

**Attachment B: Screener: Parent/Caregiver Triad (Spanish)**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta recopilación de datos es 0584-0524. Se estima que el tiempo que se requiere para completar esta información es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de la información.

**ANTECEDENTES (NO LEER A LOS CANDIDATOS)**

Estamos reclutando grupos de padres/cuidadores de cuidados de niños en los condados de Bronx, NY; Miami-Dade, FL y Gwinnett, GA. Las investigaciones por tríadas (grupos pequeños) para las cuales estamos reclutando pretenden proporcionar información completa sobre los mensajes, formato e imágenes de los boletines de CACFP *Bocados para la salud*; que en adelante se referirán como 'boletines'.

Nuestro objetivo es realizar varias tríadas en centro y hogares de cuidado infantil participantes del programa CACFP que serán reclutados con la ayuda de proveedores de estos sitios participantes. Las tríadas serán segmentadas por idioma (inglés y español) en cada mercado.

**RECLUTAR 5 PARTICIPANTES POR TRIADA PARA PARTICIPAR 3***Tabla 1: Detalles de tríadas con padres/cuidadores*

	UBICACIÓN PROPUESTA (Condado/Estado)			Total
	Bronx/NY	Miami-Dade/FL	Gwinnett/GA	
<b>Tríadas con padres/proveedores de cuidados de niños</b>				
Inglés	2	2	2	6
Español	2	2	2	6
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

**COMENZAR A LEER EL GUIÓN AQUÍ:**

Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_ y llamo de parte de \_\_\_\_\_. Estamos buscando personas que quieran participar en pequeños grupos de discusión sobre la salud infantil auspiciada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos., Servicio de Alimentos y Nutrición. La sesión se hará en persona y tendrá una duración aproximada de 90 minutos en el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ [sitio]. Incentivo por participar: Usted recibirá \$50 en forma de tarjeta de regalo Visa o

MasterCard como muestra de nuestro agradecimiento por su participación en este estudio importante.

**1. Primero, ¿cuándo fue la última vez que usted participó en un estudio de investigación? Incluye encuestas por Internet, encuestas telefónicas, etc.**

- En los últimos 6 meses **TERMINAR**
- De siete a doce meses **PASAR A Q2**
- Nunca **SALTAR A Q3**

**2. ¿Cuál fue el tema de la discusión en la que participó? ESCRIBIR LA RESPUESTA \_\_\_\_\_**

**TERMINAR SI RESPONDE CUIDADO INFANTIL, NUTRICIÓN O CUIDADO DE LA SALUD**

**3. ¿Algún miembro inmediato de su hogar o familiar trabaja en el campo de la, salud pública, nutrición, o dietética?**

- Sí **TERMINAR**
- No

**4. ¿Es usted responsable del cuidado de por lo menos un niño entre 2 y 5 años?**

- Sí
- No **TERMINAR**

**5. ¿El (los) niño(s) al (a los) que usted provee cuidados tiene(n) alergias o intolerancias?**

- Sí **TERMINAR**
- No

**6. ¿Cuántos niños entre 2 y 5 años cuida al día? \_\_\_\_\_**

**7. ¿Cuál categoría describe mejor la edad del niño al que provee cuidados?**

**[ES POSIBLE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA. TERMINAR SI NO HAY RESPUESTAS PARA 2 AÑOS, ENTRE 3 y 4 AÑOS, O 5 AÑOS]**

Menos de 2 años

2 años

Entre 3 y 4 años

5 años

Más de 6 años

**CUOTA FLEXIBLE DE 1 PARTICIPANTE POR MERCADO  
CUOTA FLEXIBLE DE 1 PARTICIPANTE POR TRÍADA**

**8. ¿Cuál es su relación con el (los) niños? (LEER LA LISTA)**

Padre

**CONTINUAR**

Otro cuidad

**CONTINUAR**

**SI responde cuidador, preguntar: ¿Cuál es su relación? (abuelo/abuela, tío/tía, amigo de los padres, etc.) Especificar**

\_\_\_\_\_

**9. ¿El (los) niño(s) que usted cuida asisten a un hogar de cuidado infantil o guardería infantil?**

Hogar para el cuidado de niños

**CONTINUAR (POR LO MENOS 1 TRÍADA POR MERCADO)**

Centro de cuidado infantil

**CONTINUAR**

**10. ¿Usted prepara o planifica las comidas o manipula los alimentos para el**

.

- No **TERMINAR**
- Sí **CONTINUAR**

**11 ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? (LEER LA LISTA)**

- Menos de secundaria **CONTINUAR**
- Secundaria **CONTINUAR**
- Colegio Vocacional / Técnico **CONTINUAR**
- Algo de universidad **CONTINUAR**
- Universidad **CONTINUAR**
- Estudios de post-grado **CONTINUAR**
- Se negó / No aplica **CONTINUAR**

**12 ¿Cuál de los siguientes grupos incluye su edad? (LEER LA LISTA)**

- Menos de 18 años **TERMINAR**
- Entre 18 y 35 años **CONTINUAR**
- Entre 36 y 45 años **CONTINUAR**
- Entre 46 y 55 años **CONTINUAR**
- Más de 56 años **CONTINUAR (SOFT QUOTA OF AT LEAST 1 IN EACH MARKET)**
- Se negó / No aplica **TERMINAR**

**13 Por favor decir con cuál se identifica mejor (LEER):**

- Hombre **CUOTA FLEXIBLE DE 1 PARTICIPANTE POR MERCADO**
- Mujer
- Otro (Favor especificar: -

\_\_\_\_\_)

**14 ¿Actualmente cuántas personas viven en su casa?**

• \_\_\_\_\_

**15 ¿Cuál fue el ingreso total familiar anual en el 2016 antes de impuestos?**

•

**(Esto incluye el ingreso combinado de todos los que viven en su hogar). (LEER LA LISTA). TERMINAR SI NO SE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD DE INGRESOS DE CACFP.**

- Menos de \$22,311
- Entre \$22,312 y \$30,044
- Entre \$30,045 y \$37,777
- Entre \$37,778 y \$45,510
- Entre \$45,511 y \$53,243
- Entre \$53,244 y \$60,976
- Entre \$60,977 y \$68,704
- Entre \$68,710 y \$76,442

**16A ¿Cuál de los siguientes describe mejor su origen étnico? (LEER LA LISTA)**

•

- Hispano o Latino **CONTINUAR**
- Ni hispano ni latino **CONTINUAR**

**16B. ¿Con qué grupo racial se identifica usted? (Seleccionar 1 o más) (LEER LA LISTA)**

- Indio Americano/Nativo de Alaska **CONTINUAR**
- Asiático **CONTINUAR**
- Negro/Afroamericano **CONTINUAR**
- Nativo de Hawái y otra isla del Pacífico **CONTINUAR**
- Blanco/caucásico **CONTINUAR**

**16C ¿Es el español su lengua maternal?**

.

Sí

**RECLUTAR 100% para 1 tríada en Bronx, NY; 1 tríada en Miami-Dade, FL; 1 tríada en Gwinnett, GA.**

No

**RECLUTAR 100% para 3 tríada en Bronx, NY; 3 tríada en Miami-Dade, FL; 3 tríada en Gwinnett, GA.**

**17. Nos gustaría que usted participe en una entrevista sobre la nutrición de los niños. Las entrevistas se realizarán en persona el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_ a.m. /p.m. en [sitio] \_\_\_\_\_. Las discusiones tomarán aproximadamente 90 minutos y recibirá una tarjeta de regalo Visa o MasterCard de \$50 para cubrir los costos de su participación. -**

**¿Desea asistir?**

- Sí  
 No

**CONTINUAR Y RECLUTAR  
TERMINAR Y AGRADECER**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**SELECCIONAR UNO:**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **\_\_\_ AM o \_\_\_ PM**

**SITIO GEOGRÁFICO:**

**Bronx**

**Gwinnett**

**Miami-Dade**