

**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 habló 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 to HF18*

**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**

**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***

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*

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 esto05
- 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 té, 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 té, 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 cacahuete?**  
Yes.....01  
No.....02
- bb. **(If yes) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio crema de maní o cacahuete?**  
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

<b>MATERNAL HEALTH AND LIFESTYLE</b>
--------------------------------------

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 ayudarlo 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 ayudarlo 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 ayudarlo 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 ayudarlo 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 ayudarlo 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 ayudarlo 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)***

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

<b>PARTICIPANT CONTACT INFORMATION UPDATE</b>
---

**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 1<sup>st</sup> 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