

**APPENDIX AA.2:
PARTICIPANT SURVEY ELECTRONIC SCREENER—SPANISH**

WIC Nutrition Education Study

Screening Questionnaire for Participant Surveys

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta recopilación de datos es 0584-XXXX. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 10 minutos, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos.

Formatting Notes: Text in ALL CAPS indicates text that is not read aloud by interviewer.

Text in Bold indicates programming instructions.

1. [If NECESSARY] ¿Prefiere hablar y leer en inglés o en español?
 - ENGLISH
 - SPANISH →[USE SPANISH SCREENER]
 - DOES NOT READ OR UNDERSTAND ENGLISH OR SPANISH → **[Go to terminate script-ineligible.]**

2. ¿Cuál es su edad? _____
 - LESS THAN 18 YEARS OLD → **[Go to terminate script-ineligible.]**
 - 18 OR OLDER

3. ¿Cuál de las siguientes opciones la describe a usted? [READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY]
 - Está embarazada y en el programa WIC o se está inscribiendo el día de hoy [A]
 - Es madre de un bebé de menos de 6 meses de edad y en el programa WIC o se está inscribiendo el día de hoy [B] [INTERVIEWER NOTE: MOTHER, BABY, OR BOTH COULD BE ON WIC.]
 - Es la madre o la encargada de un niño de menos de 4 años de edad y en el programa WIC o se está inscribiendo el día de hoy [C]
 - NONE OF THE ABOVE → **[Go to terminate script-ineligible.]**

If two or more of the first three responses are checked, the electronic screener will randomly select a category and go to the appropriate category to complete the screening and enrollment process.

A. Pregnant

4. ¿Cuándo es su fecha de parto?

MONTH: _____ DAY: _____

Eligible for Pregnant Survey. Go to QUESTION 11.

B. Postpartum (Mother with baby less than 6 months old)

5a. ¿Es su bebé un niño o una niña? [IF MULTIPLE BIRTHS, ASK FOR GENDER OF THE CHILD BORN FIRST.]

5. BOY

6. GIRL

5b. ¿Cuándo nació su bebé?

MONTH: _____ DAY: _____

Eligible for Postpartum Survey Go to QUESTION 11

C. Child (Mother or caregiver with child between ages of 6 months and up to 4 years old)

6. ¿Cuántos niños entre las edades de 6 meses y 4 años está registrando para recibir beneficios de WIC o que ya reciben beneficios de WIC?

_____ CHILDREN

[If > one child, [Go to QUESTION 7.]

[If one child]

6a. ¿Cuál es nombre de su niño(a), sin el apellido?

6b. CONFIRM GENDER.

7. BOY

8. GIRL

[Go to Question 8.]

7. Para cada niño o niña en WIC o que se está inscribiendo en WIC, por favor, dígame si es niño o niña, el mes y año en que nació su niño(a).*

Child	Gender		Month of Birth	Year of Birth
	Boy	Girl		
1	Boy	Girl		
2	Boy	Girl		
3	Boy	Girl		
4	Boy	Girl		
5	Boy	Girl		
6	Boy	Girl		

*The electronic screener will select the child with the month of birth closest to today to be the target child for the survey if more than one child on WIC. If there are more than two children with the same month of birth, then the electronic screener will select the child listed first. Mothers of children younger than 6 months should complete the Postpartum Survey. Children who have had their fourth birthday are not eligible for the study.

Las preguntas del estudio serán acerca de su **[hija/hijo]** que nació en **[insert month of birth and year of birth]**. ¿Cuál es el nombre de este(a) niño(a), sin el apellido?

CHILD'S FIRST NAME: _____

8. ¿Cuál es su relación con este niño(a)?

- 9. MOTHER **[Go to Question 11.]**
- 10. AUNT
- 11. GRANDMOTHER
- 12. FATHER
- 13. OTHER FAMILY MEMBER (SPECIFY RELATIONSHIP TO CHILD) _____
- 14. NONFAMILY MEMBER/FRIEND

9. **[If not mother]** ¿Sabe usted lo que come este(a) niño(a) todos los días?

- NO → **[Go to terminate script-ineligible.]**
- YES

10. **[If not mother]** Durante los siguientes 12 meses, ¿será usted la persona que venga a WIC para las visitas WIC del niño(a) en lugar de la madre del niño(a)?

- 15. NO → **[Go to terminate script-ineligible.]**
- 16. YES

Eligible for Child Survey. Write Child's First Name on Contact Card and Go to QUESTION 11

11. Muchas gracias por sus respuestas. ¿Quisiera tomar parte en nuestro estudio? Usted recibirá \$50 dólares si llena todas las tres encuestas en los siguientes 12 meses.

- 17. NO → [ASK IF SHE HAS ANY QUESTIONS ABOUT THE STUDY TO SEE IF SHE WILL RECONSIDER. (¿Tienes preguntas?)] **[Go to terminate script-refusal.]**

18. YES

12. Muy bien. Por favor lea esta hoja que explica de qué se trata el estudio. [IF PARTICIPANT PREFERS, YOU CAN READ IT TO THEM.]

[AFTER READING SHEET] ¿Tienes preguntas? Por favor complete esta tarjeta con sus datos si desea tomar parte en este estudio. [ENTER ID NUMBER FROM CONTACT CARD. DOUBLE ENTER FOR VERIFICATION.]

ID No. _____

ID No. _____

13. PLEASE CHECK ONE OF THE FOLLOWING:

19. PARTICIPANT READ INFORMED CONSENT SHEET AND DID NOT AGREE TO PARTICIPATE **[Go to terminate script-refusal.]**

20. PARTICIPANT READ INFORMED CONSENT SHEET AND AGREED TO PARTICIPATE

14. IF PARTICIPANT AGREED TO PARTICIPATE, PLEASE CHECK THE FOLLOWING:

21. PARTICIPANT COMPLETED CONTACT CARD

22. PARTICIPANT REFUSED TO COMPLETE CONTACT CARD **[Go to terminate script-refusal.]**

15A. **[Ask if pregnant/postpartum women.]** Como se describe en esta hoja que le di, planeamos obtener información de WIC sobre cuando visita la clínica para la educación sobre nutrición. Para hacer esto, necesito su fecha de nacimiento.

¿En qué mes nació usted? _____ (Drop down box)

¿En qué día nació usted? _____ (Drop down box)

¿En qué año nació usted? _____ (Drop down box)

[REPEAT BACK INFORMATION TO VERIFY FOR ACCURACY.]

15B. **[Ask if child recipient.]** Como se describe en esta hoja que le di, planeamos obtener información de WIC sobre cuando visita la clínica para la educación sobre nutrición. Para hacer esto, necesito la fecha de nacimiento de **[Insert target child's first name.]**

¿En qué mes nació él/ella? _____ (Drop down box)

¿En qué día nació él/ella? _____ (Drop down box)

¿En qué año nació él/ella? _____ (Drop down box)

[REPEAT BACK INFORMATION TO VERIFY FOR ACCURACY.]

16. [RECORD GENDER OF PERSON SCREENED]

23. FEMALE

24. MALE

17. GIVE PARTICIPANT APPROPRIATE VERSION OF THE SURVEY WITH THE CORRESPONDING ID NUMBER AND ASK THEM TO COMPLETE SECTION 1 BEFORE THEIR WIC APPOINTMENT. INSTRUCT PARTICIPANT TO GIVE BACK THE SURVEY WHEN CALLED FOR THEIR WIC APPOINTMENT AND TO RETURN TO FIELD REPRESENTATIVE TO COMPLETE SURVEY AFTER THEIR WIC APPOINTMENT.

[Terminate Script - Ineligible.] Muchas gracias por su tiempo. Lo siento, pero usted no tiene las características para tomar parte en nuestro estudio. Espero que pase un buen día.

[Terminate Script - Refusal.] Muchas gracias por su tiempo. Espero que pase un buen día.