

## Screening Part B

### Online screening to determine eligibility of facilities

A unique link to this online screening tool will be emailed to a hospital contact person. The purpose of this online screening tool is to (1) confirm that the hospital is eligible for inclusion in the survey, and (2) obtain the name and contact information of the individual who is most knowledgeable about infant feeding practices at the hospital (contact person). The hospital name and address will be loaded into the instrument (noted by square brackets, e.g., [hospital name]) and there is skip-logic built into the online screening tool to minimize respondent burden.

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.

#### Nombre de Hospital

1.A. ¿Su hospital se llama [HOSPITAL\_NAME]?

- Sí                      *SKIP TO 2.A. (Dirección del hospital)*
- No                      *SKIP TO 1.B.*

1.B. ¿Su hospital se llamaba [HOSPITAL\_NAME]?

- Sí
- No

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

---

### Dirección del hospital

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

[HOSPITAL\_ADDRESS]

[HOSPITAL\_CITY], [HOSPITAL\_STATE] [HOSPITAL\_ZIP\_CODE]

- Sí                    *SKIP TO 3.A. (Número de teléfono)*
- No                  *SKIP TO 2.B.*

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

Primera línea de dirección: \_\_\_\_\_

Segunda línea de dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ (selected from dropdown menu)

Código postal: \_\_\_\_\_

### Número de teléfono

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

---

### Elegibilidad del hospital

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?

- Sí                    *SKIP TO 5.A. (Identificar a la mejor persona para completar la encuesta mPINC)*
- No                  *END. Your hospital is not eligible for the 2026 mPINC survey. Thank you for your time.*

### 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.

- Soy la mejor persona para completar la encuesta mPINC.  
*SKIP TO 5.B.*
- Otra persona es la mejor para completar la encuesta mPINC.  
*SKIP TO 5.C.*

5.B. ¿Es [INVITATION\_EMAIL] su correo electrónico?

- Sí                   *SKIP TO CLOSING*
- No               *SKIP TO 5.C.*

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: \_\_\_\_\_

Número de teléfono oficial del hospital: \_\_\_\_\_

## CLOSING

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**.

## PROCEED TO MPINC HOSPITAL SURVEY

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.