APPENDIX K.2

WIC ITFPS-2 Participant Interview

3 Month - Spanish

**SOCIODEMOGRAPHICS AND BACKGROUND**

***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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Quisiera comenzar por hacerle algunas preguntas acerca de WIC.**

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 SD34, if no previously go to next applicable module)

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

**WIC PROGRAM AWARENESS, SATISFACTION, UTILIZATION**

*Administer full WIC module only if respondent indicated in SD31 that they are still on WIC. If not on WIC, skip to WC21.*

Le voy a hacer algunas preguntas acerca de WIC, incluyendo qué servicios ofrece su oficina de WIC y qué servicios usa usted.

***Awareness: WIC Food Packages***

*Prenatal, 3*

Primero, le voy a leer algunas preguntas y quisiera que me dijera si estas cosas se ofrecen en su oficina o clínica de WIC:

WC1. Existe una opción especial de alimentos de WIC para mujeres lactantes que no le dan leche de fórmula de WIC al bebé. ¿Se ofrece esta opción especial en su oficina o clínica de WIC? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

***Perceptions of impact of WIC food package on breastfeeding behavior***

*3, 7*

*If WC1 was yes, ask KA25*

KA25. (If yes) ¿Qué tan importante fue esta opción especial de alimentos para madres lactantes en su decisión de amamantar a {CHILD}? [Source: New Development]

Muy importante 01

Algo importante 02

No fue importante 03

***Awareness: WIC Food Packages***

*Prenatal, 3*

WC2. En su oficina o clínica de WIC, ¿cambia la cantidad de leche de fórmula que usted puede recibir de WIC, de acuerdo con la edad del bebé? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

WC3. En su oficina o clínica de WIC, ¿cambia la cantidad de leche de fórmula que usted puede recibir de WIC, de acuerdo con la cantidad de leche materna que la madre le da al bebé? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

***Awareness: Breastfeeding counseling and education***

*Prenatal, 3*

**Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de información y servicios que posiblemente haya recibido de WIC.**

WC4. ¿Cree usted que WIC recomienda únicamente amamantar, únicamente dar leche de fórmula o que ambos métodos están bien? [Source: IFPS-1, modified]

Breastfeeding only 01

Formula feeding only 02

Both are equally ok 03

Don’t Know 98

***Utilization: Breastfeeding counseling and education***

*Prenatal, 3*

WC5. ¿Ha recibido alguna información de WIC acerca de amamantar (durante este embarazo/a {CHILD})? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

***Utilization: Nutrition education and counseling***

*Prenatal, 3*

WC6. ¿Ha recibido información de WIC acerca de lo que usted debería comer? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

*3 only:*

WC7. ¿Ha recibido información de WIC acerca de cómo alimentar a su bebé con leche de fórmula? [Source: WIC IFPS-1 modified]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

WC8. ¿Ha recibido información de WIC acerca de cómo preparar la leche de fórmula? [Source: WIC IFPS-1 modified]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

WC9. ¿Ha recibido información de WIC acerca de cuándo comenzar a alimentar a {CHILD} con cereal y otros alimentos? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

***Utilization: Peer counseling for breastfeeding***

*3*

WC10. Cuando nació {CHILD}, ¿la visitó en el hospital alguien de su oficina o clínica de WIC para darle apoyo para la lactancia? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Didn’t need it 03

Don’t Know 98

WC11. Después de que {CHILD} nació, ¿la llamó alguien de su oficina o clínica de WIC para darle apoyo para la lactancia? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Didn’t need it 03

Don’t Know 98

***Utilization: Food package***

*Prenatal, 3*

**Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de cómo ha usado los alimentos y la educación que proporciona WIC.**

WC12. Durante el mes pasado, ¿compró todos los alimentos de WIC para los que recibió cheques o beneficios EBT? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Haven’t shopped yet 03

Don’t Know 98

WC13. Durante el último mes, ¿gastó toda la cantidad del beneficio para frutas y vegetales?

Yes 01

No 02

Haven’t shopped yet 03

Don’t Know 98

*Perceptions of Impact of Nutrition Education*

*3, 13, 24*

WC20. Sus beneficios de WIC incluyen tanto educación como alimentos. ¿Qué es más importante para usted—los alimentos que recibe de WIC, la educación que recibe de WIC o las dos cosas son igual de importantes? [Source: New Development]

Food is more important 01

Education is more important 02

They are equally important 03

Don’t know 98

Refused 99

*If no longer on WIC, say:* Quisiera preguntarle cómo usó la educación que proporciona WIC.

WC21. ¿Ha cambiado su alimentación o la alimentación de su familia debido a algo que aprendió en WIC? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

WC22. (*If YES to WC21*) ¿Cuál es el cambio más importante que ha hecho basado en la educación que recibió de WIC? *(Open-ended; Interviewer record response)* [Source: New Development]

I/we eat more fruits and vegetables 01

I/we eat more whole grains 02

I/we drink more reduced fat/low-fat/non-fat milk 03

I am breastfeeding/breastfed 04

I know how to prepare formula/feed the right amount of formula 05

We have more family meals/eat together 06

We don’t watch TV when eating meals 07

We drink/buy fewer sugar sweetened beverages 08

I/we offer the right amount of foods (portion) 09

I know how to choose more healthy foods for myself/my family 10

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 11

Don’t know 98

Refused 99

**HOSPITAL EXPERIENCES AND FEEDING PRACTICES**

***NICU Feeding Module***

*1, \*3 for last question*

\*HF5. (*If child was still in NICU at 1 month from HF3*) La última vez que hablamos con usted, su bebé aún estaba en la NICU. ¿A qué edad salió su bebé de la NICU?

Age [weeks]

**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)**

*Current feeding choice*

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

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 trabajen 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

Usted lo tomó prestado de una amiga o familiar 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]

***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 guardo leche en un 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 una semana 02

1 a 4 semanas 03

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 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

***Formula Food Safety Questions***

*3, 7, 11*

**Las personas tienen distintas maneras de preparar la leche de fórmula. Ahora quisiera preguntarle acereca de cosas que posiblemente haga cuando prepara la leche de fórmula para su bebé.**

CF54. Durante el mes pasado, cuando le preparó leche de fórmula a {CHILD}, ¿con qué frecuencia usó agua hervida? ¿Diría que lo hizo siempre, algunas veces, nunca o usó leche de fórmula que ya viene preparada y lista para tomar?

Always 01

Sometimes 02

Never 03

Use ready-to-feed [skip to CF22] 04

CF55. Algunas personas preparan la leche de fórmula con agua y la mantienen lista para cuando tienen que alimentar al bebé. Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia preparó la leche de fórmula más de 24 horas antes de dársela a {CHILD}? ¿Diría que usted siempre la preparó más de 24 horas antes de dársela a {CHILD}, algunas veces hizo eso, nunca hizo eso o usó leche de fórmula que ya viene preparada y lista para tomar?

Always 01

Sometimes 02

Never 03

Use ready-to-feed 04

***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 CF50.

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

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

*Only ask CF33 if CF32 = YES now or at a previous interview*

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

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

Yes 01

No 02

h. (*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

i. ¿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

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

k. ¿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

l. (*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

m. ¿Le ha dado cereal para bebés?

Yes 01

No 02

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

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

Yes 01

No 02

p (*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

q. ¿Le ha dado huevos?

Yes 01

No 02

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

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

Yes 01

No 02

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

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

Yes 01

No 02

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

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

Yes 01

No 02

x. (*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

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

Yes 01

No 02

z. (*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

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

Yes 01

No 02

bb. (*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

cc. ¿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

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

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

Yes 01

No 02

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

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

[End supplemental foods module]

***Method of feeding child (spoon, infant feeder, bottle/modified bottle, etc.)***

*\*3, 5, 7, 9, 11, 13, 15*

*\*only ask at 3 months if indicated that child is eating solid foods (something other than formula or BM) in CF32*

CF40. En los últimos 7 días, ¿le hado a comidas con una cuchara? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

CF41. En los últimos 7 días, ¿le ha dado a {CHILD} alguna comida con alimentadores para bebé o en un biberón que tiene más grande el agujero del chupete? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

***Infant bottle feeding practices***

*3, 9*

*At 9 months, ask only if child is still using a bottle (CF34)*

CF50. Voy a leerle algunas cosas que posiblemente los padres hacen. Por favor dígame con qué frecuencia cada afirmación es cierta para usted y para {CHILD}. [Source: Thompson et al., 2009]

a. Cuando {CHILD} toma de un biberón, le apoyó el biberón contra algo

Siempre 01

Algunas veces 02

Casi la mitad de las veces 03

De vez en cuando 04

Nunca 05

b. Trato que {CHILD} termine el biberón de leche materna o leche de fórmula

Siempre 01

Algunas veces 02

Casi la mitad de las veces 03

De vez en cuando 04

Nunca 05

**MATERNAL HEALTH AND LIFESTYLE**

**Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su salud y acerca de cómo se ha sentido.**

***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]

***Postpartum depression (Edinburgh scale)***

*3*

MH16. Ser madre no es fácil y algunas veces es normal sentirse descontenta. Debido a que usted tuvo un bebé hace poco, quisiéramos saber cómo se ha sentido. Voy a leerle algunas afirmaciones acerca de cómo se ha podido sentir emocionalmente en los últimos días, y quisiera que seleccionara la respuesta que más se parezca a como usted se ha sentido durante la semana pasada. Durante la semana pasada [*Interviewer: read items and response options*]: [Source: FDA IFPS-2 version Edinburgh]

a. he podido reirme y ver el lado gracioso de las cosas

como siempre lo he hecho 01

no tanto actualmente 02

sin duda no mucho actualmente 03

para nada 04

b. Durante la semana pasada he esperado las cosas con agrado y buena disposición

como siempre lo he hecho 01

un poco menos de lo que solía hacerlo 02

sin duda menos de lo que solía hacerlo 03

casi nunca 04

c. Durante la semana pasada me he echado la culpa de manera innecesaria cuando las cosas no salieron bien

Sí, la mayor parte del tiempo 01

Sí, algunas veces 02

No, casi no 03

No, nunca 04

d. Durante la semana pasada he estado angustiada o preocupada sin una buena razón

No, nunca 01

Casi nunca 02

Sí, algunas veces 03

Sí, con mucha frecuencia 04

e. Durante la semana pasada me he sentido asustada o con pánico sin una buena razón

Sí, bastante 01

Sí, algunas veces 02

No, casi no 03

No, nunca 04

f. Durante la semana pasada, las cosas me han estado agobiando

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido lidiar con las cosas para nada 01

Sí, algunas veces no he podido lidiar con las cosas como suelo hacerlo 02

No. La mayor parte del tiempo puedo lidiar bien con las cosas 03

No. He podido lidiar con las cosas como suelo hacerlo 04

g. Durante la semana pasada me he sentido tan descontenta que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayor parte del tiempo 01

Sí, algunas veces 02

No, casi no 03

No, nunca 04

h. Durante la semana pasada me he sentido triste o desdichada

Sí, la mayor parte del tiempo 01

Sí, algunas veces 02

No, casi no 03

No, nunca 04

i. Durante la semana pasada me he sentido tan descontenta que he estado llorando

Sí, la mayor parte del tiempo 01

Sí, con frecuencia 02

Solo de vez en cuando 03

No, nunca 04

j. Durante la semana pasada he llegado a pensar en hacerme daño

Sí, con frecuencia 01

Algunas veces 02

Casi nunca 03

Nunca 04

**Ahora quisiera cambiar de tema y hacerle alguans preguntas sobre el trabajo, el estudio y el cuidado infantil.**

***Educational status***

*3, 7, 13, 18, 24*

SD27. Al día de hoy, ¿está usted estudiando en la escuela o en la universidad? [Source: WIC IFPS-1]

Yes 01

No 02

***Current employment status***

*3, 7, 13, 18, 24*

SD29. Actualmente, ¿trabaja por pago tiempo completo, tiempo parcial o no trabaja? [Source: LA WIC Survey]

Full time (35 hours or more) 01

Part time 02

Not at all03

*Ask SD30 first time answer to SD 27 or SD29 is ‘yes’ then discontinue*

SD30. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando usted comenzó a ir a estudiar o a trabajar? [Source: New Development]

Age [weeks, months]

***Workplace accommodations for pumping/expressing milk (if employed and breastfeeding)***

*3*

*Ask only if working (SD29 = 01 or 02), and feeding breastmilk (CF1)*

MH17. ¿Le ofrece su lugar de trabajo alguna de las siguientes cosas para ayudarla mientras usted está lactando? [Source: New Development]

a. ¿Le dan descansos adecuados para sacarse la leche?

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

b. ¿Le proporciona un espacio adecuado para guardar la leche que se saca?

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

c. ¿Le proporciona un espacio privado, que no sea un baño, para poder sacarse la leche

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

***Ever used regular non-maternal child care?***

*3, 7, 13, 24 (once answered affirmative, stop asking for subsequent interviews)*

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado infantil. Por cuidado infantil, nos referimos a cualquier tipo de arreglo en el que otra persona aparte de usted o del otro padre de {CHILD}, cuida de manera habitual a {CHILD}, mientras usted va a trabajar o a estudiar.

Por favor incluya el cuidado que proporcione un familiar o una persona que no es familiar, ya sea en su hogar o en el hogar de otra persona, al igual que guarderías infantiles u hogares donde se cuidan niños. No incluya el cuidado que proporciona usted o el otro padre. [Source: PHFE WIC Survey 2010 modified]

MH18. ¿Ha usado alguna vez cuidado infantil habitual para {CHILD}?

Yes 01

No 02

***When did child first start non-maternal child care?***

*3, 7, 13, 24 (asked only if ever used is yes, then stop asking once answered)*

MH19. ¿A qué edad comenzó {CHILD} a recibir cuidado infantil habitual? [Source: New Development]

Age [months]

***Current use of non-maternal child care (and what kind)***

*3, 7, 13, 24*

MH20. ¿Qué tipo de arreglo de cuidado infantil habitual usa actualmente con más frecuencia para {CHILD}? [Source: PHFE WIC Survey 2011, modified]

Una guardería 01

Un hogar donde se cuidan niños 02

Early Head Start 03

Alguien cuida a {CHILD} en otra casa 04

Alguien cuida a {CHILD} en nuestra casa 05

Algún otro tipo de cuidado infantil 06

Actualmente no usa cuidado infantil 07

***Contact info for child care (to check for CACFP status)***

*3, 7, 13, 24*

MH21. (*If center or family daycare or EHS from MH20*) ¿Podría darnos el nombre formal y la dirección del lugar donde cuidan a su bebé? No los vamos a contactar sin su autorización. Solamente necesitamos esta información para nuestros registros. [Source: New Development]

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Barriers to breastfeeding in child care***

*3, 7*

*Ask MH22 only if mother answered indicated in CF1 that she is fully or partially breastfeeding and in MH20 that she is currently using child care*

MH22. ¿Tiene dificultades para poder continuar alimentando a {CHILD} con leche materna mientras él/ella está en cuidado infantil? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

(*If yes*), Por favor, dígame si tiene alguno de los siguientes problemas para alimentar a {CHILD} con leche materna cuando está en cuidado infantil:

a. Falta de tiempo

Yes 01

No 02

b. Falta de privacidad en el lugar de cuidado infantil

Yes 01

No 02

c. Se le dificulta llevar la leche materna al lugar de cuidado infantil

Yes 01

No 02

d. La persona encargada del cuidado no la anima a hacerlo

Yes 01

No 02

e. Algún otro problema (describe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Yes 01

No 02

***Human milk given by bottle, or mother comes to breastfeed at child care location?***

*3, 7*

*Ask MH27 only if mother answered indicated in CF1 that she is fully or partially breastfeeding and in MH20 that she is currently using child care*

MH27. ¿Le lleva lecha materna que usted se ha sacado a la persona o al lugar donde cuidan al bebé, o va usted hasta el lugar para amamantar a su bebé? [Source: New Development]

Pumped milk 01

Go there to feed 02

Both 03

***Who provides food to child care location (provided by mother, or by facility)***

*3, 7, 13, 24*

*Ask only if indicated current child care use in MH20*

MH23. ¿Quién proporciona la mayor parte de la comida que {CHILD} come en el lugar de cuidado infantil - la persona a cargo del cuidado, usted, o se divide la comida en partes iguales entre usted y la persona a cargo del cuidado? [Source: PHFE WIC Survey 2011]

Child care provider 01

Parent 02

Equally divided 03

**EXPERIENCE, KNOWLEDGE, ADVICE, BELIEFS**

**Ahora le voy a preguntar su opinión acerca de la alimentación de los bebés.**

***Caregiver understanding of infant nonverbal satiety cues and crying; toddler satiety cues.***

*3, 13, 24*

*3 month questions:*

KA26. Voy a leerle algunas afirmaciones acerca de cuando los bebés tienen hambre o están satisfechos. Por favor dígame qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con estas afirmaciones. [Source: First Steps Survey, modified]

a. Si un bebé llora, es porque tiene hambre. ¿Diría que usted está:

Muy de acuerdo 01

De acuerdo 02

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 03

En desacuerdo 04

Muy en desacuerdo 05

b. Si un bebé se chupa la mano, es porque tiene hambre. ¿Diría que usted está:

Muy de acuerdo 01

De acuerdo 02

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 03

En desacuerdo 04

Muy en desacuerdo 05

c. Si un bebé se retira del pezón o del biberón, es porque está satisfecho. ¿Diría que usted está:

Muy de acuerdo 01

De acuerdo 02

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 03

En desacuerdo 04

Muy en desacuerdo 05

d. Si al bebé se le da un biberón, la persona que lo está alimentando debe asegurarse de que el bebé se tome todo. ¿Diría que usted está:

Muy de acuerdo 01

De acuerdo 02

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 03

En desacuerdo 04

Muy en desacuerdo 05

e. Un bebé sabe cuando está satisfecho. ¿Diría que usted está:

Muy de acuerdo 01

De acuerdo 02

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 03

En desacuerdo 04

Muy en desacuerdo 05

***Perceptions of infant/toddler size and role in feeding decisions***

*3, 13, 24*

*At 3, 13, 24:*

KA29. ¿Influye el peso de su hijo en sus decisiones de cómo y qué alimentarlo/a? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t know 98

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

**Finalmente, le voy a hacer algunas preguntas acerca de la salud y el comportamiento de su bebé.**

***Health status/conditions***

***Actions to rectify health conditions***

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

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

***Pacifier use/timing/reasons***

*3*

CH12. ¿Cuándo se le dio un chupo o chupete a {CHILD} por primera vez? ¿Diría que la primera vez fue en el hospital después de que [ÉL/ELLA] nació, durante el primer mes después de que salió del hospital, despues de ese primer mes o {CHILD} nunca ha usado un chupo o chupete?[Source: New Development]

In hospital 01

In first month after coming home from hospital 02

After first month 03

Child has never used a pacifier 04

Don’t Know 98

CH13. (*If child has used a pacifier, CH12 = 04*) ¿Por qué se le dio un chupo o chupete a {CHILD}? Fue:[Source: New Development]

a. Para que dejara de llorar

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

b. Para mantenerlo(a) calmado

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

c. Para ayudarle a dormir

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

d. ¿Hubo otra razón? (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

**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 para 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