

**APPENDIX HH.2:  
CAREGIVER OF CHILD INTERIM PAPI SURVEY—SPANISH**

**Para uso del personal del proyecto solamente:**

Identificación: \_\_\_\_\_ Primer nombre del niño o niña \_\_\_\_\_

## 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 25 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 en el sobre adjunto en la siguiente semana. 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](mailto:USDA-wic-nest@rti.org) o llame gratis al 1-866-800-####.**

**1. Por favor escriba:**

\_\_\_\_\_

(mes)                      (día)                      (año)

Fecha de hoy:

Nombre del niño o niña que se muestra en la etiqueta en 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 6**

**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. 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. <b>Las verduras</b> (incluye comida para bebé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>La fruta</b> (incluye comida para bebé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <b>La leche entera o leche con 2% de grasa (menos contenido de grasa)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <b>La leche con bajo contenido de grasa (1%) o sin grasa/leche descremada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <b>Los granos integrales</b> tales 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"/>

**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.**

**7. 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 8**
- 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

**7a. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de cereal comió normalmente su niño(a)?** (Anote el nombre del cereal con letra tipo imprenta.)

**7b. 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.)

8. 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 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

9. 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: \_\_\_\_\_

10. 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. <b>Soda o refresco regular</b> que contiene azúcar ( <b>No</b> 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. <b>Jugos con 100% de fruta sin agregarle azúcar</b> , 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. <b>Café o té con azúcar o miel</b> , 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> ( <b>No</b> 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. <b>Bebidas de frutas endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes</b> , 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 ( <b>No</b> 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"/>

**11. 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. <b>Fruta</b> , incluya fruta fresca, congelada, seca o enlatada ( <b>No</b> 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. <b>Ensalada con hojas verdes o de lechuga</b> , 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. <b>Cualquier tipo de papas fritas</b> , 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. <b>Algún otro tipo de papas</b> , 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. <b>Frijoles refritos, frijoles de olla, frijoles en sopa, puerco con frijoles o algún otro tipo de frijoles secos guisados</b> ( <b>No</b> 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. <b>Arroz integral u otros granos integrales guisados</b> , como <i>bulgur</i> , trigo quebrado o mijo ( <b>No</b> 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. <b>Otras verduras</b> , incluya verduras frescas, congeladas, secas o enlatadas. ( <b>No</b> 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. <b>Salsa mexicana de jitomate/tomate</b>	<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. <b>Pizza</b> , 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. <b>Salsa de tomate</b> que se sirve con spaghetti o con pasta o dentro de otros alimentos como en la lasaña ( <b>No</b> 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"/>

**11. 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 <b>queso</b> , incluso queso como bocadillo/refrigerio; queso en hamburguesas y sándwiches; y queso en alimentos como lasaña, quesadillas o guisados ( <b>No</b> 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. <b>Tortillas de maíz o de trigo entero</b> ( <b>No</b> 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. <b>Pan de grano integral</b> , incluso pan tostado y panecillos de trigo integral, de centeno, de avena y pan integral de centeno y en sándwiches ( <b>No</b> 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. <b>Chocolate o cualquier otro tipo de golosina</b> ( <b>No</b> 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. <b>Donas, pan dulce, pan danés, bollos (muffins) o Pop-Tarts</b> ( <b>No</b> 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. <b>Galletas, pastel, tarta o brownies</b> ( <b>No</b> 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. <b>Helado u otros postres congelados</b> ( <b>No</b> 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"/>

**12. 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 <b>verduras</b> (incluya comida para bebé) a su niño(a) <b>durante la cena todos los días</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le da <b>fruta</b> a su niño(a) (incluya comida para bebé) <b>como bocadillo/refrigerio</b> en lugar de galletas o papitas "chips" <b>todos los días</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le da leche <b>con poca grasa (1%) o sin grasa/leche descremada</b> en lugar de leche entera o leche con 2% de grasa (con bajo contenido de grasa) a su niño(a) <b>todos los días</b> (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. <b>Casi siempre</b> le da a su niño(a) <b>pan de grano integral</b> en lugar de pan blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <b>Casi siempre</b> da a su niño(a) <b>arroz integral</b> en lugar de arroz blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <b>Casi siempre</b> le da a su niño(a) <b>tortillas de harina integral o de maíz</b> 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) <b>jugo con 100% de fruta NO MÁS de una vez al día</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Le da a su niño(a) <b>soda o refresco regular, bebidas de fruta endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes NO MÁS de una vez al mes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. ¿Qué tan segura está de poder...?**

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



**14. En los últimos 30 días, ¿compró los alimentos WIC que se listan a continuación?**

	Sí	No	No lo recibió de WIC
a. <b>Jugo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Fruta y verduras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <b>Leche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <b>Cereal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <b>Otros granos integrales</b> (como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, arroz integral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <b>Comida para bebé in frascos</b> (Si su niño(a) tiene menos de 12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. <b>Leche de fórmula para bebés</b> (Si su niño(a) tiene menos de 12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. ¿Con qué frecuencia le sucedió lo siguiente?**

	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"/>

**16. 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

17. 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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>

18. 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 20**

19. 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?

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

20. 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"/>

**21. ¿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 23**

**22. ¿Proviene los beneficios de WIC de su familia de la oficina WIC de \_\_\_\_\_**  
**[INSERT BEFORE SURVEY GIVEN TO PARTICIPANT]?**

- Sí
- No, estamos recibiendo WIC de otra oficina WIC
- No, no hemos recibido WIC desde (anote la \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ información)  
 (mes) (año)

**23. 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.

- Ninguna →→→ **VAYA A LA pregunta 51**
- Una vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- 5 veces
- 6 o más veces

**24. 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. <b>Habló en forma individual con un miembro del personal de WIC</b> 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. <b>Asistió a una sesión de grupo</b> 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. <b>Vio un video/DVD</b> 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. <b>Usó el sitio web (en Internet) de WIC</b> 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"/>

**25. 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.**

**26. ¿Cuándo fue su visita más reciente a WIC?**

- Hace menos de 2 semanas
- Hace 2 a 4 semanas
- Hace 1 -2 meses
- Hace más de 2 meses

**27. ¿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

**28. 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 <b>razones</b> para comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aprendí buenas <b>maneras</b> para comer en forma saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. 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.

**30. ¿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

**31. 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: \_\_\_\_\_

**32. 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

**33. 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 39**
- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 16-30 minutos
- Más de 30 minutos

**Responda a las preguntas 34 a 38 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 39.)**

**34. ¿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

**35. 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**

**36. ¿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"/>

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

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

	NO pienso hacerlo	Estoy pensando hacerlo	Planeo hacerlo	Ya lo estoy haciendo
a. Servir más <b>frutas y verduras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Servir más <b>granos integrales</b> 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"/>
c. Servir <b>leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada)</b> (Responda solo si su niño(a) tiene 2 años o más.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Promover más <b>actividad física</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <b>Preparar alimentos más saludables</b> para mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dar <b>agua</b> en lugar de soda y bebidas con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. 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 45**
- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 16-30 minutos
- Más de 30 minutos

**Responda a las preguntas 40 a 44 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 45.)**

**40. ¿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.

**41. 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

**42. ¿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"/>

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

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

**45. ¿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 50**

**Responda a las preguntas 46 a 49 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 50.)**

**46. ¿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

**47. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor cómo seleccionó el sitio web (en Internet) de WIC?** (Marque una.)

- 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: \_\_\_\_\_



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

**49. ¿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"/>

**50. ¿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

**51. ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente?**

	Número (Si no hay ninguno, anote cero.)
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)	

