

Appendix C4: Spanish Decline Form

Formulario de no aceptación

OMB Autorización Número: 0584-0548

Fecha de vencimiento: xx/xx/xxxx

Según el Paperwork Reduction Act de 1995, no se permite que una agencia ni realice ni financie, ni se requiere que una persona responda a, una colección de información si no se muestra un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta colección de información es 0584-0584. Se estima que el tiempo requerido para completar esta colección de información es un promedio de 3 minutos por respuesta. Si Ud. tiene algún comentario acerca de la exactitud de los cálculos del tiempo, o sugerencias para mejorar esta forma, favor de contactar: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Research & Analysis, Room 1014, Alexandria, VA 22302.

Respetamos su decisión de no participar en el estudio. Al mismo tiempo, nos interesa saber si hay alguna diferencia entre las mujeres que eligen no participar y las que participan en el estudio. Nos gustaría que completara este breve cuestionario. No tiene la obligación de completarlo y puede pasar por alto cualquier pregunta que prefiera no responder. **Por favor, no escriba su nombre en este cuestionario.**

1. **¿Cuáles son los motivos principales por los que eligió no participar?** Marque todas las opciones que correspondan.

- ₁ No creo que el estudio me beneficie a mí o a mi bebé
- ₂ Estoy demasiado ocupada
- ₃ Me piden que haga encuestas con demasiada frecuencia
- ₄ Me preocupa mi privacidad
- ₉ Otro - Especifique

2. **¿Habla usted algún idioma que no sea inglés?** Marque una respuesta.

- ₁ SÍ Vaya a la PREGUNTA 3.
- ₂ NO PASE a la PREGUNTA 4 en la página 2.

3. **¿Qué otro idioma habla usted?** Marque SÍ o NO para cada idioma.

SÍ NO

- ₁ ₂ Español
- ₁ ₂ Chino (mandarín, cantonés u otro dialecto chino)
- ₁ ₂ Tagalo
- ₁ ₂ Francés
- ₁ ₂ Vietnamita
- ₁ ₂ Otro - Especifique

4. **¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que completó?** *Marque una respuesta.*

- ₁ Escuela secundaria incompleta
- ₂ Me gradué de la escuela secundaria o GED
- ₃ Estudios universitarios incompletos
- ₄ Grado universitario de 2 años de duración (por ej., grado asociado)
- ₅ Grado universitario de 4 años de duración (por ej., licenciatura)
- ₆ Grado universitario de más de 4 años de duración (por ej., estudios de posgrado, maestría)

5. **¿Cuál es su origen étnico?** *Marque una respuesta.*

- ₁ Hispana o latina
- ₂ Ni hispana ni latina

6. **¿Cuál es su raza?** *Marque una o más opciones.*

- ₁ Indígena norteamericana o nativa de Alaska
- ₁ Asiática
- ₁ Negra o afroamericana
- ₁ Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico
- ₁ Blanca

7. **¿Dónde nació usted?** *Marque una respuesta.*

- ₁ En los Estados Unidos (uno de los 50 estados o el Distrito de Columbia)
- ₂ En uno de los territorios de Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de EE. UU., Islas Marianas o Islas Salomón*)
- ₃ En otro país

8. **¿Cuántos años tiene?** *Marque una respuesta.*

- ₁ Entre 18 y 25 años
- ₂ Entre 26 y 30 años
- ₃ Entre 31 y 35 años
- ₄ Entre 36 y 40 años
- ₅ 41 años o más

9. **¿Cuál es el ingreso total de su hogar?** *Marque una respuesta.*

- ₁ Menos de \$ 10,000
- ₂ Entre \$10,001 y \$15,000
- ₃ Entre \$15,001 y \$20,000
- ₄ Entre \$20,001 y \$25,000
- ₅ Entre \$25,001 y \$30,000
- ₆ Entre \$30,001 y \$35,000
- ₇ Entre \$35,001 y \$40,000
- ₈ Más de \$40,000

10. **¿Alguna vez recibió alguno de los siguientes beneficios?** *Marque todas las opciones que correspondan.*

- ₁ Beneficios de SNAP (Antes, “Estampillas de comida,” o “Food Stamps”)
- ₁ TANF (*Asistencia Temporal Para Familias con Necesidad* o ayuda financiera)
- ₁ Medicaid
- ₁ Asistencia social (“welfare”)
- ₁ No estoy segura/no sé

MUCHAS GRACIAS.