

**APPENDIX EE.2:
CAREGIVER OF CHILD BASELINE PAPI SURVEY—SPANISH**

Para uso del personal del proyecto solamente:

Sección 1

Identificación: _____

Primer nombre del niño o niña _____

Fecha de la inscripción: ____/____/____

Última pregunta antes de la cita: _____

Fecha en que se realizó la encuesta: ____/____/____

Oficina Correo

FR ID: _____ ¿Se pagó?

Encuesta para la participante con un niño elegible



WIC | **Nutrition
Education
Study**

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, nadie está obligado 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 encuesta es 0584-XXXX. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 30 minutos, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, juntar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información.

Por favor complete y regrese la encuesta al personal del estudio. Su identidad y sus respuestas a la encuesta se mantendrán privadas. No vamos a compartir su nombre ni su información de contacto con ninguna persona sin su consentimiento. Se puede saltar cualquier pregunta que no desee responder. Deseamos saber acerca de usted y de su niño(a). No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Marque solo una respuesta con una para cada pregunta a menos que diga que puede marcar más de una respuesta. Para cambiar su respuesta, llene el cuadro por completo si la respuesta fue incorrecta. Luego marque la respuesta correcta con una **x** en el cuadro correcto.

Si tiene preguntas sobre el estudio, por favor envíe un mensaje electrónico a USDA-wic-nest@rti.org o llame gratis al 1-866-800-####.

1. Por favor escriba:

Nombre del niño o niña que se muestra en la etiqueta de la primera página de la encuesta:

Por favor responda a todas las preguntas de la encuesta sobre ESTE(A) niño(a).

2. ¿Qué edad tiene su niño(a)?

- Menos de 12 meses de edad
- 1 año o más →→→ **VAYA A LA pregunta 8**

3. ¿Está actualmente dándole pecho a su niño(a)?

- Sí
- No →→→ **VAYA A LA pregunta 6**

4. Piense acerca de cuánto tiempo más planea darle pecho a su niño(a). ¿Qué edad piensa que va a tener su niño(a) cuando deje de darle pecho?

_____ meses

5. ¿Qué tan segura está usted de poder darle pecho a su niño(a) hasta que él/ella cumpla 1 año de edad?

- No está segura
- Un poco segura
- Muy segura

6. ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando le dio alimentos sólidos por primera vez con una cuchara o en un biberón (algo como cereal infantil o comida para bebé de un frasco o hecho en casa)?

- Menos de 3 meses de edad
- 4 meses de edad
- 5 meses de edad
- 6 meses o más
- No ha comido alimentos sólidos →→→ **USTED TERMINÓ LA SECCIÓN 1. POR FAVOR ENTRÉGUELE LA ENCUESTA AL PERSONAL DEL ESTUDIO.**

7. ¿Come su niño(a) algún alimento por sí mismo(a)? Es decir, ¿recoge su niño(a) el alimento y se lo lleva a la boca sin ninguna ayuda?

- Sí
- No

8. A cada niño le gusta diferentes alimentos. ¿Qué tanto le gusta a su niño(a)?

	Nunca lo ha probado	No le gusta para nada	Le gusta un poco	Le gusta mucho
a. Las verduras (incluye comida para bebé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La fruta (incluye comida para bebé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La leche entera o leche con 2% de grasa (menos contenido de grasa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La leche con bajo contenido de grasa (1%) o sin grasa/leche descremada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Los granos integrales tales como pan integral entero, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son sobre diferentes tipos de alimentos que bebió o comió su niño(a) durante el mes pasado, es decir, en los últimos 30 días. Al responder, por favor incluya comidas o bocadillos que come en casa, en la escuela, en restaurantes y en algún otro lugar.

9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió su niño(a) cereal caliente o frío, incluyendo cereal para bebé?

- Nunca →→→ **VAYA A LA pregunta 10**
- Una vez el mes pasado
- 2-3 veces el mes pasado
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- Una vez al día
- Más de una vez al día

9a. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de cereal comió normalmente su niño(a)? (Anote el nombre del cereal con letra tipo imprenta.)

9b. Si hubo otro tipo de cereal que comió su niño(a) en los últimos 30 días, ¿qué tipo era? (Anote el nombre del cereal con letra tipo imprenta o si no comió cereal, déjelo en blanco.)

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó su niño(a) algún tipo de leche de vaca (ya sea para tomarlo o en cereal)? Incluya leche regular, leche con chocolate o leche con otros sabores, leche sin lactosa y leche fermentada. **No** incluya leche de soya, leche de almendra, leche de arroz, etc. o pequeñas cantidades de leche que agrega al café o té.

- Nunca →→→ **VAYA A LA pregunta 12**
- Una vez el mes pasado
- 2-3 veces el mes pasado
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- Una vez al día
- Más de una vez al día

11. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de leche normalmente tomaba su niño(a)? (Marque una o más.)

- Leche entera o leche con vitamina D
- Leche con 2% de grasa o leche con menos grasa
- Leche con 1% de grasa o leche con poca grasa
- Leche sin grasa/leche descremada
- Leche de soya
- Leche con chocolate o leche con otro sabor
- Otro: _____

12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó su niño(a)...?

	Nunca	Una vez el mes pasado	2-3 veces el mes pasado	Una vez a la semana	Dos veces a la semana	3-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	Una vez al día	Más de una vez al día
a. Soda o refresco regular que contiene azúcar (No incluya sodas/refrescos dietéticos)	<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"/>
b. Jugos con 100% de fruta sin agregarle azúcar , como jugos de naranja, mango, manzana, uva y piña	<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"/>
c. Café o té con azúcar o miel , como café y té que usted haya endulzado o bebidas de té o café ya endulzadas como <i>Arizona Iced Tea</i> y <i>Frapuchino</i> (No incluya café o té dietéticos con endulzante artificial como <i>Equal</i> , <i>Sweet'N Low</i> o <i>Splenda</i>)	<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"/>
d. Bebidas de frutas endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes , como <i>Kool-Aid</i> , limonada, <i>HiC</i> , bebidas de arándano, <i>Gatorade</i> , <i>Red Bull</i> , <i>Vitamin Water</i> o jugos de fruta preparados en casa y a los que se les agregó azúcar (No incluya bebidas dietéticas con endulzante artificial como <i>Equal</i> , <i>Sweet'N Low</i> o <i>Splenda</i>)	<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"/>

13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió su niño(a)...?

	Nunca	Una vez el mes pasado	2-3 veces el mes pasado	Una vez a la semana	Dos veces a la semana	3-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	Una vez al día	Más de una vez al día
a. Fruta , incluya fruta fresca, congelada, seca o enlatada (No incluya jugos)	<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"/>
b. Ensalada con hojas verdes o de lechuga , con o sin otras verduras	<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"/>
c. Cualquier tipo de papas fritas , incluso <i>French fries</i> , papas fritas o papas ralladas.	<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"/>
d. Algún otro tipo de papas , como papas horneadas, cocidas, puré de papas; camotes; o ensalada de papas	<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"/>
e. Frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles en sopa, puerco con frijoles o algún otro tipo de frijoles secos guisados (No incluya ejotes/vainitas)	<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"/>
f. Arroz integral u otros granos integrales guisados , como <i>bulgur</i> , trigo quebrado o mijo (No incluya arroz blanco)	<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"/>
g. Otras verduras , incluya verduras frescas, congeladas, secas o enlatadas. (No incluya ensaladas verdes, papas o frijoles secos guisados)	<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"/>
h. Salsa mexicana de jitomate/tomate	<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"/>
i. Pizza , como pizza congelada, pizza para llevar, pizza en restaurantes y pizza hecha en casa	<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"/>
j. Salsa de tomate que se sirve con spaghetti o con pasta o dentro de otros alimentos como en la lasaña (No incluya la salsa de tomate en la pizza)	<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"/>

13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió su niño(a)...? (continuación)

	Nunca	Una vez el mes pasado	2-3 veces el mes pasado	Una vez a la semana	Dos veces a la semana	3-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	Una vez al día	Más de una vez al día
k. Algún tipo de queso , incluso queso como bocadillo/refrigerio; queso en hamburguesas y sándwiches; y queso en alimentos como lasaña, quesadillas o guisados (No incluya queso en la pizza)	<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"/>
l. Tortillas de maíz o de harina integral (No incluya tortillas de harina blancas)	<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"/>
m. Pan de grano integral , incluso pan tostado y panecillos de trigo integral, de centeno, de avena y pan integral de centeno y en sándwiches (No incluya pan blanco)	<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"/>
n. Chocolate o cualquier otro tipo de golosina (No incluya golosinas sin azúcar)	<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"/>
o. Donas, pan dulce, pan danés, bollos (muffins) o Pop-Tarts (No incluya panes sin azúcar)	<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"/>
p. Galletas, pastel, tarta o brownies (No incluya los que no tienen azúcar)	<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"/>
q. Helado u otros postres congelados (No incluya los que no tienen azúcar)	<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"/>

14. Todas las familias son diferentes y comen una variedad de alimentos. En estos momentos, ¿hace usted algunas de las siguientes cosas? (Marque un cuadro en cada hilera.)

	NO piensa hacerlo	Piensa hacerlo	Planea hacer eso el próximo mes	Ha hecho esto por MENOS de 6 meses	Ha hecho esto por 6 meses o MÁS
a. Le da verduras (incluya comida para bebé) a su niño(a) durante la cena todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le da fruta a su niño(a) (incluya comida para bebé) como bocadillo/refrigerio en lugar de galletas o papitas "chips" todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le da leche con poca grasa (1%) o sin grasa/leche descremada en lugar de leche entera o leche con 2% de grasa (con bajo contenido de grasa) a su niño(a) todos los días (Responda solo si su niño(a) tiene 2 años o más.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Casi siempre le da a su niño(a) pan de grano integral en lugar de pan blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Casi siempre le da a su niño(a) arroz integral en lugar de arroz blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Casi siempre le da a su niño(a) tortillas de harina integral o maíz en lugar de tortillas de harina blanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Le da a su niño(a) jugo con 100% de fruta NO MÁS de una vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Le da a su niño(a) soda o refresco regular, bebidas de fruta endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes NO MÁS de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Qué tan segura está de poder...?

	No estoy segura	Un poco segura	Muy segura
a. Dar a su niño(a) verduras (incluye comida para bebé) durante la cena todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dar a su niño(a) fruta (incluye comida para bebé) como bocadillo/refrigerio en lugar de galletas o <i>chips</i> todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dar a su niño(a) leche con poca grasa (1%) o sin grasa/leche descremada en lugar de leche entera o con 2% de grasa (bajo contenido de grasa) todos los días (Responda solo si su niño(a) tiene 2 años o más.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dar a su niño(a) pan de grano integral en lugar de pan blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dar a su niño(a) arroz integral en lugar de arroz blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dar a su niño(a) tortillas de harina integral o de maíz en lugar de tortillas de harina blanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dar a su niño(a) jugo con 100% de fruta NO MÁS de una vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dar a su niño(a) soda o refresco regular, bebidas de fruta endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes NO MÁS de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por responder a estas preguntas!

**Por favor entregue la encuesta al personal del estudio.
Después de su cita de WIC, por favor regrese y conteste algunas preguntas
adicionales.**



Por favor complete la Sección 2 de la encuesta ahora.

16. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones...?

	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
a. Es fácil comprar fruta y verduras frescas donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Es caro comprar fruta y verduras frescas donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hay una gran selección de fruta y verduras frescas donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La fruta y verduras frescas son de buena calidad donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Esto fue cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

	Nunca cierto	A veces cierto	Con frecuencia cierto
a. Nos preocupaba que se nos acabara la comida antes de tener dinero para comprar más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los alimentos que comprábamos simplemente no alcanzaban y no teníamos dinero para comprar más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Con qué frecuencia le sucedió lo siguiente? (No conteste esta pregunta si su niño(a) *no* ha comido alimentos sólidos.)

	Rara vez o nunca	Algunos días	La mayoría de los días	Casi todos los días	Todos los días
a. Mi niño(a) come una comida mientras ve televisión o DVDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Yo me siento a comer una comida con mi niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi niño(a) es exigente con los alimentos que él/ella come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Yo cocino una cena hecha en casa para mi niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Normalmente, ¿cuántas veces le ofrece un nuevo alimento a su niño(a) antes de decidir que no le gusta?

- Una vez
- Dos veces
- 3-5 veces
- 6-10 veces
- Más de 10 veces
- A mi niño(a) le gusta todo
- Mi niño(a) no ha probado nuevos alimentos

20. A continuación están algunas cosas que los padres pueden hacer. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia hizo las siguientes cosas?

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Llevé un registro de lo que come y toma mi niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Traté de hacer que mi niño(a) terminara sus alimentos y bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Traté de hacer que mi niño(a) comiera aunque él/ella no parecía tener hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Controlé con mucho cuidado cuánto comía o bebía mi niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hablé con mi niño(a) para animarlo(a) a comer o beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dejé que mi niño(a) comiera postres o dulces para que estuviera feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Le puse cereal en el biberón de mi niño(a) <i>(Responda solo si su niño(a) tiene menos de 12 meses.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Todas las familias hacen las cosas de diferente manera. Piense en lo que usted y su niño(a) hace normalmente en una semana o día. ¿Cuántas veces hace las siguientes cosas? (Marque un cuadro para cada pregunta.)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
a. Mi niño(a) toma desayuno ___ veces a la semana	<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"/>
b. Salimos a comer ___ veces a la semana	<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"/>
c. Mi niño(a) come comida rápida ___ veces a la semana	<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"/>
d. Mi niño(a) juega afuera ___ días a la semana	<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"/>
e. Mi niño(a) juega afuera ___ horas al día	<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"/>
f. Yo juego afuera con mi niño(a) ___ días a la semana	<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"/>
g. Mi niño(a) ve televisión o DVDs ___ horas al día	<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"/>
h. Yo veo televisión o DVDs ___ horas al día	<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"/>
i. Mi niño(a) juega juegos de video o juegos en la computadora ___ horas al día (incluso juegos en teléfonos y en algún otro dispositivo manual portátil)	<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"/>

22. En los últimos 7 días, ¿durante cuántos días realizó actividades físicas moderadas o vigorosas como caminar, correr, bailar o andar en bicicleta? Piense solo en actividades físicas que realizó por lo menos durante 10 minutos a la vez. (Circule un número.)

0 1 2 3 4 5 6 7

Si circuló 0 →→→ VAYA A LA pregunta 24

23. En los días que realizó más de 10 minutos de actividades físicas moderadas o vigorosas, ¿cuántos minutos en un día normalmente dedicó a estas actividades físicas?

físicas?

- 10-20 minutos
- 21-30 minutos
- 31-40 minutos
- 41-50 minutos
- 51-60 minutos
- Más de 60 minutos

24. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia su familia o amistades hicieron lo siguiente?

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. La animaron a comer alimentos saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Reclamaron tener que comer alimentos saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La animaron a realizar actividades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hicieron actividades físicas con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usted...?

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Planeó las comidas con anticipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usó los datos sobre nutrición en las etiquetas para elegir los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Quién en su familia actualmente recibe beneficios de WIC? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Yo, porque estoy embarazada
- Yo, porque hace poco di a luz
- Mi bebé de menos de 12 meses de edad
- Mi(s) niño(a)(s) de más de 12 meses de edad
- Nadie de mi familia →→→ **VAYA A LA pregunta 28**

27. Incluya todo el tiempo que usted o sus hijos hayan estado en WIC alguna vez. ¿Ha sido...?

- Menos de 30 días
- 1 mes a un año
- 1-2 años
- 3-4 años
- 5 o más años

28. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó una oficina de WIC y obtuvo información sobre la salud o sobre comer en forma saludable? Incluya el día que se inscribió en este estudio. No incluya visitas por otras razones como recoger un instrumento/vale para comida o llevar a una amistad a su cita. (Marque "Una vez" si el día que se inscribió en este estudio fue su primera visita a una oficina WIC.)

- Ninguna
- Una vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- 5 veces
- 6 o más veces

29. En los últimos 6 meses, durante la(s) visita(s) a WIC, ¿cuántas veces...? Incluya su más reciente visita.

	Nunca	1	2	3	4	5	6 o más
a. Habló en forma individual con un miembro del personal de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asistió a una sesión de grupo sobre la salud o sobre comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vio un video/DVD sobre la salud o comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Usó el sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. En los últimos 6 meses, entre cada visita de WIC, ¿de qué manera recibió de WIC la información sobre la salud o sobre comer en forma saludable? No incluya cosas que obtuvo durante su visita WIC. (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Llamada telefónica personal
- Mensaje de texto
- Mensaje de correo electrónico
- Educación por Internet que yo podía acceder desde mi casa o desde otro lugar
- Una invitación o un enlace para Facebook, Twitter u otro medio de comunicación social
- Folleto o panfleto enviado por correo
- Nada de lo anterior

Las siguientes preguntas son sobre su visita más reciente a WIC en la que recibió información sobre la salud o sobre comer en forma saludable.

31. ¿Qué hizo durante su visita más reciente a WIC? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Habló personalmente con un empleado de WIC sobre su salud o sobre comer en forma saludable
- Dedicó tiempo en una sesión de grupo acerca de la salud o sobre comer en forma saludable
- Usó un sitio web (en Internet) de WIC acerca de la salud o sobre comer en forma saludable
- Vio un video/DVD de WIC acerca de la salud o sobre comer en forma saludable
- Nada de lo anterior

32. Pensando en su visita más reciente a WIC, ¿qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración?

	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
a. Aprendí buenas razones para comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aprendí buenas maneras de comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Algunas personas dicen que las visitas a WIC son más útiles que otras. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe la información que usted recibió en su más reciente visita a WIC? (Marque solo un cuadro.)

- La información fue **útil** porque era nueva para mí.
- La información fue **útil**. Yo conocía la información, pero fue bueno volver a escucharla.
- La información **no** fue **tan útil** porque ya la sabía.
- La información **no** fue **tan útil** porque no me correspondía.

34. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su visita más reciente a WIC? (Marque solo un cuadro.)

- Ninguno de mis niños estaba conmigo durante la visita
- Uno de mis niños estaba conmigo y fue **difícil** escuchar la información de WIC
- Uno de mis niños estaba conmigo pero fue **fácil** escuchar la información de WIC

35. Durante su visita más reciente a WIC, ¿le mostró el empleado de WIC alguno de los siguientes artículos o actividades o usó alguno de ellos mientras hablaba sobre la salud o sobre comer en forma saludable? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Folleto, boletín u hoja informativa
- Tablero de anuncios o poster
- Video/DVD
- Una demostración de cocina o le dio a probar alimentos
- Actividad o juego
- Otros artículos que podría pasar de una persona a otra como tazas de medir, contenedores de alimentos, etc.
- Nada de lo anterior
- Otro: _____

36. Después de 6 a 12 meses de inscribirse en WIC, ellos le piden un comprobante de domicilio o de ingresos para confirmar que puede estar en WIC. ¿Llevó algún comprobante durante su visita más reciente a WIC?

- Sí
- No

37. Durante su visita más reciente a WIC, ¿cuánto tiempo habló usted personalmente con un empleado de WIC acerca de la salud o sobre comer en forma saludable?

- No** hablé personalmente acerca de la salud o sobre comer en forma saludable →→→ **VAYA A LA pregunta 43**
- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 16-30 minutos
- Más de 30 minutos

Responda a las preguntas 38 a 42 solo si habló personalmente con un empleado de WIC durante su visita más reciente a WIC. (Si la reunión no fue en forma individual, VAYA A LA pregunta 43.)

38. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su reunión personal más reciente con un empleado de WIC? (Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)

- El empleado de WIC decidió el tema de la conversación
- Yo decidí el tema de la conversación
- El empleado de WIC y yo decidimos el tema de la conversación

39. Un objetivo de salud significa tratar de ser más saludable cambiando algo que se hace. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su reunión personal más reciente con un empleado de WIC? (Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)

- Él/ella me dio ideas para establecer **objetivos de salud** para mí o para mi niño(a)
- Él/ella habló acerca de **objetivos de salud**, pero **no** establecí ninguno
- Él/ella **no** habló acerca de establecer **objetivos de salud**

40. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración acerca de su visita personal más reciente con un empleado de WIC?

	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
a. El empleado de WIC habló la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El empleado de WIC me escuchó y entendió mis preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El empleado de WIC tomó cuidado de los asuntos o preguntas de mi última visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Habló sobre este tema en su reunión personal? (Marque un cuadro para cada tema a continuación.)

42. ¿Ha hecho o piensa hacer un cambio en la alimentación o actividades de su niño(a) desde que habló sobre el tema? (Marque un cuadro para cada tema que se comentó.)

	Hablamos sobre	NO hablamos
--	----------------	-------------

	NO pienso	Estoy pensando	Planeo hacerlo	Ya lo estoy
--	-----------	----------------	----------------	-------------

	esto	sobre esto	hacerlo	hacerlo	hacerlo	haciendo
a. Servir más frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Servir más granos integrales como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Servir leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada) <i>(Responda solo si su niño(a) tiene 2 años o más.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Promover más actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Preparar alimentos más saludables para mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dar agua en lugar de soda y bebidas con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Durante su visita más reciente a WIC, ¿cuánto tiempo se dedicó en la sesión de grupo a hablar sobre la salud o sobre comer en forma saludable?

- No** estuve en una sesión de grupo →→→ **VAYA A LA pregunta 49**
- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 16-30 minutos
- Más de 30 minutos

Responda a las preguntas 44 a 48 solo si dedicó tiempo en una sesión de grupo en su visita más reciente a WIC. (Si no estuvo en una sesión de grupo, VAYA A LA pregunta 49.)

44. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su sesión de grupo más reciente de WIC? *(Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)*

- Él/ella habló la mayor parte del tiempo y se detenía para ver si teníamos preguntas
- Vimos un video/DVD y al final él/ella pedía saber si teníamos preguntas
- Él/ella compartió información y tuvimos una conversación. Él/ella me preguntó a mí y a las otras personas en el grupo acerca de nuestros pensamientos y opiniones.

45. Un objetivo de salud significa tratar de ser saludable cambiando algo que se hace. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su más reciente sesión de grupo con un empleado de WIC? *(Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)*

- Él/ella me dio ideas para establecer objetivos de salud para mí o para mi niño(a)
- Él/ella habló acerca de objetivos de salud, pero no establecí ninguno
- Él/ella no habló acerca de establecer objetivos de salud

46. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración acerca de su sesión de grupo más reciente de WIC?

	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
a. El empleado de WIC escuchó al grupo y entendió nuestras dudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tuve la oportunidad de hablar o preguntar información de temas importantes para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. ¿Habló sobre este tema en su sesión de grupo? (Marque un cuadro para cada tema a continuación.)

48. ¿Ha hecho o piensa hacer un cambio en la alimentación o actividades de su niño(a) desde que habló sobre el tema? (Marque un cuadro para cada tema que se comentó.)

	Hablamos sobre esto	NO hablamos sobre esto
a. Servir más frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Servir más granos integrales como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Servir leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada) (Responda solo si su niño(a) tiene 2 años o más.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Promover más actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Preparar alimentos más saludables para mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dar agua en lugar de soda o bebidas con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO pienso hacerlo	Estoy pensando hacerlo	Planeo hacerlo	Ya lo estoy haciendo
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe cómo usó el sitio web (en Internet) de WIC con información sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses? *(Marque todas las respuestas que correspondan.)*

- Usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en la oficina de WIC** por mí misma
- Usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en lugar de ir a la cita de WIC**
- Usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **antes o después de ir a la cita de WIC**
- No** usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses →→→ **VAYA A LA pregunta 54**

Responda a las preguntas 50 a 53 solo si usó un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses. *(Si usted no usó un sitio web (en Internet) de WIC, VAYA A LA pregunta 54.)*

50. ¿Cuánto tiempo usó el sitio web (en Internet) de WIC? Incluya el tiempo dentro y fuera de la oficina de WIC.

- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 15-30 minutos
- Más de 30 minutos

51. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor cómo seleccionó el tema del sitio web (en Internet) de WIC? *(Marque un cuadro.)*

- Había una lista de temas y yo misma seleccioné uno
- Había una lista de temas y un empleado de WIC me ayudó a seleccionar uno
- Había un solo tema disponible
- Otro: _____

52. ¿Leyó o vio sobre este tema en el sitio web (en Internet) de WIC? (Marque un cuadro para cada tema a continuación.)

	Leí / vi esto	NO leí / vi esto
a. Servir más frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Servir más granos integrales como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Servir leche con poca grasa (1% o sin grasa /leche descremada) (Responda solo si su niño(a) tiene 2 años o más.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Promover más actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Preparar alimentos más saludables para mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dar agua en lugar de soda o bebidas con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. ¿Ha hecho o piensa que hará cambios en la alimentación o actividades de su niño(a) después de leer/ver información sobre este tema? (Marque un cuadro para cada tema que leyó/vio.)

	NO pienso hacerlo	Estoy pensando hacerlo	Planeo hacerlo	Ya lo estoy haciendo
	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe cómo usó el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en la oficina de WIC** por mí misma
- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en la oficina de WIC** en un grupo
- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en lugar de ir a la cita de WIC**
- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **antes o después de ir a la cita de WIC**
- No** he visto el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses

55. ¿Cuál describe mejor su estado civil actual? ¿Está usted ...? (Marque su mejor respuesta.)

- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Soltera o nunca se ha casado
- Vive con una pareja

56. ¿Es usted hispana o latina? (Marque una.)

- Hispana o latina
- No es hispana o latina

57. ¿Cuál es su raza? (Marque una o más.)

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanca
- Otra (especificar: _____)

58. ¿Cuál es el grado o año escolar más avanzado que completó en la escuela? (Marque una.)

- Menos de 1 año en la escuela
- Primaria (grados 1-8)
- Algo de preparatoria o «high school» (grados 9-12, no se graduó)
- Se graduó de preparatoria o «high school», obtuvo el certificado GED o un equivalente
- Algo de universidad o «college» (1-4 años, no se graduó)
- Grado asociado (incluso grado ocupacional o académico)
- Grado universitario «Bachelor's degree» (BA, BS, AB, etc.)
- Maestría o más (MA, MS, PhD, MD, etc.)

59. En los últimos 6 meses, ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su niño(a)...?

	Sí	No
a. Nació prematuro(a) o fue un bebé prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Necesita leche especial de fórmula para bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Está bajo(a) de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tiene sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tiene un nivel alto de plomo en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. ¿Está actualmente trabajando por pago ya sea de tiempo completo o de tiempo parcial?

- Sí, tiempo completo
- Sí, tiempo parcial
- No

61. ¿Qué idioma habla usted en casa? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Inglés
- Español
- Otro

62. ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente?

	Número <i>(Si no hay ninguno, anote cero.)</i>
a. Bebés menores de 12 meses de edad	
b. Niños de 1 a 4 años de edad	
c. Niños de 5 a 17 años de edad	
d. Adultos de 18 años o más (inclúyase a sí misma)	

63. ¿Cuántas personas en su hogar están en WIC actualmente? Por favor inclúyase a sí misma.

64. ¿Tiene un arreglo de cuidado de niños regular para su niño(a) en el cual otra persona que no es de la familia cuida de él/ella normalmente? *(Responda acerca del niño(a) que se identificó en la primera página de esta encuesta.)*

- Sí →→→ ¿Cuántas **horas a la semana** está su niño(a) normalmente en el cuidado de niños? _____
- No

65. ¿Cuál de los siguientes beneficios recibe usted ahora? *(Marque todo lo que corresponda.)*

- Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, a veces llamado **SNAP o cupones de alimentos «Food Stamps»**
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, a veces llamada **TANF o asistencia social «welfare»**
- Medicaid o _____ [INSERT STATE-SPECIFIC NAME FOR MEDICAID]
- Head Start
- Alimentos de un banco de alimentos, despensa de comida o comedores de beneficencia
- Otro programa de asistencia de alimentos; especifique: _____
- No recibo ninguna otra asistencia además de WIC

66. ¿Cuál de los siguientes beneficios ha recibido alguna vez pero YA NO lo recibe ahora? *(Marque todas las respuestas que correspondan.)*

- Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, a veces llamado **SNAP o estampilla de alimentos «Food Stamps»**
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, a veces llamada **TANF o asistencia social «welfare»**
- Medicaid o _____ [INSERT STATE-SPECIFIC NAME FOR MEDICAID]
- Head Start
- Alimentos de un banco de alimentos, despensa de comida o comedores de beneficencia
- Otro programa de asistencia de alimentos; especifique: _____
- Nunca recibí ninguna otra asistencia además de WIC

67. En los últimos 6 meses, ¿qué temas se hablaron en WIC, ya sea en su reunión personal o en una sesión de grupo o vio en videos/DVD o sitios Web (en Internet)? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

a. Lactancia materna o dar pecho	<input type="checkbox"/>
b. Cómo pasar de dar pecho al biberón	<input type="checkbox"/>
c. Tomar leche/seleccionar leche con poca grasa	<input type="checkbox"/>
d. Tomar agua	<input type="checkbox"/>
e. Frutas y verduras	<input type="checkbox"/>
f. Comer bocadillos/refrigerios saludables	<input type="checkbox"/>
g. Un peso saludable para mí misma	<input type="checkbox"/>
h. Empezar a dar alimentos sólidos para mi niño(a)	<input type="checkbox"/>
i. Condiciones médicas como bajo nivel de hierro o alto nivel de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>
j. Actividad física	<input type="checkbox"/>
k. Niños que no les gusta comer ciertos alimentos	<input type="checkbox"/>
l. Compra y preparación de alimentos saludables	<input type="checkbox"/>
m. Sodas y bebidas con azúcar	<input type="checkbox"/>
n. Granos integrales	<input type="checkbox"/>
o. Nada de lo anterior	<input type="checkbox"/>

68. Ponga una marca ✓ en el cuadro del tema que comentó o vio que fue MÁS útil. (Solo marque UN cuadro.)

<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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

¡Muchas gracias por completar la encuesta!

Usted recibirá otra encuesta en varios meses.

¡Muchas gracias por tomar parte en el Estudio de Educación sobre Nutrición de WIC (NEST, por sus siglas en inglés)!