

APPENDIX C.5: SITE PAPER SURVEY VERSION 1—SPANISH

Número de control OMB: 0584-XXXX
Fecha de vencimiento: XX/XX/XXXX

Estudio de la Educación sobre Nutrición de WIC

Encuesta para la clínica (Versión 1)

De acuerdo con el Acta de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que exhiba un número OMB válido. El número válido de control OMB para esta recolección de información es 0584-XXXX. Se estima que el tiempo necesario para completar esta encuesta es de 45 minutos por encuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, compilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información.

Gracias por completar la encuesta de la clínica para el Estudio de Educación sobre Nutrición de WIC (en inglés NEST). Esta encuesta es conducida para el Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS) del USDA, para recolectar información que proveerá una descripción sobre cómo las clínicas de WIC proveen educación sobre nutrición a los participantes. Esta clínica fue seleccionada al azar como parte de un grupo de aproximadamente 2,000 clínicas que representan a todas las clínicas de WIC en el país. Sus respuestas a la encuesta serán combinadas con las respuestas de otras clínicas para desarrollar un panorama integral de los métodos, personal, recursos y el espacio utilizado para proveer educación sobre nutrición en las clínicas de WIC. Su opinión es fundamental para alcanzar la meta del estudio, que es proveer una descripción completa de la educación sobre nutrición de WIC. La información que usted provea ayudará a fortalecer y a mejorar los esfuerzos para proveer educación sobre nutrición y resaltar los esfuerzos en todo el país para promover la alimentación saludable y la práctica de actividad física entre los participantes de WIC.

Los nombres de las agencias/programas locales, clínicas y los encuestados individuales no se identificarán en ningún reporte sobre el estudio ni en ninguna publicación. Las respuestas de la encuesta serán identificables para FNS, pero las respuestas no se utilizarán para realizar actividades de monitoreo o conformidad.

Por favor complete la encuesta antes del *Mes/Día/Año*

La mayoría de las preguntas incluyen un casillero para que marque su(s) respuesta(s). Algunas preguntas requieren que escriba la respuesta en números o con texto. Por favor utilice tinta azul o negra para completar la encuesta. Completar la encuesta le llevará aproximadamente 45 minutos. Le recomendamos que repase las preguntas antes de comenzar para que pueda obtener cualquier información que necesite para responder, o pueda pedirles a otros empleados de la clínica que lo ayuden a responder algunas preguntas.

Las preguntas 10 a la 16 preguntan acerca de las características del personal que provee educación sobre la nutrición (por ejemplo, educación, credenciales, etc.). Puede utilizar el formulario opcional incluido para ayudar a responder estas preguntas. No es necesario enviar el formulario, sólo la encuesta completada.

Servicio de Asistencia para la Encuesta de Educación sobre Nutrición

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

Si tiene cualquier problema para completar la encuesta, por favor comuníquese con:

Contactos y método de la educación sobre nutrición

Para todas las preguntas, la educación sobre nutrición incluye educación sobre lactancia.

1. ¿Cuántos días por mes provee esta oficina servicios de educación sobre nutrición del programa WIC?

(Cuenta los días en los que se provea cualquier tipo de educación sobre nutrición. Si varía de mes a mes, anote la cantidad de días en que se ofrecieron servicios de educación sobre nutrición de WIC durante el mes pasado.)

Cantidad de días: _____

2. ¿Están los participantes de la clínica clasificados en niveles de riesgo nutricional (por ej. alto riesgo, bajo riesgo)?

- Sí
- No

3. ¿Cuáles modificaciones, si alguna, hace la clínica en la educación sobre nutrición basándose en los niveles de riesgo de los participantes o en sus riesgos de nutrición?

Para esta pregunta “alto riesgo” incluye a los participantes identificados como de alto riesgo y/o a los participantes con riesgos de nutrición que requieren atención especial. *(Marque todas las que correspondan.)*

- No se hacen modificaciones a la educación sobre nutrición para los participantes de alto riesgo.
- Los participantes de alto riesgo reciben más contactos de educación sobre nutrición.
- Los participantes de alto riesgo reciben educación sobre nutrición, ofrecida por un dietista, nutricionista u otro profesional de la salud.
- Los participantes de alto riesgo tienen citas más largas.
- Los participantes de alto riesgo reciben asesoría individualizada, en lugar de sesiones grupales u otra clase de educación.
- Los participantes de alto riesgo reciben planes de atención más detallados e individualizados.
- Se hace un mayor seguimiento de los participantes de alto riesgo cuando se los refiere a otro servicio.
- Otro (describa): _____

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

4. En la primera columna, anote el número de contactos de educación sobre nutrición que la clínica **ofrece** (por ej.: sesiones que pone a disposición) durante el período de certificación para cada categoría de participante y en cada período de tiempo. Si bien el número de contactos (sesiones) varía dependiendo de las necesidades individuales, anote el número que se le ofrece a la **mayoría de los participantes** en esa categoría. *(Cuenta todos los contactos, comenzando con la visita de certificación; por ejemplo, si a las mujeres embarazadas que se inscriben durante su primer trimestre se les ofrece educación sobre nutrición en su visita inicial y dos sesiones más durante su período de certificación prenatal, anote "3". Anote NA para cualquier categoría/período de tiempo que no aplique a la clínica).*

En la segunda columna, anote el porcentaje **estimado** de participantes que **reciben** esa cantidad de sesiones de educación sobre nutrición durante su período de certificación. *(Por favor haga la estimación basándose en su experiencia. No es necesario que prepare un informe ni que revise los archivos de los participantes para responder esta pregunta.)*

Categoría de participante y Período de tiempo	Número de citas (sesiones) de educación sobre nutrición que ofrece la clínica durante el período de certificación	Número estimado de participantes que reciben este número de contactos (sesiones)
Participantes que NO corren alto riesgo		
Mujeres embarazadas, que se inscriben en el 1 ^{er} trimestre		
Mujeres embarazadas, que se inscriben en el 2 ^{do} trimestre		
Mujeres embarazadas, que se inscriben en el 3 ^{er} trimestre		
Mujer amamantando, período de certificación de 6 meses		
Mujer amamantando, período de certificación de 12 meses		
Mujer en postparto, no está amamantando		
Bebé, período de certificación de 6 meses		
Bebé, período de certificación de 12 meses		
Niño, certificación de 6 meses		
Niño, certificación de 12 meses		
Participantes de alto riesgo y/o que corren riesgos nutricionales que requieren atención especial		
Mujeres embarazadas, que se inscriben en el 1 ^{er} trimestre		
Mujeres embarazadas, que se inscriben en el 2 ^{do} trimestre		
Mujeres embarazadas, que se inscriben en el 3 ^{er} trimestre		
Mujer amamantando, período de certificación de 6 meses		
Mujer amamantando, período de certificación de 12 meses		
Mujer en postparto, no está amamantando		
Bebé, período de certificación de 6 meses		
Bebé, período de certificación de 12 meses		
Niño, certificación de 6 meses		
Niño, certificación de 12 meses		

5. ¿Durante qué tipo de visitas provee la clínica contactos/sesiones de educación sobre nutrición? *(Marque todas las que correspondan.)*

Visita de certificación (por ej.: inscripción, recertificación)

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

- Visita a mitad de la certificación (por ej.: visita prenatal del trimestre, mediados de la certificación del bebé/niño, mediados de la certificación de lactancia)
- Visita de educación secundaria (por ej.: clases grupales, entrega/retiro de comida, consulta por lactancia, consulta de bajo riesgo)
- Visita de seguimiento de alto riesgo (por ej.: visita con un nutricionista, visita de asesoramiento con un nutricionista, clases grupales de alto riesgo)
- Otras visitas (explique): _____

6. ¿Qué métodos se utilizan para proveer educación sobre nutrición? (Marque todos los métodos que se utilizan para cada tipo de visita. Marque NA si la clínica no provee este tipo de visita.)

Método	Certificación de Inscripción	Recertificación	Mitad del ciclo de certificación	Educación adicional	Alto riesgo	Otro
Consejería individualizada: en persona (en la clínica de WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería individualizada: por teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería individualizada: Video conferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sesiones de educación grupal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación sobre nutrición mediante el uso de tecnología por los participantes en la clínica (por ej.: computadora, estación de multimedia, tableta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación sobre nutrición mediante el uso de tecnología por los participantes fuera de la clínica a través de Internet (por ej.: página web con módulos de educación sobre nutrición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades de educación sobre nutrición (por ej.: temas mensuales, hojas de trabajo, videos, módulos de auto-capacitación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se provee ese tipo de visita (NA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

7. En promedio ¿cuánto tiempo pasa el personal que provee educación sobre nutrición en la clínica por cada uno de los siguientes tipos de visitas al WIC? **No** incluya el tiempo que se pasa determinando la elegibilidad (por ej.: ingresos y vivienda) o con las evaluaciones (por ej.: peso/medidas, pruebas de sangre, revisión de los cuestionarios de nutrición). (Marque NA si la clínica no ofrece este tipo de visitas.)

Tipo de visita	Menos de 5 min	5-10 min	11-20 min	21-30 min	31-45 min	46-60 min	Más de 60 min	NA	No sabe
Certificación de inscripción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recertificación - No de alto riesgo, 1 persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recertificación - De alto riesgo, 1 persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recertificación - 2 o más miembros de una familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitad del ciclo de certificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguimiento de educación complementaria (individual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguimiento de educación complementaria (en grupo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguimiento de alto riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personal que provee educación sobre nutrición

Las siguientes preguntas se refieren al personal de la clínica que provee educación sobre nutrición. Si el número de estos empleados varía en distintos días, responda sobre los empleados en un día “típico” o use el patrón más común/frecuente para la clínica. Cuento a los empleados que proveen educación sobre nutrición utilizando cualquier método. **No** incluya a los traductores o intérpretes que ayudan a los educadores de nutrición.

8. ¿Cuál es la **mejor** descripción de los empleados que proveen educación en nutrición en la clínica? (Marque una respuesta solamente.)

- Todos ellos **solo** trabajan para WIC.
- Todos ellos trabajan para WIC **y** para otros programas o servicios (por ej.: vacunación, planificación familiar).
- Algunos de ellos solo trabajan para WIC y algunos trabajan para WIC y otros programas o servicios que se ofrecen en la clínica.

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

9. Para cada clasificación/tipo de trabajo del personal, anote el número de empleados de tiempo completo y el número de empleados de medio tiempo de la clínica, que en este momento proveen educación sobre nutrición. (Si un empleado trabaja 32 horas por semana o más en WIC, anótelos en la columna de tiempo completo, y si trabajan menos de 32 horas por semana en WIC anótelos en la columna de medio tiempo que corresponda al número de horas que trabajan por semana. Si un empleado **realiza más de un trabajo**, cuénteles solo una vez en la clasificación/tipo de trabajo por su labor **principal**.)

Clasificación/tipo de trabajo del empleado	Número de empleados de tiempo completo (trabaja en actividades de WIC al menos 32 horas por semana)	Número de empleados de medio tiempo (trabaja en actividades de WIC de 21 a 31 horas por semana)	Número de empleados de medio tiempo (trabaja en actividades de WIC 20 horas o menos por semana)
Director/coordinador de WIC			
Supervisor de clínica/sitio			
Dietista certificado (RD)			
Nutricionista titulado, no RD			
Paraprofesional de nutrición entrenado (por ej.: asistente de nutrición, ayudante de nutrición, autoridad paraprofesional competente, técnico dietista, técnico de servicios sociales)			
Enfermera/o			
Coordinador de educación sobre nutrición			
Personal de apoyo administrativo/de oficina			
Consultor de lactancia/Experto en lactancia designado por WIC			
Coordinador de lactancia			
Consejera sobre lactancia			
Otro: _____			
Total			

Si completó el formulario opcional puede usarlo para contestar las preguntas 10 a la 16 sobre las características del personal que provee educación sobre nutrición.

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

10. ¿Cuántos años han trabajado para WIC los empleados que proveen educación sobre nutrición en la clínica? (Cuenta tanto al personal de tiempo completo como al de medio tiempo y cuenta a cada empleado una sola vez por el total de años que hayan trabajado para WIC. Incluya el tiempo que hayan trabajado en este sitio o agencia/programa local y el tiempo en otros sitios de WIC o agencias locales.)

Número de años que trabajó en WIC	Número de empleados que proveen educación sobre nutrición
Menos de 1 año	
1 a 2 años	
3 a 6 años	
7 a 10 años	
11 a 20 años	
Más de 20 años	
Total	

11. ¿Cuál es el nivel de educación individual de los empleados que proveen educación sobre nutrición en la clínica? (Cuenta tanto al personal de tiempo completo como al de medio tiempo y cuenta a cada empleado **una sola vez** con el título de educación **más alto** que hayan obtenido.)

Nivel de educación (Mayor grado académico completado)	Número de empleados que proveen educación sobre nutrición
Diploma de escuela superior o GED	
Título de Grado Asociado	
Universidad (4 años)	
Maestría o Doctorado	
Desconocido	
Total	

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

12. ¿Cuántos de los empleados que proveen educación sobre nutrición en la clínica tienen una o más de las credenciales* listadas abajo? *(Si un empleado tiene más de una credencial cuéntenlos por cada credencial que tengan; por ejemplo, si un empleado tiene título de RN y de LD/LN, cuéntenlos en cada grupo de credenciales. Si ninguno de los empleados tiene alguna de estas credenciales, marque el casillero “Ninguna de estas credenciales”.)*

Credenciales	Número de empleados que proveen educación sobre nutrición
Dietista graduado (RD)	
Dietista/Nutricionista Matriculado (LD/LN)	
Técnico Dietista, Matriculado (DTR)	
Enfermero/a graduado/a	
Enfermero Práctico Matriculado (LPN)	
Consultor de Lactancia Certificado por la Junta Internacional (IBCLC)	
Consultor de Lactancia Certificado/Educador de Lactancia Certificado/Consultor y Educador de Lactancia Certificado (CLC/CLE/CLEC)	
Asistente Médico Certificado (CMA)	
Ninguna de estas credenciales	<input type="checkbox"/>

* Una credencial es una certificación emitida por una asociación profesional o programa de entrenamiento.

13. ¿A qué grupo étnico pertenecen los empleados que proveen educación sobre nutrición en la clínica? *(Si no sabe la etnicidad de un empleado, cuéntelo en la categoría “Desconocido”.)*

Etnicidad hispana o latina	Número de empleados que proveen educación sobre nutrición
Hispano o latino	
No hispano ni latino	
Desconocido	
Total	

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

14. ¿Cuál es la raza de cada empleado que provee educación sobre nutrición en la clínica? (Ud. puede contar un miembro del personal en más de una categoría. Si no sabe la raza de un empleado, cuéntelo en la categoría "Desconocido".)

Raza	Número de empleados que proveen educación sobre nutrición
Indio americano o nativo de Alaska	
Asiático	
Negro o afroamericano	
Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico	
Blanco	
Desconocido	

15. [Esta se dejó en blanco intencionalmente.]

16. [Esta se dejó en blanco intencionalmente.]

Características del sitio y los participantes

17. Además del programa WIC ¿cuáles de los siguientes servicios están disponibles en, o cerca del sitio? (Marque todas las que correspondan.)

- Atención de salud infantil
- Servicios dentales
- Salud/evaluación medioambiental
- Servicios de planificación familiar
- Pruebas de detección de plomo
- Atención maternal/prenatal
- Apoyo para padres
- Servicios de prevención y evaluación (por ej.: visión, evaluación temprana y periódica, vacunación)
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual
- Servicios para dejar de fumar cigarrillos
- No hay otros servicios disponibles en este sitio
- Otro (explique) _____

18. ¿Qué tipo de instalaciones se usan en la clínica para la **consejería individualizada en persona**? (Marque todas las que correspondan.)

- Sala privada (paredes completas y puerta, por ej.: oficina, consultorio/sala de análisis)
- Oficina modular/cubículo (con paredes completas o parciales)
- Área con particiones móviles para separarla de otros espacios
- Espacio abierto sin particiones, el personal trabaja en escritorios organizados para dar privacidad.
- Espacio abierto sin particiones, el personal trabaja en mesas (por ej.: sala de espera, sala de un centro comunitario)
- Otra (explique): _____

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

19. ¿Qué tipo de instalaciones se usan en la clínica para las clases de nutrición?
(Marque todas las que correspondan.)

- Sala o espacio designado que se utiliza predominantemente para la educación grupal.
- Sala multi-propósito que se utiliza para la educación grupal y para otras reuniones, pero no es una sala de espera (por ej.: sala de conferencias, auditorio).
- Espacio abierto comunal (por ej.: sala de espera, sala abierta donde se realizan todas las actividades de WIC).
- Sala privada que se utiliza tanto para proveer consejería individualizada como educación grupal.
- Otro (explique): _____
- Este sitio no provee sesiones de educación grupal.

20. ¿Cuáles de estas salas/áreas, si alguna, están disponibles en o cerca de la clínica?
(Marque todas las que correspondan.)

- Sala/área designada donde se provee educación sobre la lactancia
- Cocina/zona para clases de cocina o demostraciones de preparación de recetas
- Sala/área para actividades de educación sobre nutrición con niños
- Sala/área para proveer orientación sobre el WIC a las familias
- Sala/área para ver videos de educación sobre nutrición o lactancia
- Ninguna de las anteriores

21. ¿Cuáles de estos equipos o materiales, si alguno, están disponibles en la clínica para proveer educación sobre nutrición? (Marque todas las que correspondan.)

- Boletín de noticias con información acerca de educación sobre nutrición
- Computadora, o tableta para educación sobre nutrición
- Mesas que exhiben información sobre nutrición
- TV y reproductor de DVDs para mostrar información sobre educación sobre nutrición
- Equipos para enseñar clases de cocina (ej. cocina, refrigerador)
- Equipos para hacer degustaciones simples (por ej.: licuadora, olla eléctrica)
- Programas de estudio sobre nutrición o materiales para niños (por ej.: Talleres de Plaza Sésamo, campamentos para niños)
- Boletines informativos sobre nutrición
- Estantería/mesa/atril con materiales escritos sobre nutrición para que los participantes puedan elegir
- Otro (describa): _____
- Ninguno de los anteriores

22. [Esta se dejó en blanco intencionalmente.]

23. [Esta se dejó en blanco intencionalmente.]

Preguntas sobre usted

24. ¿Completó la Encuesta de la Agencia Local para la agencia local/programa que supervisa esta clínica?

- Si → **PASE A LA PREGUNTA 30**

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

No

25. ¿Cuáles son los títulos o los puestos de trabajo en que usted se desempeña? (Marque todas las que correspondan.)

- Director/coordinador de WIC
- Supervisor del sitio/clínica
- Dietista certificado (RD)
- Nutricionista titulado, no RD
- Paraprofesional de nutrición entrenado (por ej.: asistente de nutrición, ayudante de nutrición, autoridad paraprofesional competente, técnico dietista, técnico de servicios sociales)
- Enfermero/a
- Coordinador de la educación sobre nutrición
- Empleado administrativo/oficina/de apoyo
- Consultor de lactancia/experto en lactancia designado por el programa WIC
- Coordinador de lactancia
- Madre consejera sobre lactancia
- Otro (explique): _____

Si eligió solo una respuesta para la pregunta 25, **PASE A LA PREGUNTA 27**

26. ¿Cuál describe **mejor** su rol **principal** en el programa de WIC? (Marque una respuesta.)

- Director/coordinador de WIC
- Supervisor del sitio/clínica
- Dietista graduado (RD)
- Nutricionista titulado, no RD
- Paraprofesional de nutrición entrenado
- Enfermero/a
- Coordinador de la educación sobre nutrición
- Empleado administrativo/oficina/de apoyo
- Consultor de lactancia/experto en lactancia designado por el programa WIC
- Coordinador de lactancia
- Madre consejera sobre lactancia
- Otro (explique): _____

27. ¿Cuál es el mayor nivel académico que completó?

- Diploma de escuela secundaria o GED
- Título de Grado Asociado
- Universidad (4 años)
- Maestría o Doctorado

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

28. ¿Cuál de las siguientes credenciales, si alguna, tiene usted? (Marque todas las que correspondan.)

- Dietista Certificado (RD)
- Dietista/Nutricionista Licenciado (LD/LN)
- Técnico Dietista, Certificado (DTR)
- Enfermero Graduado (RN)
- Enfermero/a Práctico/a Licenciado/a (LPN)
- Consultor de Lactancia Certificado por la Junta Internacional (IBCLC)
- Consultor de Lactancia Certificado/Educador de Lactancia Certificado/Consultor y Educador de Lactancia Certificado (CLC/CLE/CLEC)
- Asistente Médico Certificado
- Otro (explique): _____
- No tiene credenciales

29. ¿Cuántos años ha trabajado para el programa WIC? (Incluya el tiempo en este sitio o agencia local y otra experiencia que tenga con WIC.)

- Menos de 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- 7 a 10 años
- 11 a 20 años
- Más de 20 años

30. Como parte de su trabajo ¿usted diseña y/o supervisa la educación sobre nutrición en la clínica?

- Sí
- No

31. Como parte de su trabajo ¿aproximadamente qué porcentaje de su tiempo ocupa cada mes en proveer educación sobre nutrición a los participantes de WIC?

- Menos del 25%
- 25-49%
- 50-74%
- 75-100%

32. Por favor use el espacio a continuación para escribir una breve descripción de cualquier actividad o enfoque especial sobre nutrición que usen en esta clínica.

Encuesta para la clínica [Insert Name of Site]

¡Gracias por completar la encuesta de la clínica para el
Estudio de Educación sobre Nutrición de WIC!

