

Attachment 1b: Spanish questions to be cognitively tested

El Acta del Servicio de Salud Pública nos otorga la autoridad para hacer este estudio (42, Código de Leyes de los Estados Unidos 242K). Toda información que pueda permitir identificar a algún individuo, práctica o establecimiento se mantendrá confidencial, será usada solo para propósitos estadísticos por el personal de NCHS, sus contratistas y agentes solamente cuando sea requerido y con los controles necesarios, y no será divulgada ni entregada a otras personas sin el consentimiento del individuo o establecimiento como lo establece la sección 308(d) del Acta del Servicio de Salud Pública (42 Código de Leyes de los Estados Unidos 242m(d)) y el Acta de Protección de la Información Confidencial y Eficiencia Estadística (PL-107-347).

Se calcula que el tiempo que le llevará al público cumplir con este pedido de información es de un promedio de 60 minutos por participante, incluyendo el tiempo que tomará revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos preexistentes, juntar y mantener los datos necesarios y completar y revisar el pedido de información. Ninguna agencia puede llevar a cabo o patrocinar un pedido de información a menos que tenga a la vista un número vigente de control de OMB, y a ninguna persona se le puede exigir que responda en ese caso. Envíe sus comentarios con respecto al cálculo de tiempo o de cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, a CDC/ATSDR Information Collection Review Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

Form Approved OMB #0920-0222; Fecha de Vencimiento: 07/31/2018

EARLY CHILDHOOD – ECQ

ECQ.010 Primero tengo algunas preguntas acerca del nacimiento de {SP NAME}.
¿Qué edad tenía la madre biológica de {SP NAME} cuando {él/ella} nació?

ENTER AGE IN YEARS

INTERVIEWER NOTE:

Madre biológica: la mujer que dio a luz al niño.

ECQ.020 ¿Fumó la madre biológica de {SP NAME} en algún momento cuando estaba embarazada de {él/ella}?

YES..... 1
NO..... 2

INTERVIEWER NOTE:

Madre biológica: la mujer que dio a luz al niño.

ECQ.New1/
L/K ¿Cuánto pesaba la madre biológica de {SP} antes de quedar embarazada de {él/ella}?

ENTER WEIGHT IN POUNDS..... 1

ENTER NUMBER OF POUNDS

ECQ.New2/ ¿Cuánto mide la madre biológica de {SP} sin zapatos?
G/F/I/M/C

|_|
ENTER HEIGHT IN FEET AND INCHES..... 1

|_|_|
ENTER NUMBER OF FEET

AND

|_|_|
ENTER NUMBER OF INCHES

ECQ.071/ ¿Cuánto pesó {SP NAME} al nacer?
L/O/K/M

IF ANSWER GIVEN IN POUNDS ONLY, PROBE FOR OUNCES.
IF ANSWER GIVEN IN EXACT POUNDS, ENTER NUMBER OF POUNDS AND 0 OUNCES.

|_|
ENTER NUMBER OF POUNDS
AND OUNCES..... 1

|_|_|
ENTER NUMBER OF POUNDS

AND

|_|_|
ENTER NUMBER OF OUNCES

ECQ.080 ¿Pesó {SP NAME} . . .

más de 5-1/2 libras (2500 g) o..... 1 (ECQ.090)
menos de 5-1/2 libras (2500 g)?..... 2

ECQ.090 ¿Pesó {SP NAME} . . .

más de 9 libras (4100 g) o..... 1
menos de 9 libras (4100 g)?..... 2

DIET BEHAVIOR AND NUTRITION - DBQ

DBQ.010 Ahora le voy a hacer algunas preguntas generales acerca de los hábitos alimentarios de {SP}.

¿Fue {alimentado(M)/alimentada(F)} {SP} alguna vez con leche materna?

- YES..... 1
- NO..... 2 (DBQ.041)

DBQ.030 ¿Qué edad tenía {SP} cuando {él(MPR)/ella(FPR)} **dejó completamente** de ser {amamantado(M)/
G/Q/U amamantada(F)} o de tomar leche materna como alimento?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

- ENTER NUMBER..... 1 (DBQ.041)
- STILL BREASTFEEDING..... 2 (DBQ.New1)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

- DAYS..... 1
- WEEKS..... 2
- MONTHS..... 3
- YEARS..... 4

DBQ.New1 Algunos niños toman leche materna de un biberón, vaso (incluyendo un vasito para niños) o una cuchara, aparte del
pecho. ¿Cómo tomó {SP} lecha materna en las últimas 2 semanas?

- Únicamente del pecho,..... 1
- Del pecho y también de un biberón, vaso
o cuchara o..... 2
- Únicamente de un biberón, vaso o cuchara... 3

DBQ.041 ¿Qué edad tenía {SP} cuando {él(MPR)/ella(FPR)} fue {alimentado(M)/alimentada(F)} **por primera vez** con G/Q/U (fórmula infantil/leche maternizada)?

|_|
ENTER NUMBER..... 1
NEVER 2 (Box 1a)

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

|_|_|_|_|
ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

|_|
DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.050 ¿Qué edad tenía {SP} cuando {él(MPR)/ella(FPR)} **dejó completamente** de tomar (fórmula infantil/leche G/Q/U maternizada)?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

|_|
ENTER NUMBER..... 1
STILL DRINKING FORMULA..... 2 (Box 1a)

|_|_|_|_|
ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

|_|
DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

BOX 1a

IF BABY IS NOT STILL BREAST FEEDING **AND** IS NOT STILL DRINKING FORMULA, GO TO DBQ.055

ELSE, IF BABY IS STILL DRINKING FORMULA, CONTINUE

ELSE, GO TO BOX1b.

DBQ.New2 Es usted la madre de {SP}?

INTERVIEWER INSTRUCTION:

Only ask the question if the respondent is female. Select "NO" if the respondent is male.

- YES..... 1
- NO..... 2

DBQ.New3 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el contenido de los biberones o vasos (incluyendo vasitos para niños) que {usted/la madre de SP} le dio a {SP} en las últimas 2 semanas?

MARK ALL THAT APPLY

- Leche materna..... 1
- fórmula infantil o leche maternizada u..... 2
- otro contenido (p. ej. agua, jugo, bebidas con sabor a fruta, gaseosa, té)..... 3
- SP'S MOTHER DOES NOT FEED THE SP PERSONALLY..... 4

DBQ.New4 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el contenido de los biberones o vasos (incluyendo vasitos para niños) que otros cuidadores, aparte de la madre, le dieron a {SP} en las últimas 2 semanas?

MARK ALL THAT APPLY

- Leche materna..... 1
- fórmula infantil o leche maternizada u..... 2
- otro contenido (p. ej. agua, jugo, bebidas con sabor a fruta, gaseosa, té)..... 3
- No sabe qué le dieron los otros cuidadores... 4
- DO NOT HAVE OTHER CAREGIVERS..... 5

BOX 1b

IF {SP} ONLY DRANK BREAST MILK FROM THE BREAST IN PAST 2 WEEKS, GO TO DBQ.055

IF BABY IS NOT STILL BREAST FEEDING **AND** IS NOT STILL DRINKING FORMULA, GO TO DBQ.055

ELSE, IF STILL DRINKING BREAST MILK **AND** STILL DRINKING FORMULA, CONTINUE

ELSE, GO TO DBQ.New7.

DBQ.New5 En las últimas 2 semanas, ¿se le dio a {SP} en el biberón fórmula infantil mezclada con leche materna?

- YES..... 1
- NO..... 2 (DBQ.New7)

DBQ.New6 Normalmente, ¿cómo se mezcló la fórmula infantil con la leche materna?

- Se agregó a la leche materna
fórmula infantil en polvo,..... 1
- Se agregó a la leche materna
fórmula infantil ya preparada o
fórmula lista para tomar o..... 2
- Se agregó a la leche materna
fórmula infantil concentrada en líquido 3

DBQ.New7 En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se le agregó agua a la leche materna o a la fórmula infantil, en mayor cantidad de lo que sugieren las instrucciones, antes de dárselo a {SP}?

HAND CARD DBQ1

- NUNCA,..... 1
- RARAMENTE,..... 2
- CADA TANTOS DÍAS,..... 3
- MÁS O MENOS UNA VEZ AL DÍA,..... 4
- CASI TODAS LAS VECES QUE SE LE
ALIMENTABA O..... 5
- CADA VEZ QUE SE LE ALIMENTABA?..... 6

DBQ.New8 En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se le agregó cereal para bebés al biberón de {SP} de fórmula infantil o de leche materna?

HAND CARD DBQ1

- NUNCA,..... 1
- RARAMENTE,..... 2
- CADA TANTOS DÍAS,..... 3
- MÁS O MENOS UNA VEZ AL DÍA,..... 4
- CASI TODAS LAS VECES QUE SE LE
ALIMENTABA O..... 5
- CADA VEZ QUE SE LE ALIMENTABA?..... 6

DBQ.New9 En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se le agregó endulzante, como jugo, miel, azúcar o bebida endulzada, al biberón de fórmula infantil o leche materna de {SP}?

HAND CARD DBQ1

- NUNCA,..... 1
- RARAMENTE,..... 2
- CADA TANTOS DÍAS,..... 3
- MÁS O MENOS UNA VEZ AL DÍA,..... 4
- CASI TODAS LAS VECES QUE SE LE
ALIMENTABA O..... 5
- CADA VEZ QUE SE LE ALIMENTABA?..... 6

DBQ.New10 En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se le agregaron vitaminas o minerales al biberón de fórmula infantil o leche materna de {SP}?

HAND CARD DBQ2

- NUNCA,..... 1
- RARAMENTE,..... 2
- CADA TANTOS DÍAS,..... 3
- MÁS O MENOS UNA VEZ AL DÍA,..... 4

DBQ.New11 En las últimas 2 semanas, ¿se le agregó acetaminofeno, ibuprofeno, gotas para los gases, gotas para los cólicos o antibióticos al biberón de fórmula infantil o leche materna de {SP}?

- YES..... 1
- NO..... 2

DBQ.055 La siguiente pregunta es acerca de los primeros alimentos que se le dieron a {SP} distintos a la leche materna o fórmula infantil (leche maternizada). Por favor incluya jugos, leche de vaca, agua con azúcar, G/Q/U alimentos para bebé o cualquier otro alimento que se le haya dado a {SP}, incluso agua.

¿Qué edad tenía {SP} cuando {lo/la} alimentaron por primera vez con alimentos distintos a la leche materna o fórmula infantil (leche maternizada)?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

INTERVIEWER INSTRUCTION:
DO NOT COUNT MEDICATIONS, VITAMIN DROPS, OR SMALL AMOUNT OF WATER THAT WAS USED FOR ORAL HYGIENE PURPOSES.

- ENTER NUMBER..... 1
- NEVER..... 2 (BOX 2)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

- DAYS..... 1
- WEEKS..... 2
- MONTHS..... 3
- YEARS..... 4

DBQ.061 ¿Qué edad tenía {SP} cuando {él(MPR)/ella(FPR)} fue {alimentado(M)/alimentada(F)} por primera vez con G/Q/U **leche?**

DO NOT INCLUDE BREASTMILK OR FORMULA.
INCLUDE LACTAID, SOY MILK, AND ALL OTHER TYPES OF MILK.

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (BOX 1c)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

INTERVIEWER NOTE:

Lactaid: Producto lácteo modificado que a menudo consumen individuos que no toleran la lactosa. El "Lactaid" se puede obtener en diversas formas (por ejemplo, descremado en un 2% o totalmente descremado, etc.). Si el entrevistado no da un tipo, verifique el tipo (por ejemplo, ¿fue ese "Lactaid" regular, 2% o descremado?).

Leche de soya: Leche de soya es el nombre común de las bebidas de sojas. Cuando están fortificadas con calcio, Vitamina A y Vitamina D se incluyen como parte del grupo alimenticio de los lácteos ya que son similares a la leche de acuerdo con su composición nutritiva y su consumo en las comidas. Otros productos hechos de plantas que se venden como "leches" (p. ej. "leches" de almendra, arroz, coco y cáñamo) pueden contener calcio y consumirse como fuente de calcio, pero no se incluyen en el grupo de los lácteos ya que su contenido nutricional general no es similar al de la leche ni el de las bebidas de soya fortificadas (leche de soya).

Fórmula: Mezcla de leche o sustituto de ésta que se da a los bebés.

DBQ.073 ¿Con qué tipo de leche fue {alimentado(M)/alimentada(F)} {SP} por **primera vez?** ¿Fue . . .

MARK ALL THAT APPLY

entera o regular..... 10
leche con 2% de grasa o leche baja
en grasas..... 11
leche con 1% de grasa o baja en grasa
(incluye leche con 0.5% de grasa o leche
baja en grasa sin especificación adicional),. 12
descremada, sin grasa..... 13
leche de soya o..... 14
algún otro tipo?..... 30

INTERVIEWER NOTE:

Lactaid: Producto lácteo modificado que a menudo consumen individuos que no toleran la lactosa. El "Lactaid" se puede obtener en diversas formas (por ejemplo, descremado en un 2% o totalmente descremado, etc.). Si el entrevistado no da un tipo, verifique el tipo (por ejemplo, ¿fue ese "Lactaid" regular, 2% o descremado?).

DBQ.New12 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con productos lácteos aparte de leche, tales como yogur, requesón o queso?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New13)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New13 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con granos, tales como cereal, galletitas para la dentición, galletas saladas, pan, pasta o arroz?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New14)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New14 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con carnes, pollo, mariscos o huevos (p. ej. carne de res, carne de cerdo, pollo, pavo, salchichas, pescado, huevos)?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New15)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New15 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con vegetales, incluyendo vegetales cocinados, en puré, en trocitos o puré o jugo de vegetales?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New16)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New16 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con leguminosas, tales como frijoles negros, frijoles rojos, arvejas, garbanzos o lentejas?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New17)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New17 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con productos de soya, tales como tofu, porotos de soya, sustitutos de carne hechos con soya u otras comidas preparadas con soya?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New18)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New18 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con frutos secos o semillas, tales como cacahuets o crema de cacahuets, almendras, nueces mixtas, ajonjolí, cajú o marañones, nueces, pecana o cremas de nueces, tales como la crema de almendras, Sun Butter u otros productos de nueces o semillas?

HAND CARD DBQ3

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (DBQ.New19)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

DBQ.New19 ¿Qué edad tenía {SP} la primera vez que lo alimentaron con frutas, incluyendo frutas cocinadas, en puré, en trocitos o majadas o jugo de frutas?

INTERVIEWER NOTE: NUMBER CANNOT BE MORE THAN SP'S AGE.
AGE CANNOT BE ZERO BECAUSE AGE IN MONTHS IS ALLOWED.

ENTER NUMBER..... 1
NEVER..... 2 (BOX 2)

ENTER AGE IN DAYS, WEEKS, MONTHS OR YEARS

ENTER UNIT

DAYS..... 1
WEEKS..... 2
MONTHS..... 3
YEARS..... 4

BOX 2

IF SP IS 12 MONTHS OLD OR OLDER, GO TO DBQ.197
OTHERWISE, END QUESTIONNAIRE.

DBQ.197 {A continuación tengo algunas preguntas acerca de los hábitos alimentarios de {SP}}.

{Primero/A continuación} le voy a hacer algunas preguntas acerca de **productos lácteos**. No incluya su uso para cocinar.

En los **últimos 30 días**, ¿con qué frecuencia tomó leche {usted/SP} o tomó leche con su cereal? Por favor incluya chocolate y otras leches con sabor así como chocolate caliente hecho con leche. No cuente las cantidades pequeñas de leche agregadas al café o al té. ¿Diría . . .

HAND CARD DBQ4

- nunca,..... 0 (BOX 6)
- raramente - menos de una vez a la semana,. 1
- algunas veces - una vez a la semana o más,
pero menos de una vez al día, o..... 2
- frecuentemente - una vez al día o más?..... 3
- VARIED..... 4

DBQ.223 ¿Qué tipo de leche era ésta? ¿Era usualmente... . .

IF RESPONDENT CANNOT PROVIDE USUAL TYPE, CODE ALL THAT APPLY.

- entera o regular,..... 10
- leche con 2% de grasa o leche baja en grasas,11
- leche con 1% de grasa o baja en grasa
(incluye leche con 0.5% de grasa o leche baja
en grasa sin especificación adicional), 12
- descremada, sin grasa,..... 13
- leche de soya, o..... 14
- algún otro tipo?..... 30

INTERVIEWER NOTE:

Lactaid: Producto lácteo modificado que a menudo consumen individuos que no toleran la lactosa. El "Lactaid" se puede obtener en diversas formas (por ejemplo, descremado en un 2% o totalmente descremado, etc.). Si el entrevistado no da un tipo, verifique el tipo (por ejemplo, ¿fue ese "Lactaid" regular, 2% o descremado?).

FSQ.653 A continuación tengo algunas preguntas acerca del programa WIC.

¿Ha recibido {SP} **alguna vez** beneficios de WIC, es decir, del programa para Mujeres, Infantes y Niños?

- YES..... 1 (FSQ.673)
- NO..... 2

INTERVIEWER NOTE:

WIC: Abreviatura para referirse al Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños. Este programa provee ayuda alimenticia, educación de la nutrición y evaluaciones nutricionales a mujeres de ingresos bajos durante el embarazo y, después del parto, también a sus recién nacidos, así como a niños de ingresos bajos, hasta los 5 años de edad.

FSQ.New20 ¿Por qué no recibió nunca (SP) beneficios del programa WIC?

HAND CARD DBQ5

CODE ALL THAT APPLY

EL NIÑO/LA NIÑA NO CALIFICA PARA WIC	1
EL NIÑO/LA NIÑA NO NECESITA WIC.....	2
EL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR NUNCA HA OÍDO HABLAR DE WIC.....	3
LA SOLICITUD PARA WIC ERA DIFÍCIL	4
EL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR NO PUEDE ENCONTRAR TRANSPORTACIÓN PARA LLEGAR A LA CLÍNICA DE WIC.....	5
EL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR NO ENCUENTRA TIEMPO PARA IR A LA CLINICA DE WIC.	6
WIC IBA A INTERFERIR CON EL HORARIO DE TRABAJO DEL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR.....	7
WIC IBA A INTERFERIR CON EL HORARIO DE LA ESCUELA DEL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR.....	8
LAS TIENDAS QUE ACEPTAN WIC NO ESTÁN CERCA DEL HOGAR DE LA FAMILIA.....	9
ES DIFÍCIL ENCONTRAR LOS ALIMENTOS DE WIC EN EL SUPERMERCADO.....	10
USAR WIC EN EL SUPERMERCADO ES PENOSO O HACE SENTIRSE INCÓMODO	11
PAGAR CON WIC EN LA TIENDA PUEDE TARDAR MUCHO TIEMPO.....	12
LA FAMILIA YA RECIBE ALIMENTOS DE SNAP, UN BANCO DE ALIMENTOS, O DE OTRO LUGAR.....	13
AL NIÑO/A LA NIÑA NO LE GUSTARÍA LAS COMIDAS QUE PROPORCIONA WIC.....	14
AL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR NO LE GUSTA LAS COMIDAS QUE PROPORCIONA WIC	15
EL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR PENSÓ QUE SE TIENE QUE ESPERAR MUCHO TIEMPO EN LA CLÍNICA.....	16
LA FAMILIA NO QUIERE PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE GOBIERNO FEDERAL, ETC.....	17
LA FAMILIA SE MUDA SEGUIDO Y ES DIFÍCIL INSCRIBIRSE EN WIC.....	18
OTHER, SPECIFY	19

FSQ.673

¿Está {SP} recibiendo **ahora** beneficios del programa WIC?

- YES..... 1 (END OF SECTION)
- NO..... 2

FSQ.New21

¿Por qué dejo de recibir (SP) beneficios del programa WIC?

HAND CARD DBQ6

CODE ALL THAT APPLY

- EL NIÑO/LA NIÑA YA NO CALIFICA PARA WIC..... 1
- EL NIÑO/LA NIÑA YA NO NECESITA WIC... 2
- EL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR YA NO PUDO ENCONTRAR TRANSPORTACIÓN PARA LLEGAR A LA CLÍNICA DE WIC..... 3
- EL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR YA NO PUDO ENCONTRAR TIEMPO PARA IR A LA CLÍNICA DE WIC..... 4
- WIC INTERFERÍA CON EL HORARIO DE TRABAJO DEL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR..... 5
- WIC INTERFERÍA CON EL HORARIO DE LA ESCUELA DEL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR..... 6
- LAS TIENDAS QUE ACEPTAN WIC NO ESTÁN CERCA DEL HOGAR DE LA FAMILIA..... 7
- ERA DIFÍCIL ENCONTRAR LOS ALIMENTOS DE WIC EN EL SUPERMERCADO..... 8
- USAR WIC EN EL SUPERMERCADO ERA PENOSO O HACÍA SENTIRSE INCÓMODO 9
- PAGAR CON WIC EN LA TIENDA TARDABA MUCHO TIEMPO..... 10
- LA FAMILIA YA RECIBE ALIMENTOS DE SNAP, UN BANCO DE ALIMENTOS, O DE OTRO LUGAR..... 11
- AL NIÑO/A LA NIÑA NO LE GUSTARON LAS COMIDAS QUE PROPORCIONA WIC 12
- AL PADRE/LA MADRE O CUIDADOR/TUTOR NO LE GUSTARON LAS COMIDAS QUE PROPORCIONA WIC 13
- SE TIENE QUE ESPERAR MUCHO TIEMPO EN LA CLÍNICA..... 14
- LA FAMILIA NO QUISO SEGUIR PARTICIPANDO EN UN PROGRAMA DE GOBIERNO FEDERAL, ETC..... 15
- LA FAMILIA SE MUDA SEGUIDO ENTONCES ES DIFÍCIL INSCRIBIRSE EN WIC..... 16
- OTHER, SPECIFY..... 17



Nunca

Raramente

Cada tantos días

Más o menos una vez al día

Casi todas las veces que se le
alimentaba

Cada vez que se le alimentaba



Nunca

Raramente

Cada tantos días

Más o menos una vez al día



[Note to reviewers: “Nuts & Seeds” options and “Nut Butters” options will be randomly assigned.]

OPTION 1 Nueces y Semillas (nuts & seeds)



OPTION 2 Nueces y Semillas (nuts & seeds)



OPTION 3 Nueces y Semillas (nuts & seeds)





OPTION 1 Cremas de nueces (nut butters)



OPTION 2 Cremas de nueces (nut butters)





Nunca

Raramente – menos de una vez a la semana

Algunas veces – una vez a la semana o más,
pero menos de una vez al día

Frecuentemente – una vez al día o más



- El niño/la niña no califica para WIC
- El niño/la niña no necesita WIC
- El padre/la madre o cuidador/tutor nunca ha oído hablar de WIC
- La solicitud para WIC era difícil
- El padre/la madre o cuidador/tutor no puede encontrar transportación para llegar a la clínica de WIC
- El padre/la madre o cuidador/tutor no encuentra tiempo para ir a la clínica de WIC
- WIC iba a interferir con el horario de trabajo del padre/la madre o cuidador/ tutor
- WIC iba a interferir con el horario de la escuela del padre/la madre o cuidador/tutor
- Las tiendas que aceptan WIC no están cerca del hogar de la familia
- Es difícil encontrar los alimentos de WIC en el supermercado.
- Usar WIC en el supermercado es penoso o hace sentirse incómodo
- Pagar con WIC en la tienda puede tardar mucho tiempo.
- La familia ya recibe alimentos de SNAP, un banco de alimentos, o de otro lugar
- Al niño/A la niña no le gustaría las comidas que proporciona WIC
- Al padre/la madre o cuidador/ tutor no le gusta las comidas que proporciona WIC
- El padre/la madre o cuidador/ tutor pensó que se tiene que esperar mucho tiempo en la clínica
- La familia no quiere participar en un programa de gobierno federal, etc.
- La familia se muda seguido y es difícil inscribirse en WIC
- Otra razón



- El niño/la niña ya no califica para WIC
- El niño/la niña ya no necesita WIC
- El padre/la madre o cuidador/tutor ya no pudo encontrar transportación para llegar a la clínica de WIC
- El padre/la madre o cuidador/ tutor ya no pudo encontrar tiempo para ir a la clínica de WIC
- WIC interfería con el horario de trabajo del padre/la madre o cuidador/ tutor
- WIC interfería con el horario de la escuela del padre/la madre o cuidador/ tutor
- Las tiendas que aceptan WIC no están cerca del hogar de la familia
- Era difícil encontrar los alimentos de WIC en el supermercado.
- Usar WIC en el supermercado era penoso o hacía sentirse incómodo
- Pagar con WIC en la tienda tardaba mucho tiempo.
- La familia ya recibe alimentos de SNAP, un banco de alimentos, o de otro lugar
- Al niño/A la niña no le gustaron las comidas que proporciona WIC
- Al padre/la madre o cuidador/ tutor no le gustaron las comidas que proporciona WIC
- Se tiene que esperar mucho tiempo en la clínica
- La familia no quiso seguir participando en un programa de gobierno federal, etc.
- La familia se muda seguido entonces es difícil inscribirse en WIC
- Otra razón