




mPINC Cuestionario de SelecciónA A A
 [Español](#)  **Formulario Aprobado****OMB #0920-0743****FECHA.VEN: DD/MM/AAAA**

Le invitamos a completar un breve cuestionario de selección para determinar si su hospital es elegible para recibir la encuesta de Prácticas de Maternidad Sobre Nutrición y Cuidado Infantil (mPINC, por sus siglas en inglés). La encuesta mPINC es realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y sus preguntas se centran en partes específicas de la atención de maternidad que afectan la forma en que se alimenta a los bebés. Si se determina que su hospital es elegible, se le pedirá a usted o a una persona que usted identifique que complete la encuesta en nombre de su hospital. El cuestionario de selección no debería tardar más de 2 minutos en completarse. Gracias por su participación.

Notificación de uso del sistema:

Este aviso de advertencia provee anuncios de privacidad y seguridad conforme con las leyes federales aplicables, directivas y otras directrices federales para el acceso a este sistema gubernamental, que incluye a todos los dispositivos y medios de almacenamiento vinculados al sistema. Este sistema se provee solamente para el uso autorizado por el Gobierno. El uso no autorizado o indebido de este sistema queda prohibido y puede llevar a medidas disciplinarias o sanciones civiles y penales. El Gobierno puede, en cualquier momento y para cualquier fin gubernamental permitido por ley, monitorear, registrar y auditar el uso del sistema por parte de usted, o interceptar, buscar y confiscar cualquier comunicación o dato que se transmita o almacene en este sistema. Por lo tanto, usted no tiene ninguna expectativa razonable de privacidad. Toda comunicación o dato que se transmita o almacene en este sistema puede divulgarse o usarse para cualquier fin gubernamental permitido por ley.

La carga de presentación de informes públicos de esta recopilación de información se estima en un promedio de 2 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir la carga, a CDC, Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road, MS D-74, Atlanta, GA 30329, ATTN: PRA (0920-0743) . No envíe el formulario completo a esta dirección.

Nombre de Hospital

1.A. ¿Su hospital se llama ____?

* Campo requerido

☐ Sí☐ No[Restablecer el valor](#)

1.B. ¿Su hospital se llamaba ____?

* Campo requerido

☐ Sí☐ No[Restablecer el valor](#)

1.C. ¿Cuál es el nombre actual de su hospital?

* Campo requerido

Dirección del hospital

2.A. ¿Es esta la dirección de su hospital?

☐ Sí☐ No[Restablecer el valor](#)

* Campo requerido

2.B. Por favor, proporcione la dirección correcta de su hospital:

Primera línea de
dirección:

* debe proporcionar valor

Segunda línea
de dirección:

Ciudad:

* debe proporcionar valor

Estado:



* debe proporcionar valor

Código postal:

* debe proporcionar valor

Número de teléfono

3.A. ¿Cuál es su número de teléfono de trabajo?

4.A. ¿Tuvo su hospital algún nacimiento entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025 o alguna cama de maternidad (Obstetricia/Ginecología) registrada a partir del 1 de enero de 2025?

* Campo requerido

☐ Sí☐ No[Restablecer el valor](#)

Identificar a la mejor persona para completar la encuesta mPINC

5.A. Su hospital es **elegible** para la encuesta mPINC. La encuesta incluye preguntas sobre nutrición infantil, como la lactancia materna, el uso de fórmula por parte de recién nacidos sanos y rutinas de alimentación, y es mejor que la complete la persona con más conocimientos sobre este tipo de actividades en su hospital. Los ejemplos incluyen el director de enfermería materno-infantil de su hospital y el director de enfermería de la unidad de parto. Puede ser usted mismo u otra persona de su hospital.

Seleccione la mejor persona para completar la encuesta mPINC de su hospital.

* Campo requerido

- ☐ Soy la mejor persona para completar la encuesta mPINC.
- ☐ Otra persona es la mejor para completar la encuesta mPINC.

[Restablecer el valor](#)

5.B. ¿Es ____ su dirección de correo electrónico?

* Campo requerido

- ☐ Sí
- ☐ No

[Restablecer el valor](#)

5.C. Proporcione el nombre, cargo, correo electrónico oficial del hospital y número de teléfono de la mejor persona para completar la encuesta mPINC. Para proteger la integridad de la encuesta y la privacidad de la información de su hospital, no proporcione direcciones de correo electrónico personales (por ejemplo, Yahoo, Gmail, Hotmail).

Nombre:

Cargo:

Correo electrónico oficial
del hospital:

* debe proporcionar valor

Número de teléfono oficial
del hospital:

Ahora puede hacer clic en **Enviar** para completar la encuesta de selección. Si se seleccionó como la mejor persona para completar la encuesta mPINC para su hospital, se le dirigirá a la encuesta mPINC una vez que haga clic en **Enviar**. Si proporcionó la información de contacto de otra persona para completar la encuesta mPINC, recibirá una invitación por correo electrónico para completar la encuesta mPINC una vez que haga clic en **Enviar**.