la **Pregunta 2**.

35. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez se sintió tan triste y sin esperanza que dejó de hacer actividades normales?

- No
 Sí

36. Desde que nació su hijo/a, ¿un médico, enfermera u otro proveedor de atención médica habló con usted durante una visita o un chequeo acerca de la depresión?

- No
 Sí

37. Desde que nació su hijo/a, ¿un médico, enfermera u otro proveedor de atención médica la diagnosticó con depresión?

- No
 Sí

38. Cuando nació su hijo/a, ¿le ofreció un proveedor de atención médica del hospital un método anticonceptivo (DIU o implante) antes de que le dieron de alta?

- No
 Sí
 No estoy segura

39. ¿Cuántos embarazos ha tenido después del nacimiento de su hijo/a de dos años?

- Ninguno
- Uno
- Dos o más

Si marcó ninguno, vaya a la pregunta 41

40. Piense en el primer embarazo después del nacimiento de su hijo/a de dos años. ¿Cómo se sintió al volver a quedar embarazada? Marque una sola respuesta.

- Quería quedar embarazada después
- Quería quedar embarazada más pronto
- Quería estar embarazada entonces
- No quería estar embarazada entonces ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

41. ¿Está usted o su cónyuge/pareja haciendo algo ahora para evitar el embarazo?

- No
- Sí

Si marcó no, vaya a la pregunta 43

42. ¿Qué tipo de anticonceptivo está usted o su cónyuge/pareja usando ahora para evitar el embarazo? Marque todo lo que aplique.

- Ligadura/bloqueo de las trompas de falopio, o su pareja tuvo vasectomía
- DIU (Mirena®, ParaGuard®, Liletta®, etc.) o un implante anticonceptivo en el brazo
- Inyecciones, Pastillas anticonceptivas, Parche, o Anillo vaginal
- Condones
- Su pareja se retira (el coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro _____

Vaya a la pregunta 44

43. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su cónyuge/pareja no están haciendo algo ahora para evitar el embarazo? Marque todo lo que aplique.

- Estoy embarazada ahora
- Me quiero embarazar
- No quiero usar anticonceptivos
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi cónyuge o pareja no quiere usar nada
- Tengo dificultades para pagar por los anticonceptivos
- Otro _____

44. En los últimos 12 meses, ¿le ha ocurrido algo de lo siguiente? Marque No o Sí para cada uno.

	No	Sí
Un familiar allegado o amigo estaba muy enfermo o murió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estuve muy enferma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve un cambio en mi estado civil (casada, separada, divorciada, viuda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve problemas para pagar el alquiler, la hipoteca u otras facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi pareja o yo perdimos nuestro trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien allegado tenía un problema con la bebida o las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidé regularmente de un miembro de la familia que sufre de mala salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. En los últimos 12 meses, ¿a quién podía acudir para recibir apoyo emocional? (El apoyo emocional es cuando alguien la entiende, la alienta y la tranquiliza.) *Marque todo lo que aplique.*

- A nadie
- Cónyuge o pareja (padre del niño/a)
- Cónyuge o pareja (no el padre del niño/a)
- El padre del niño/a (no el cónyuge o pareja actual)
- Mis padres
- Familiares o amigos allegados
- Lugar de culto o líder religioso
- Consejero o profesional de salud mental
- Otro _____

HOGAR

Las siguientes preguntas son acerca de su hogar. El término "productos de tabaco" se refiere a los cigarrillos, cigarrillos electrónicos, plumas de vapor, todo tipo de cigarro y tabaco para pipas.

46. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor el uso del tabaco dentro de su hogar? *Marque una sola respuesta.*

- No se permite el uso del tabaco
- Sí se permite el uso del tabaco
- El uso del tabaco no se permite cuando hay niños presentes

47. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor el uso del tabaco dentro de su vehículo (automóvil, camioneta, etc.)? *Marque una sola respuesta.*

- No se permite el uso del tabaco
- Sí se permite el uso del tabaco
- El uso del tabaco no se permite cuando hay niños presentes

48. ¿Utiliza usted productos de tabaco (aunque sea solo ocasionalmente)?

- No
- Sí

49. En los últimos 12 meses, ¿alguien de su hogar usó alguno de los siguientes servicios? *Marque No o Sí para cada uno.*

	No	Sí
WIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estampillas para comida (SNAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banco de alimentos o despensa de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de desayuno o almuerzo escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar antes de impuestos?

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$24,999
- \$25,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$99,999
- \$100,000 o más

51. ¿Cuántas personas, incluida usted, dependen de este ingreso?

_____ personas



52. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que completó usted? *Marque una sola respuesta.*

- Menos del grado 12 de la preparatoria, sin diploma
- Diploma de la preparatoria (high school) o un diploma GED
- Grado asociado (por ejemplo, AA, AS) o licenciatura (por ejemplo, BA, BS)
- Título de posgrado (por ejemplo, MA, MS, PhD, EdD, MD, DDS, JD)

53. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que completó su cónyuge/pareja? *Marque una sola respuesta.*

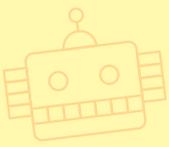
- No tengo cónyuge/pareja
- Menos del grado 12 de la preparatoria, sin diploma
- Diploma de la preparatoria (high school) o un diploma GED
- Grado asociado (por ejemplo, AA, AS) o licenciatura (por ejemplo, BA, BS)
- Título de posgrado (por ejemplo, MA, MS, PhD, EdD, MD, DDS, JD)
- No sé

54. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su relación actual? *Marque una sola respuesta.*

- Casada
- No casada, viviendo con mi pareja
- Soltera, nunca casada
- Divorciada, separada o viuda

55. Escribe la fecha en la que usted completó esta encuesta

____ / ____ / ____
Mes Día Año



THE OKLAHOMA TODDLER SURVEY

Si tiene alguna pregunta acerca de TOTS o le gustaría contestar la encuesta por teléfono, por favor llame al 405-521-6919 o sin cargo al 1-800-766-2223.

Visite nuestra página de Internet

TOTS.health.ok.gov



La financiación fue posible gracias a la Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services, Maternal and Child Health Services Title V Block Grant, número de concesión es B04MC30635.

El Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH) es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. 81 copias fueron impresos por OSDH a un costo de \$81. Copias han sido depositadas con Publications Clearinghouse del Departamento de Librerías de Oklahoma y están disponibles para bajar en www.health.ok.gov. | abril 2018



TOTS | MCH
Oklahoma State Department of Health
1000 NE 10TH Street • Oklahoma City, OK 73117-1207

