APPENDIX J.2

WIC ITFPS-2 Participant Interview

1 Month - Spanish

**SOCIODEMOGRAPHICS AND BACKGROUND**

**Quisiera empezar por hacerle algunas preguntas generales acerca de su bebé y de usted. Comencemos con algunas preguntas acerca de su bebé.**

***Child Sex***

*Enrollment or if recruited prenatal, 1 mo*

SD8. ¿Es su bebé un niño o una niña? [Source: WIC IFPS-1]

Boy 01

Girl 02

***Single or Multiple Birth***

*Enrollment or if recruited prenatal, 1 mo*

SD7. ¿Tuvo gemelos o más de un bebé? [Source: FDA IFPS-2]

Yes 01

No 02

*If yes, need to sample one child for study*

***Child Name***

*Enrollment or if recruited prenatal, 1 mo*

SD9. ¿Cuál es el nombre completo de su bebé? ¿Podría deletrearlo? [Source: New Development]

Record full name:

First\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Middle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Last \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a. ¿Usa algún apodo para {CHILD} que usted quisiera que yo use durante la entrevista?

(If yes) Nickname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Infant DOB***

*Enrollment if postnatal or if recruited prenatal, 1 mo*

SD5. {*EN:* Piense en el niño que inscribió en WIC hoy.}¿En qué mes nació {*EN:* este niño/ *1 mo:* CHILD} ? [Source: WIC IFPS-1]

Month [January – December]

SD6. {*EN:* Piense en el niño que inscribió en WIC hoy/ *1 mo:* Y } en qué día del mes nació {CHILD}?

Day [1-31]

{Year – autofill for last occurrence of the month}

Don't know 98

Refused 99

***Birth Weight*** *1*

HF28. ¿Cuánto pesó {CHILD} al nacer? [Source: WIC IFPS-1]

Pounds [number]

Ounces [0-15]

***Gestational Age (birth <37 weeks)***

*1*

HF29. ¿Nació {CHILD} más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto? [Source: PHFE WIC Postpartum Questionnaire 2010]

Yes 01

No 02

Don’t know 98

HF30. (If yes) ¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted cuando {CHILD} nació? [Source: PHFE WIC Postpartum Questionnaire 2010]

Weeks [22-37]

***Child Ethnicity***

*Enrollment or if recruited prenatal, 1 mo*

SD10. ¿Es {CHILD} latino(a) o hispano(a)?

Latina o Hispana 01

No Latina o Hispana 02

Don't know 98

Refused 99

***Child Race***

*Enrollment or if recruited prenatal, 1 mo*

**SD11. ¿Cuál es la raza de {CHILD} ?** (*seleccione todas las que correspondan*) [Source: OMB Standard Categories]

American Indian or Alaska Native 01

Asian 02

Black or African American 03

Native Hawaiian or Other Pacific Islander 04

White 05

Other 06

Don't know 98

Refused 99

***Respondent still Caregiver?***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

SD12. (*1 mo.:* Antes de continuar*/ All other:* Antes de comenzar hoy), debo preguntarle si usted sigue siendo la persona a cargo de {CHILD}. [Source: New Development]

Yes 01

No 02

(If no, go to a)

a. ¿Vive {CHILD} con usted?

Yes 01

No 02

b. (*If a is Yes):* ¿Podría decirme quién en su hogar es la persona a cargo de {CHILD}? ¿Podría hablar con esa persona?

Name of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*c. (If a is No):* ¿Podría decirme actualmente quién está a cargo de {CHILD} y cómo me puedo comunicar con esa persona?

Name of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relation of New Caregiver to Child\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted.

***Continuation/discontinuation of WIC participation (timing, reasons, location)***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

SD31. ¿Actualmente recibe alimentos o cheques de WIC para usted o para {CHILD}? [Source: FDA IFPS-2; modified]

Yes 01

No 02

(if no for the first time go to #SD 34)

SD32. La última vez que hablé con usted, usted iba a WIC en [*fill in location*]. ¿Todavía va a ese lugar o va a otro lugar? [Source: FDA IFPS-2 modified]

Yes, still that location 01

No, new location 02

SD33. *(If SD32 is no)* ¿Podría decirme adónde va actualmente?

*Record location \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ask SD34 and SD35 only if SD31 is 'no'*

SD34. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando usted dejó de ir a WIC? [Source: LA WIC Survey; modified]

Age [weeks/months]

SD35. Voy a leerle algunas razones por las que posiblemente usted haya dejado de ir a WIC. Por favor dígame para cada una si es una razón por la que usted dejó de ir a WIC: [Source: LA WIC Survey; modified]

Usted ya no reúne los requisitos para WIC 01

No era conveniente para usted 02

Usted ya no necesita WIC 03

Otra razón (record response) 04

***Employment status during pregnancy***

*1*

SD28. Algunas mujeres trabajan por pago durante el embarazo, y otras no lo hacen. ¿Cuántos meses trabajó usted por pago mientras estaba embarazada con {CHILD}? [Source: New Development]

Months [0 to 9]

**HOSPITAL EXPERIENCES AND FEEDING PRACTICES**

**Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su experiencia en el hospital cuando {CHILD} nació.**

***NICU Feeding Module***

*1, \*3 for last question*

HF1. ¿Estuvo {CHILD} en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o NICU, por sus siglas en inglés? (*If needed:*  La NICU, es una unidad especial de un hospital para recién nacidos prematuros o que tienen problemas médicos especiales)?[Source: New Development]

Yes 01

No (if no, skip to HF7) 02

HF2. (*If yes*) ¿Cuál fue la razón? [Source: New Development]

Premature delivery 01

Other health problem (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 02

HF3. ¿Cuánto tiempo estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o NICU? [Source: New Development]

Time [days/weeks]

Still there 96

HF4. Cuando estuvo en la NICU, ¿lo(a) amamantó usted directamente de su pecho, se sacó la leche para dársela al bebé en biberón, lo(a) amamantó de su pecho y se sacó leche o no le dio nada de leche materna al bebé? (*If still there, change to present tense* - lo(a) amamanta usted directamente de su pecho, se saca la leche para el bebé, lo(a) amamanta de su pecho y se saca leche o no le da nada de leche materna al bebé?[Source: New Development]

Feeding directly from breast 01

Pumping breastmilk 02

Both from breast and pumping 03

Not feeding breastmilk 04

***Mode of delivery***

*1*

HF7. ¿De qué manera dio a luz a su bebé? [Source: FDA Project First]

Parto vaginal no inducido 01

Parto vaginal inducido 02

Cesárea planificada 03

Cesárea sin planificar o de emergencia 04

***Rooming arrangement in hospital***

*1*

HF8. Mientras usted estuvo hospitalizada, ¿estuvo {CHILD} en la misma habitación con usted o en la sala de recién nacidos? No incluya las veces en que el bebé estuvo fuera de su habitación por cosas breves como procedimientos médicos, baños o para pesarlo.[Source: WIC IFPS-1; modified]

Only in my room 01

Only in the nursery 02

Both 03

In NICU, never in my room or in the nursery 04

In NICU, then nursery 05

In NICU, then my room 06

In NICU, then both my room and the nursery 07

***First Feeding/Initiation of breastfeeding***

*1*

HF9. ¿Qué fue lo primero con que se alimentó a {CHILD} después del nacimiento? ¿Fue leche de fórmula, leche materna, agua con azúcar, agua pura u otra cosa? [Source: WIC IFPS-1]

Formula 01

Breastmilk 02

Sugar water 03

Plain water 04

Other 05

Don’t know 98

*If baby was in NICU and mother indicated in HF4 she was feeding breast milk, skip to HF11*

HF10. (*If first thing fed was other than breastmilk*) ¿Comenzó a amamantar a su bebé mientras estaba todavía en el hospital? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

HF11. (*If first fed was breastmilk or started breastfeeding in hospital*) ¿Comenzó a amamantar durante la primera hora después de que el bebé nació o más adelante? [Source: WIC IFPS-1; modified]

First hour 01

Later 02

Don’t remember 98

***Initial bf problems/barriers to initiating bf.***

*1*

HF12. (*If started to breastfeed in hospital*) ¿Tuvo alguna dificultad para amamantar mientras estaba en el hospital? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

*If no to HF12, skip toHF18*

HF13. ¿Tuvo dificultad debido a que los senos se le llenaron tanto que la leche no le salía o su bebé tuvo dificultad para agarrar el pezón? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

HF14. ¿Tuvo dificultades debido a dolores en los senos o en los pezones? [Source: WIC IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

HF15. ¿Tuvo dificultades debido a que usted creía que el bebé no estaba recibiendo suficiente leche? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

HF16. ¿Tuvo dificultades debido a que le tomó demasiado tiempo para que la leche le bajara? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

HF17. ¿La ayudó alguno de los empleados del hospital con alguna de estas dificultades? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

***Receipt of gift package from hospital? Contents?***

*1*

HF18. Cuando salió del hospital, ¿le dieron un paquete de obsequio? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

HF19. (*If yes*) ¿Cuáles de las siguientes cosas había en el paquete de obsequio? [Source: WIC IFPS-1, modified]

 a. Leche de fórmula

Yes 01

No 02

 b. Cupones o descuentos para leche de fórmula

Yes 01

No 02

 c. Un chupo o chupete

Yes 01

No 02

 d. Un biberón vacío

Yes 01

No 02

***Breastfeeding on set schedule or on demand?***

*1*

*Ask only if breastfeeding in the hospital*

HF20. Mientras estaba hospitalizada, ¿alimentó a su bebé con leche materna directamente de su pecho o en un biberón siguiendo un horario establecido o cada vez que [ÉL/ELLA] lloraba o parecía tener hambre? [Source: WIC IFPS -1]

Schedule 01

Cried or seemed hungry 02

Both on a schedule and when baby cried or seemed hungry 03

***Pump breasts in hospital***

*1*

HF21. Mientras estaba hospitalizada, ¿se sacó leche o intentó sacarse leche? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

***Encouragement of bf in hospital***

*1*

HF22. Mientras estaba hospitalizada, ¿la animó el médico, las enfermeras y otro personal del hospital a amamantar a su bebé? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

***Availability of bf support in hospital***

*1*

HF23. ¿Había alguien en el hospital cuyo trabajo fuera ayudarla con la lactancia, como por ejemplo una orientadora sobre lactancia u otro especialista capacitado? [Source: WIC IFPS-1; modified]

Yes 01

No 02

Don’t know 98

***Breastfeeding-related hospital support services used****1*

HF24. Mientras estaba hospitalizada, ¿usó alguno de los siguientes servicios de apoyo, información o equipo para amamantar? [Source: New Development]

 a. ¿Usó folletos, volantes o clases por televisión?

Yes 01

No 02

 b. ¿Usó los servicios de una orientadora sobre la lactancia?

Yes 01

No 02

 c. ¿Usó los servicios de otro especialista capacitado que le ayudó con la lactancia?

Yes 01

No 02

 d. Mientras estaba hospitalizada, ¿usó grupos de apoyo o clases sobre la lactancia?

Yes 01

No 02

 e. ¿Usó equipo que le ayudara con la lactancia tales como extractores de leche, protectores para el pezón u otro equipo?

Yes 01

No 02

 f. ¿Usó servicios de orientación que usted solicitó?

Yes 01

No 02

 g. ¿Usó servicios de orientación que usted no solicitó?

Yes 01

No 02

 h. ¿Usó una línea o teléfono de información en el hospital para hacer preguntas acerca de la lactancia?

Yes 01

No 02

 i. ¿Usó el nombre y el número de un empleado en particular del hospital para llamar y hacer preguntas?

Yes 01

No 02

 j Mientras estaba hospitalizada, ¿usó algún otro servicio, información o equipo que no hayamos mencionado?

Yes (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 01

No 02

***Feeding type at hospital discharge (human milk, formula, both)***

*1*

HF25. Cuando salió del hospital, ¿estaba alimentando a su bebé únicamente con leche materna, únicamente con leche de fórmula o con leche materna y leche de fórmula? [Source: WIC IFPS-1]

only breastmilk 01

only formula 02

both breastmilk and formula 03

***Length of hospital stay for mother***

*1*

HF26. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizada después del nacimiento de {CHILD}? [Source: FDA Project First; modified]

Nights [number]

***Length of hospital stay for infant***

*1*

HF27. ¿Cuántas noches permaneció {CHILD} en el hospital después del nacimiento? [Source: FDA Project First; modified]

Nights [number]

Don’t remember 98

**CURRENT FEEDING PRACTICES**

AMPM Module (Asking child’s food intake in past 24 hours)

***24-HR Recall for Food Intake***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

**Nutrition intake**

**Number of breastmilk/formula feedings per day**

**Type of formula used**

**Adherence to formula dilution instructions**

**Use/timing of supplemental formula for breastfeeding mothers**

**Addition of anything other than human milk/formula to child’s bottle**

**Specific food item intake**

**Use of jarred baby foods**

**Meal and snack pattern**

**Eating locations (eating on the go)**

**Use of dietary supplements for infants (direct administration)**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de cosas que posiblemente esté haciendo para alimentar a su bebé.

*Current feeding choice*

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF1. ¿Actualmente alimenta a {CHILD} con leche materna, ya sea directamente del pecho o en un biberón, o lo alimenta con leche de fórmula o lo alimenta con (*1-5 months*: ambas cosas) (*7-13 months:* ambas cosas o con ninguna)? [Source: New Development]

Only breastmilk 01

Only formula 02

Both breastmilk and formula 03

Neither breastmilk nor formula 04

*First postnatal interview (1 or 3), if mother indicates formula feeding only in CF1, and if 1 month answered no to HF10 breastfeeding initiated in hospital, ask:*

CF29. ¿Alguna vez alimentó a su bebé con leche materna ya sea directamente del pecho o en un biberón? [Source: FDA IFPS-2, modified]

Yes 01

No 02

*IF CF1 = 02, SKIP TO CF19*

**Breastfeeding Module (Asked only if mother currently feeding breastmilk, based on CF1)**

**Questions CF2 – CF18**

***Frequency and nature of breastfeeding problems***

***Resolution of breastfeeding problems***

*1, 3, 5*

Usted me dijo que actualmente alimenta a {CHILD} con leche materna. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas al respecto.

CF2. Quisiera preguntarle acerca de algunos de los problemas que posiblemente haya tenido con la lactancia durante el mes pasado. Durante el mes pasado, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

*Ask items (a/b) only at 1 month, then drop at 3 and 5.*

a. Durante el mes pasado, ¿tuvo problemas su bebé para agarrar el pezón?

Yes 01

No 02

b. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Bottle fed baby with formula 02

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 03

Nothing, just continued breastfeeding 04

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 05

*Ask at 1, 3, 5*

c. Durante el mes pasado, ¿tuvo su bebé algún problema de atragantarse?

Yes 01

No 02

d. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Bottle fed baby with formula 02

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 03

Nothing, just continued breastfeeding 04

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 05

e. Durante el mes pasado, ¿se le inflamaron o agrietaron los pezones?

Yes 01

No 02

f. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Took medications or used creams 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

g. Durante el mes pasado, ¿tuvo usted una infección de seno?

Yes 01

No 02

h. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Took medications or used creams 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

i. Durante el mes pasado, ¿se le llenaron demasiado los senos?

Yes 01

No 02

j. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Bottle fed baby with formula 02

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 03

Pumped or expressed breastmilk to relieve fullness 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

k. Durante el mes pasado, ¿no tuvo suficiente leche para satisfacer al bebé?

Yes 01

No 02

l. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Changed what I ate 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

m. Durante el mes pasado, ¿tuvo algún otro problema para amamantar? (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Yes 01

No 02

n. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Took antibiotics/medications 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

***Support received for breastfeeding problem***

*1, 3, 5*

CF3. (*If yes to any problem in CF2*) Cuando ha tenido problemas para amamantar, ¿le ha dado consejo al respecto alguna de las siguientes personas? [Source: IFPS-1, modified]

a. Personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC

Yes 01

No 02

b. Médicos o enfermeras

Yes 01

No 02

c. Amistades o familiares

Yes 01

No 02

d. Personal de apoyo a la lactancia que no trabaje para WIC, como por ejemplo La Leche League o una orientadora para la lactancia

Yes 01

No 02

e. ¿Alguna otra persona?

Yes 01

No 02

***Frequency and nature of breastfeeding barriers***

***Best solutions to identified barriers***

*1, 3, 5*

CF4. Voy a leerle algunas afirmaciones acerca de cosas que posiblemente le dificulten amamantar o por las que posiblemente usted no amamanta. Para cada una, por favor dígame si esto le ha sucedido durante el mes pasado. [FDA IFPS-2, modified]

a. Tuve que volver a trabajar o a estudiar y no podía ni quería sacarme leche o amamantar allí. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

b. Amamantar me desgastó demasiado. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

c. No tenía tiempo para amamantar. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

d. Siento que amamantar me ocupa demasiado. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

e. Mi esposo o pareja no estaba de acuerdo con que yo amamantara. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

CF5. (*If yes to any barriers in CF4*) ¿Cuál cree usted que es la mejor manera de resolver esto/las cosas que le dificultaron amamantar? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)* [Source: New Development]

Seek support from a friend or relative to help you

to continue breastfeeding 01

Seek support from a health professional to help you

to continue breastfeeding 02

Make arrangements with work or school to continue

breastfeeding or pumping during the day 03

Stop breastfeeding and switch to formula feeding 04

Mix breastfeeding with formula feeding 05

Nothing, just continue breastfeeding 06

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 07

***Use of breast pump***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF6. Algunas madres se pueden sacar leche y otras no pueden hacerlo. Actualmente, ¿usted se puede sacar leche?

*Interviewer: code yes if mother is pumping at all, even if infrequently.*

Yes 01

No 02

Refused 99

If CF6 is NO, skip to CF18

***From where mom received pump***

*1, 3 (ask at 1 month, or at 3 if mother indicates pumping for the first time at 3 months)*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF7. ¿Qué usa con más frecuencia para sacar la leche, un extractor eléctrico, un extractor manual, la saca con la mano o usa otra cosa? [Source: New Development]

An electric pump 01

A manual pump 02

Pumping by hand 03

Other 04

CF10. (*Do not ask if CF7 pumping by hand)* ¿Cómo consiguió el extractor de leche que usa con más frecuencia? (*Interviewer read options)*[Source: FDA IFPS-2, modified]

El programa WIC se lo prestó o pagó por este 01

Usted lo compró o lo alquiló 02

Una amiga o familiar se lo prestó 03

Se lo regalaron 04

Usó uno que le dieron en el hospital,

 su lugar de trabajo u otro lugar 05

***Time of day of pumping***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF12. Ahora quisiera preguntarle acerca de las horas en que normalmente se saca leche. [Source: New Development]

a. Cuando se saca leche, ¿con qué frecuencia se saca leche en la mañana, es decir antes del medio día? ¿Diría que normalmente, a veces o nunca?

Usually 01

Sometimes 02

Never 03

Don’t know 98

Refused 99

b. Cuando se saca leche, ¿con qué frecuencia se saca leche en la tarde, es decir desde el medio día hasta la 5 de la tarde? ¿Diría que normalmente, a veces o nunca?

Usually 01

Sometimes 02

Never 03

Don’t know 98

Refused 99

c. Cuando se saca leche, ¿con qué frecuencia se saca leche en la noche, es decir después de las 5 de la tarde? ¿Diría que normalmente, a veces o nunca?

Usually 01

Sometimes 02

Never 03

Don’t know 98

Refused 99

***Frequency of pumping***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF11. Piense en las últimas dos semanas. ¿Con qué frecuencia se sacó leche? (*Interviewer allow open-ended, calculate numbers for response if needed, and confirm with respondent)*[Source: FDA IFPS-2, modified]

Times pumped [times]

***Amount of milk pumped***

*1*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF13. Durante las últimas 24 horas, es decir desde las (*time*) de ayer, ¿más o menos cuántas onzas de leche materna se sacó? ([*Prompt:*] Una respuesta aproximada está bien. Piense en el biberón o biberones que llenó con leche materna y aproximadamente de qué tamaño eran).[Source: New Development]

*Interviewer note: If the mother didn’t pump in the past 24 hours, enter 0.*

Ounces [number]

***What mom did with pumped milk***

*1*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

*If CF13 = 0, skip to CF15.*

CF14. ¿Qué hizo con la leche materna que se sacó en las últimas 24 horas? Usted... [Source: New Development]

a. ¿se la dio a {CHILD} de inmediato?

Yes 01

No 02

b. ¿la guardó para usarla más adelante?

Yes 01

No 02

c. ¿la tiró?

Yes 01

No 02

***Reasons for pumping***

*1, 3, 5, 7*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF15. Voy a leerle algunas razones por las que es posible que se haya sacado leche durante el mes pasado. Para cada una, dígame si esta es una razón por la que usted se sacó leche. (CATI to randomize order of sub-items) [Source: FDA IFPS-2, modified]

a. Para aliviar la congestión o inflamación de los senos

Yes 01

No 02

b. Para mantener su reserva de leche cuando no puede amamantar al bebé (por ejemplo cuando usted no está con el bebé o cuando el bebé está demasiado enfermo y no puede amamantarlo)

Yes 01

No 02

c. Para mezclar con cereal o con otra comida

Yes 01

No 02

d. Para aumentar su reserva de leche

Yes 01

No 02

e. Para tener reservas adicionales de leche

Yes 01

No 02

f. Para tener leche para que otra persona pueda darle de comer al bebé

Yes 01

No 02

g. ¿Hay alguna otra razón por la que usted se haya sacado leche en el mes pasado?

Yes (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 01

No 02

***Storage practices for pumped/expressed human milk***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF16. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo estuvo la leche que usted se sacó guardada en el refrigerador? [Source: FDA IFPS-2, modified]

No guarda leche en el refrigerador 01

1 día o menos 02

2 a 3 días 03

4 a 5 días 04

6 a 8 días 05

Más de 8 días 06

CF17. ¿Normalmente por cuánto tiempo guarda su leche congelada? [Source: FDA IFPS-2]

*Only include 4 months or more after the 5 month interview*

No congelo la leche 01

Menos de 1 semana 02

De 1 a 4 semanas 03

De 1 a 3 meses 04

4 meses o más 05

***How is breastmilk feeding schedule determined (time schedule, child seems hungry, mixed)***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF18. ¿Le da leche materna a {CHILD} ya sea directamente de su pecho o en biberón siguiendo un horario establecido o cuando [ÉL/ELLA] llora o parece tener hambre? [Source: IFPS-1, modified]

Schedule 01

Cries or seems hungry 02

Both on a schedule and when baby cries or seems hungry 03

*IF CF1 = 01 SKIP TO CF52*

**Formula Feeding Module (Asked only if mother currently formula feeding)**

**Questions CF19 – CF27**

***Who provided formula***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

Usted me dijo que actualmente alimenta a {CHILD} con leche de fórmula. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas al respecto.

CF19. ¿Dónde obtiene la leche de fórmula que usa para alimentar a {CHILD}?¿La obtiene de WIC, de otro lugar o tanto de WIC como de otro lugar? [Source: New Development]

WIC 01

Somewhere else 02

Both WIC and somewhere else 03

If CF19 = 02, skip to CF21.

CF20. (*If indicated in CF19 getting formula from WIC)* ¿Es la cantidad de leche de fórmula que obtiene de WIC para alimentar a {CHILD} más de que normalmente usted necesita, menos de lo que usted normalmente necesita o es la cantidad correcta? [Source: PHFE WIC Survey 2010, modified]

More 01

Less 02

About right 03

Don’t know 98

Refused 99

***Reasons for formula use***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 (ask for the last time at the interview where mom indicates she has completely stopped breastfeeding)*

CF21. Hay muchas razones para usar leche de fórmula. Por favor dígame si alguna de las siguientes afirmaciones es una razón por la cual usted alimenta a su bebé con leche de fórmula.[Source: FDA IFPS-2, modified]

*If not currently breastfeeding at all (CF1) and never tried to breastfeed (HF10, CF29), skip to h.*

*Ask (a) only in months 1, 3, 5*

a. Mi bebé tuvo problema para chupar o agarrar el pezón

Yes 01

No 02

b. Mi bebé perdió el interés en lactar y dejó de lactar por sí mismo

Yes 01

No 02

c. Mi bebé no quedaba satisfecho únicamente con leche materna

Yes 01

No 02

d. Creí que mi bebé no estaba ganando suficiente peso

Yes 01

No 02

e. No tenía suficiente leche materna

Yes 01

No 02

f. Amamantar era demasiado doloroso

Yes 01

No 02

g. Quería que mi bebé tomara leche de fórmula y leche materna.

Yes 01

No 02

*Ask h-n if mother is either exclusively formula feeding or feeding both breastmilk and formula*

h. Decidí no amamantar

Yes 01

No 02

i. Mi bebé estaba enfermo y no podía amamantarlo

Yes 01

No 02

j. Yo estaba enferma o tuve que tomar medicamentos

Yes 01

No 02

k. Amamantar parecía demasiado inconveniente

Yes 01

No 02

l. No pude o no quise sacarme leche

Yes 01

No 02

m. Quería o necesitaba que alguien más alimentara a mi bebé

Yes 01

No 02

n. Alguna otra razón

Yes (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 01

No 02

***If not adhering to formula dilution instructions, why? Prescribed by Dr., nutritionist?***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF22. Durante el mes pasado, ¿alguna vez mezcló la leche de fórmula con más agua para que le durara más tiempo? [Source: IFPS-1]

Yes 01

No 02

If CF22 = NO, skip to CF24.

CF23. (*If yes to CF22*) ¿Quién le dijo que preparara la leche de fórmula de esta manera? [Source: New Development]

Un médico 01

Alguien que trabaja en la oficina o clínica de WIC 02

Otro profesional de la salud 03

Una amiga o un amigo 04

Un familiar 05

Otra persona 06

Nadie me dijo 07

CF24. Durante el mes pasado, ¿mezcló alguna vez la leche de fórmula con menos agua de la indicada para poder hacerla más concentrada o fuerte? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

Not applicable – use ready-to-feed 03

If CF24 = NO, skip to CF27.

CF25. (*If yes to CF24*) ¿Quién le dijo que preparara la leche de fórmula de esta manera? [Source: New Development]

Un médico 01

Alguien que trabaja en la oficina o clínica de WIC 02

Otro profesional de la salud 03

Una amiga o un amigo 04

Un familiar 05

Otra persona 06

Nadie me dijo 07

***How is formula feeding schedule determined (set, on demand, mixed)***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF27. ¿Alimenta a {CHILD} con leche de fórmula siguiendo un horario establecido o cuando [ÉL/ELLA] llora o parece tener hambre? [Source: IFPS-1]

Schedule 01

Cries or seems hungry 02

Both on a schedule and when baby cries or seems hungry 03

**Move to Partial Breastfeeding**

***Timing of move to partial breastfeeding***

*(any time 1-13)*

*Ask of all women who indicated fully BF in CF1. Once answered affirmatively, drop from subsequent interviews.*

CF52. ¿Ha alimentado a {CHILD} con leche de fórmula, incluso si solo fue una vez? No incluya el tiempo en el hospital justo después del nacimiento de {CHILD}.

Yes 01 (go to CF53)

No 02 (go to CF32)

Don’t know 03

Refused 04

*Ask of fully BF women who answered yes to CF52, partially BF women (based on CF1), and fully formula feeding women (based in CF1) who indicated that they ever breastfed in CF29 or HF10. Ask once, first time formula feeding indicated in CF1 or CF52, then drop from subsequent interviews.*

CF53. ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que lo(a) alimentó con leche de fórmula? No incluya el tiempo en el hospital justo después del nacimiento de {CHILD}.

Age [days/weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

*Asked of all partially BF women and all fully formula feeding women who ever breastfed based on CF29 or HF10. Ask until an age, don’t know, or refused is given in response, then drop from subsequent interviews.*

CF28. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando comenzó a alimentarlo(a) con leche de fórmula todos los días? [Source: FITS 2002, modified]

Age [days/weeks/months]

Child is not fed formula every day 97

Don’t Know 98

Refused 99

**Breastfeeding Cessation Module: (asked once first time mother indicates not currently feeding breastmilk in CF1)**

**Questions CF30 – CF31**

***Timing of cessation of breastfeeding***

*(any time 1-13)*

*Ask at first interview when mother says she is not feeding breastmilk, if she indicated feeding breastmilk in CF1 on previous interviews or if she answered ‘yes’ to ever breastfed or tried to breastfeed in CF29*

CF30. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando usted dejó de alimentarlo(a) por completo con leche materna ya fuera directamente de su pecho o en biberón? [Source: IFPS-1, modified]

Age [days/weeks/months]

***Reasons for cessation of breastfeeding***

*(any time 1-13)*

CF31. Hay muchas razones por las que las madres dejan de amamantar. Por favor dígame si alguna de las siguientes razones le ayudó a decidir dejar de amamantar a {CHILD}? [Source: FDA IFPS-2, modified]

 *Do not ask (a) if interview is 5 months or later*

a. Mi bebé tuvo problema para chupar o agarrar el pezón

Yes 01

No 02

b. Mi bebé comenzó a morder

Yes 01

No 02

c. Mi bebé perdió el interés en lactar y dejó de lactar por sí mismo

Yes 01

No 02

d. Mi bebé no quedaba satisfecho únicamente con leche materna

Yes 01

No 02

e. Creí que mi bebé no estaba ganando suficiente peso

Yes 01

No 02

f. No tenía suficiente leche

Yes 01

No 02

g. Amamantar era demasiado doloroso

Yes 01

No 02

h. Yo estaba enferma o tuve que tomar medicamentos

Yes 01

No 02

i. Amamantar era demasiado inconveniente

Yes 01

No 02

j. Quería o necesitaba que alguien más alimentara a mi bebé

Yes 01

No 02

k. No quería amamantar en público

Yes 01

No 02

l. Alguna otra razón (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Yes 01

No 02

**Supplemental Foods Initiation (asked all interviews 1-24 until all endorsed)**

***Fed other than breastmilk or formula***

***1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24***

*Ask CF32 at every interview until mother answers yes, then drop from later interviews and go straight to CF33.*

CF32. ¿Se le ha dado a {CHILD} algo de comer o tomar aparte de leche de fórmula o leche materna? [Source: WIC IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

***Were foods other than breastmilk or formula fed by bottle? If so, why?***

*1, 3, 5, 7*

CF36. Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de cosas que posiblemente le haya agregado al biberón de su bebé con leche de fórmula o leche materna.: [Source: FDA IFPS-2, modified; New Development for reasons]

a En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha agregado cereal para bebés al biberón de su bebé?

todas las veces que le dio de comer 01

la mayoría de las veces que le dio de comer 02

aproximadamente una vez al día 03

de vez en cuando 04

rara vez 05

nunca 06

b. (*If anything other than never*) ¿Por qué le agregó cereal para bebés al biberón de su bebé?

Para que quede satisfecho(a) 01

Para hacerlo(a) tomar más leche 02

Para darle algo especial 03

Como remedio 04

Un médico u otro profesional de la salud me dijo que hiciera esto 05

Un amigo o un familiar me dijo que hiciera esto 06

Otra razón 07

c. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha agregado endulzante al biberón de su bebé?

todas las veces que le dio de comer 01

la mayoría de las veces que le dio de comer 02

aproximadamente una vez al día 03

de vez en cuando 04

rara vez 05

nunca 06

d. (*If anything other than never*) ¿Por qué le agregó endulzante al biberón de su bebé?

Para que quede satisfecho(a) 01

Para hacerlo(a) tomar más leche 02

Para darle algo especial 03

Como remedio 04

Un médico u otro profesional de la salud me dijo que hiciera esto 05

Un amigo o un familiar me dijo que hiciera esto 06

Otra razón 07

e. ¿Le ha agregado otra cosa?(Specify OTHER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha agregado [OTHER] al biberón de su bebé?

todas las veces que le dio de comer 01

la mayoría de las veces que le dio de comer 02

aproximadamente una vez al día 03

de vez en cuando 04

rara vez 05

nunca 06

f. (*If anything other than never*) ¿Por qué le agregó [OTHER] al biberón de su bebé?

Para que quede satisfecho(a) 01

Para hacerlo(a) tomar más leche 02

Para darle algo especial 03

Como remedio 04

Un médico u otro profesional de la salud me dijo que hiciera esto 05

Un amigo o un familiar me dijo que hiciera esto 06

Otra razón 07

If CF32 = NO, skip to MH3.

***Time to introduction of supplemental foods***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

*Only ask CF33 if CF32 = YES*

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cuando comenzó a alimentar a {CHILD} con distintos tipos de comidas.

*Ask each food until answer is affirmative, then stop asking that food in subsequent interviews*

CF33. Para cada uno de los siguientes alimentos, por favor dígame si le ha dado a {CHILD} esta comida o bebida, y de ser así, ¿qué edad tenía {CHILD} la primera vez que comió esa comida? [Sources: FITS 2008; IFPS-1; WHO Toolkit 1996]

a. ¿Le ha dado agua natural embotellada o del grifo?

Yes 01

No 02

b. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio agua natural embotellada o del grifo?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

c. ¿Le ha dado gaseosa, soda o refrescos con gas?

Yes 01

No 02

d. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio gaseosa, soda o refrescos con gas?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

e. ¿Le ha dado otras bebidas dulces (tales como Kool Aid, Hi-C, Fruit Punch, jugo con azúcar, agua con sabores o azúcar, Gatorade, o té dulce)?

Yes 01

No 02

f. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otras bebidas dulces?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

g. ¿Le ha dado jugos de pura fruta o 100% de fruta, tales como jugo de manzana, jugo de naranja u otros jugos de pura fruta? No incluya bebidas dulces con sabor a fruta, ni jugo de fruta hecho en casa al que se le agregó azúcar?

Yes 01

No 02

h. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio jugo de pura fruta o 100% de fruta?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

i. ¿Le ha dado otras bebidas o líquidos incluyendo tés, caldos o consomés?

Yes 01

No 02

j. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otras bebidas y líquidos, incluyendo tés, caldos y consomés?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

k. ¿Le ha dado leche de vaca, incluyendo leche entera, leche al 2%, al 1% y leche sin grasa? Por favor, incluya la leche que agrega a otras comidas, como por ejemplo al cereal.

Yes 01

No 02

l. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio leche de vaca?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

m. ¿Le ha dado otros productos lácteos aparte de leche de vaca, como por ejemplo, queso, yogur o leche de cabra? Por favor, incluya todos los productos lácteos aparte de leche de vaca que le haya agregado a otras comidas.

Yes 01

No 02

n. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otros productos lácteos aparte de leche de vaca?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

o. ¿Le ha dado cereal para bebés?

Yes 01

No 02

p. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio cereal para bebés?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

q. ¿Le ha dado otros tipos de cereal aparte de cereal para bebés?

Yes 01

No 02

r. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otros tipos de cereal, aparte de cereal para bebés?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

s. ¿Le ha dado huevos?

Yes 01

No 02

t. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio huevos?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

u. ¿Le ha dado fruta, incluyendo alimento para bebés o fruta normal?

Yes 01

No 02

v. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio frutas?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

w. ¿Le ha dado vegetales, incluyendo alimento para bebés o vegetales normales?

Yes 01

No 02

x. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio vegetales?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

y. ¿Le ha dado leguminosas como por ejemplo frijoles, habichuelas o garbanzos?

Yes 01

No 02

z. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio leguminosas, tales como frijoles, habichuelas o garbanzos?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

aa. ¿Le ha dado crema de maní o cacahuate?

Yes 01

No 02

bb. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio crema de maní o cacahuate?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

cc. ¿Le ha dado carnes, pollo o pescado, incluyendo en alimentos para bebés o comidas combinadas para bebés que contienen estos productos?

Yes 01

No 02

dd. (*If yes*) Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio carne, pollo o pescado?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

ee. ¿Le ha dado pasabocas salados tales como papitas fritas de paquete, pretzels, galletas de sal u otros pasabocas, incluyendo pasabocas para bebés?

Yes 01

No 02

ff. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio pasabocas salados?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

gg. ¿Le ha dado golosinas tales como pastel o torta, galletas dulces, dulces o bombones o mermelada o confitura?

Yes 01

No 02

hh. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio golosinas?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

**MATERNAL HEALTH AND LIFESTYLE**

**Ahora, le voy a hacer algunas preguntas acerca de su salud.**

***Pregnancy weight gain***

*1*

MH3. Al final de su embarazo y justo antes de que {CHILD} naciera, ¿más o menos cuánto pesaba usted, sin zapatos? [Source: PHFE WIC Postpartum Questionnaire 2010]

Weight [pounds]

a. Según lo que nos dijo antes, esto quiere decir que usted subió unas [CATI calculates difference between pre-pregnancy weight (MH2 from screening) and post-pregnancy weight (MH3)] libras durante su embarazo con {CHILD}. ¿Es correcto?

Yes 01

No (ask for correction to weights) 02

***Maternal weight***

*1, 3, 13, 24*

MH13. Actualmente, ¿más o menos cuánto es su peso, sin zapatos? [Source: PHFE WIC Postpartum Questionnaire 2010]

Pounds [number]

***Health problems during pregnancy***

*1*

MH4. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud durante su embarazo? [Source: WIC IFPS-1]

 a. Diabetes, es decir que los niveles de azúcar están altos

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Refused 99

 b. Hipertensión mientras estaba embarazada

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Refused 99

 c. Inflamación en las muñecas o en los tobillos mientras estaba embarazada

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Refused 99

***Actions taken to rectify maternal health problems***

*1 (put this before the hospitalization question)*

MH6. (*If yes to any of the health problems in MH4*) ¿Recibió tratamiento por parte de su médico para los problemas de salud durante su embarazo? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Refused 99

***Health problems during pregnancy***

*1*

MH5. Antes del nacimiento de su bebé, ¿tuvo algún problema durante su embarazo por el cual haya tenido que permanecer hospitalizada? [Source: WIC IFPS-1. modified]

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Refused 99

a. (*If yes*), ¿Por cuántas noches en total estuvo hospitalizada?

Nights [number]

b. (*If > 1 night*) ¿Fue esto durante una sola admisión al hospital o durante distintas admisiones durante su embarazo?

Single stay 01

Different times 02

Don’t know 98

Refused 99

***Prenatal care receipt***

*1*

MH10. ¿A dónde fue para el cuidado médico prenatal - un obstetra particular, otro médico particular, una clínica pública, una partera o a otro lugar? [Source: WIC IFPS-1; modified]

Private obstetrician 01

Private other doctor 02

Public clinic 03

Midwife 04

Other 05

***Timing of first prenatal OB visit***

*1*

MH11. Cuando tuvo su primera consulta de cuidado prenatal con un médico u otro profesional de la salud, ¿cuántas semanas o meses de embarazo tenía? [Source: PHFE WIC Postpartum Questionnaire 2010]

Weeks [1-40]

Or Months [1-9]

***Health care coverage during pregnancy***

*1*

MH12. Durante su embarazo con {CHILD}, ¿tenía cobertura de algún seguro médico o algún plan de salud? (if necessary, say:) Esto incluye seguro médico por medio de su empleador o el empleador de su esposo, un plan que usted haya comprado de manera independiente, o un plan del gobierno.[Source: PHFE WIC Postpartum Questionnaire 2010]

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Refused 99

***Maternal physical health post-birth***

*1*

MH14. ¿Cómo calificaría su salud en general hoy en día? [Source: Medical Outcomes Study]

Excelente 01

Buena 02

Regular 03

Mala 04

***Actions taken to rectify any maternal health conditions***

*1*

MH15. (*If answer to MH14 is Fair or Poor)* ¿Qué está haciendo para tratar los problemas de salud? *(Interviewer: ask open-ended, select all that apply)* [Source: New Development]

Going to doctor 01

Dieting 02

Exercising 03

Taking medications 04

Nothing 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

**EXPERIENCE, KNOWLEDGE, ADVICE, BELIEFS**

**Ahora, le voy a hacer algunas preguntas acerca de decisiones que haya tomado y consejos que haya recibido acerca de cómo alimentar a su bebé.**

***How long intend to breastfeed***

*1*

KA20. (*If still exclusively breastfeeding at 1 month from CF1*) ¿Qué edad cree que tendrá su bebé cuando usted lo(a) alimente con otra cosa aparte de leche materna?[Source: WIC IFPS-1]

Age [weeks/months/years]

KA21. (*If still doing any breastfeeding at 1 month from CF1*): ¿Qué edad cree que tendrá su bebé cuando usted deje de alimentarlo por completo con leche materna? [Source: WIC IFPS-1]

Age [weeks/months/years]

***Influences on decision to breastfeed or formula feed***

*Prenatal, 1*

*1 Month Question:*

**Ahora le voy a preguntar acerca de conversaciones que posiblemente haya tenido con otras personas acerca de la manera de alimentar a su bebé.**

KA23. ¿Ha hablado con alguna de las siguientes personas acerca de la manera en que actualmente usted alimenta a su bebé, por ejemplo, amamantar, dar leche de fórmula o dar comidas sólidas? [Source:WIC IFPS-1, modified]

 a. ¿Su esposo o pareja?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 (*If yes*) ¿Qué tan importante fue esta conversación con su esposo/pareja en ayudarle a decidir cómo alimentar a su bebé? ¿Diría que fue muy importante, algo importante o no fue importante?

Very important 01

Somewhat important 02

Not important 03

 b. ¿Su mamá?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 (*If yes*) ¿Qué tan importante fue esta conversación con su mamá en ayudarle a decidir cómo alimentar a su bebé? ¿Diría que fue muy importante, algo importante o no fue importante?

Very important 01

Somewhat important 02

Not important 03

 c. ¿Otros familiares?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 (*If yes*) ¿Qué tan importante fue esta conversación con sus familiares en ayudarle a decidir cómo alimentar a su bebé? ¿Diría que fue muy importante, algo importante o no fue importante?

Very important 01

Somewhat important 02

Not important 03

 d. ¿Amistades?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 (*If yes*) ¿Qué tan importante fue esta conversación con sus amistades en ayudarle a decidir cómo alimentar a su bebé? ¿Diría que fue muy importante, algo importante o no fue importante?

Very important 01

Somewhat important 02

Not important 03

 e. ¿Personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 (*If yes*) ¿Qué tan importante fue esta conversación con las personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC en ayudarle a decidir cómo alimentar a su bebé? ¿Diría que fue muy importante, algo importante o no fue importante?

Very important 01

Somewhat important 02

Not important 03

 f. ¿El pediatra de su bebé u otro profesional de la salud?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 (*If yes*) ¿Qué tan importante fue esta conversación con el pediatra de su bebé u otro profesional de la salud en ayudarle a decidir cómo alimentar a su bebé? ¿Diría que fue muy importante, algo importante o no fue importante?

Very important 01

Somewhat important 02

Not important 03

***Receipt of advice about breastfeeding***

*1*

KA31. Con frecuencia las madres reciben consejos de sus familiares acerca de la alimentación. Voy a hacerle algunas preguntas acerca de consejos que le hayan dado. [Source: New Development]

 a. ¿La ha animado su esposo o pareja a amamantar a {CHILD}, la ha desanimado de amamantar a {CHILD}, le ha dado opiniones contradictorias o no le ha dado consejo al respecto?

Encourage 01

Discourage 02

Mixed advice 03

No advice 04

Not applicable 97

 b. ¿La ha animado su mamá a amamantar a {CHILD}, la ha desanimado de amamantar a {CHILD}, le ha dado opiniones contradictorias o no le ha dado consejo al respecto ?

Encourage 01

Discourage 02

Mixed advice 03

No advice 04

Not applicable 97

 c. ¿La han animado otros familiares a amamantar a {CHILD}, la han desanimado de amamantar a {CHILD}, le han dado opiniones contradictorias o no le han dado consejo al respecto?

Encourage 01

Discourage 02

Mixed advice 03

No advice 04

Not applicable 97

KA32. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de consejos que le hayan dado sobre la alimentación de {CHILD}. Desde que {CHILD} nació, ¿recibió información sobre la lactancia de alguna de las siguientes personas o grupos, sin incluir personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC? [Source: WIC IFPS-1, modified]

 a. ¿Le dio un médico o una enfermera información acerca de la lactancia?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 b. ¿Recibió información sobre la lactancia en una clase acerca del nacimiento del bebé?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

 c. ¿Le dio una orientadora sobre la lactancia información acerca de la lactancia?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

KA33. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el tipo de consejo que le dieron las personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC acerca de alimentar a {CHILD}: ¿Le dijeron que es mejor únicamente amamantar, que es mejor únicamente alimentar con leche de fórmula o que no hay ninguna diferencia entre amamantar y alimentar con leche de fórmula? [Sources: IFPS-1, PHFE WIC Survey 2010, modified]

Breastfeeding is better 01

Formula feeding is better 02

No difference between breastfeeding and formula feeding 03

Didn’t give advice about feeding 04

Don’t know 98

KA34. ¿Le recomienda el pediatra de su bebé que únicamente amamante, que únicamente lo alimente con leche de fórmula o que ambos métodos están bien? [Source: WIC IFPS-1, modified]

Breastfeeding 01

Formula feeding 02

Both are equally OK 03

Didn’t give advice about feeding 04

Don’t know 98

***Receipt of counseling about infant feeding and care (sources - physician, WIC, other)***

***Any advice from physician specific to premature birth status***

*1*

 Ahora, quisiera preguntarle acerca de quién le ha dado consejos o educación acerca de cómo alimentar y cuidar a {CHILD} en términos más generales. [Source: New Development]

a. ¿Le dieron consejos o educación las personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC acerca de cómo alimentar y cuidar a {CHILD}?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

b. ¿Le dio consejos un nutricionista en un hospital acerca de cómo alimentar y cuidar a {CHILD}?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

c. ¿Le dio consejos un médico o una enfermera acerca de cómo alimentar y cuidar a {CHILD}?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

d. (*If baby born before 37 weeks*) ¿Le dio consejos un médico o una enfermera acerca de cómo alimentar a un bebé prematuro?

Yes 01

No 02

Don’t know 98

Not applicable 99

**CHILD HEALTH, BEHAVIOR, AND CHILD REARING**

***Health status/conditions***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

Finalmente, le voy a preguntar acerca de la salud de su bebé.

CH2. ¿Le ha dicho el médico que {CHILD} tiene algún problema de salud o enfermedad a largo plazo que podría afectar la manera en que él/ella come? [Source: FITS 2008, modified]

 (*Interviewer, if necessary add*) Estos problemas de salud o enfermedades incluyen cosas como alergias a alimentos, diabetes, trastornos en el metabolismo, tales como fenilcetonuria o PKU, galactosemia, problemas gastrointestinales, tales como reflujo gasogástrico, otros problemas como paladar hendido, u otros problemas de la boca o de la cara - cualquier problema que afecta la habilidad del niño para comer y masticar.

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

(If yes) **¿Qué problema médico o enfermedad tiene {CHILD}?**

 Specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CH3. (*If yes to health status/conditions in CH2*): ¿Qué está haciendo actualmente para tratar este problema de salud? [Source: New Development] *(Open-ended, Interviewer check all that apply)*

Taking her/him to the doctor for treatment 01

Treating him/her at home with medicine 02

Treating him/her at home with something other than

medicine (such as herbal remedies, special teas, or other

forms of treatment) 03

Changing his/her diet 04

Other 05

Don’t Know 98

Refused 99

**PARTICIPANT CONTACT INFORMATION UPDATE**

**Gracias por su tiempo y por hablar conmigo hoy. Debido a que la llamaremos para su siguiente entrevista (***EN:* **en un par de semanas** */all other times:* **cuando su hijo tenga {AGE – next interview}), quisiera asegurarme de que tenemos todos los medios adecuados para contactarla.**

CM1. ¿Su nombre completo todavía es {NAME}?

Yes 01

No 02

(If no, go to a)

a. ¿Podría decirme cuál es ahora su nombre legal completo?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ask only if still on WIC:*

CM2. {*If have WIC ID on file:* Tenemos anotado que su identificación de WIC es {FILL}. ¿Es correcto?/*If don’t have WIC ID on file:* ¿Sabe cuál es su identificación actual de WIC?}

WIC ID is the same (fill below) 01

New WIC ID (specify below) 02

Don’t know WIC ID 98

Refused WIC ID 99

 WIC ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CM3. Hoy me comuniqué con usted en el {FILL #}. ¿Será ese el mejor número para llamarla para su próxima entrevista?

Yes (if yes, go to b) 01

No (if no, go to a) 02

a. ¿Cuál es el mejor número para llamarla para su próxima entrevista?

Number (specify ---/---/----)

NO PHONE (go to CM4) 97

**¿Es ese número de su casa, del trabajo, de un celular o de otra parte?**

Home 01

Work 02

Cell 03

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 04

**b. ¿Hay algún otro número en el que podríamos contactarla en caso de que tengamos problema para comunicarnos con usted?**

Number (specify ---/---/----)

**¿Es ese número de su casa, del trabajo, de un celular o de otra parte?**

Home 01

Work 02

Cell 03

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 04

Quisiéramos mantenernos en contacto con usted incluso si no podemos comunicarnos por teléfono o si su número de teléfono cambia, así que le voy a preguntar acerca de algunas otras maneras en que podríamos comunicarnos con usted.

CM4. *If have email on file:* Tenemos anotado que su correo electrónico es {FILL}. ¿Es correcto?/*If no email:* ¿Tiene un correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted si es necesario?

Email is the same (fill below) 01

New Email (specify below) 02

Don’t know Email 98

Refused Email 99

 Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CM5. *If mailing address on file:* Tenemos anotado que su dirección de correo actual es {FILL}. ¿Es correcto? *If no mailing address on file:* ¿Podría darme una dirección de correo donde podamos contactarla si es necesario?

Address is the same (fill below) 01

New address (specify below) 02

Don’t know/don’t have address 98

Refused address 99

a. ¿Podría decirme cuál es su dirección de correo actual?

 Street/Apt#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ZIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. (*If CM3a is 97 – no phone)*: Anteriormente usted mencionó que no tiene teléfono. Debido a que necesitamos hablar con usted por teléfono, le enviaremos por correo un teléfono del estudio. Recibirá el teléfono antes de su próxima entrevista. También recibirá las instrucciones sobre cómo usar el teléfono. ¿Debemos enviar el teléfono a la dirección de correo que acaba de darme?

Address is the same (fill below) 01

New address (specify below) 02

Don’t know/don’t have address 98

Refused address 99

 ¿Podría darme la dirección a la que debemos enviar el teléfono?

 Street/Apt#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ZIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CM6. [Social Media – will develop question when procedure is finalized]

CM7. (*If contacts on file:* Anteriormente usted dio los nombres y la información de contacto de dos personas que siempre saben dónde contactarla. ¿Puedo volver a leerle esa información para verificar que sigue siendo correcta?/*If no contacts on file:* Solo en caso de que no podamos contactarla con la información que usted me acaba de dar, quisiera pedirle los nombres y la información de contacto de dos personas que siempre sepan dónde contactarla.

**Person #1** *(If contacts on file, read fill info and correct as needed)*

Name

Who is this person to you?

Phone

Address

Email

**Person #2** *(If contacts on file, read fill info and correct as needed)*

Name

Who is this person to you?

Phone

Address

Email

*Ask only if core sample, at the 1st interview after the child is born:*

CM8. Como le mencionamos cuando usted se inscribió en el estudio, quisiéramos obtener información del hospital en que {CHILD} nació y usted nos dio permiso de hacerlo. ¿Podría darme el nombre del hospital y el número de teléfono, si lo tiene, y la ciudad y el estado en que nació {CHILD}?

Hospital name

Location

Phone

Child not born in a hospital 97

Don’t know 98

Refused 99