

ENCUESTA PARA EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ

FOR STUDY USE ONLY:

Date:	Baby's DOB:	Baby's Gender:	Male	Female					
Appointment type:		FP:	B	BE	BC1	BC2	Accept	Decline	
Class		Baby Enroll		Voucher					
Recert		BF Support		N		IB			IF
Reason for Decline:	Too busy		Not interested		Too difficult		Other children		
	Privacy		Refuse to answer		Too tired		Other:_____		

¡BIENVENIDA(O) A NUESTRO ESTUDIO! Esta oficina del WIC esta participando en un estudio con la Universidad de California (UC),Davis. Se le esta invitando a responder esta encuesta porque usted cuida de un bebé de menos de 1 año de edad. Por favor responda a todas las preguntas pensando en este nuevo bebé, incluso si usted tiene o cuida a otros niños. Las respuestas a estas preguntas son completamente confidenciales y sólo serán compartidas con el personal de la UC Davis que participa en el estudio.

PARTE 1: PREGUNTAS ACERCA DE USTED :

1. ¿Cuál es su edad? _____	2. Usted es (marque uno con un círculo)	Hombre	Mujer									
3. ¿Cuál es su relación con este bebé? (marque uno con un círculo)	Mamá	Papá	Abuela(o)	Padre sustituto	Otro							
4. ¿Cuántos niños (Menores de 18 años de edad) viven en su casa, incluyendo a este bebé? _____												
5. ¿Hasta que grado de estudios terminó usted? (marque uno):												
Menos que High School (Menos que preparatoria)		High school (Preparatoria)		Parcialmente College (Parcialmente carrera técnica)		Graduado de College (Graduado de Carrera técnica)						
6. ¿Cuál es su raza/ grupo étnico? (marque con un círculo todas las que apliquen):												
Asiático/Islas del pacífico		Negro		Latino		Nativo Americano		Blanco/Caucasico		Otro		
7. ¿Qué idioma se habla en su casa diferente del Español? (marque con un círculo todos los que apliquen)												
Arabe		Chino		Inglés		Koreano		Punjabi		Ruso	Vietnames	Otro
8. ¿En qué país nació usted?(Marque con un círculo)						Estados Unidos		México		Otro _____		
9. ¿Cómo planeaba alimentar a su bebé antes que naciera ? (marque uno con un círculo)												
Sólo leche materna		Sólo fórmula		Ambos fórmula y leche materna		No estoy segura(o)		No aplica				
10. ¿A su consideración, a qué edad los bebés ya deben permanecer dormidos toda la noche?						_____						
11. ¿Su empleo actual es fuera de casa? (marque uno)						Sí		No				
						¿Por cuantas horas por semana? _____						
12. ¿En los últimos 12 meses, cuantas veces usted ha visitado esta clínica del WIC?						_____						
13. ¿En los últimos 6 meses, a cuantas clases del WIC ha asistido usted?						_____						
14. ¿Has aprendido algo sobre el comportamiento de bebés por parte del WIC?						Sí		No				

PARTE 2: PREGUNTAS ACERCA DE SU BEBÉ :

15. ¿Quién cuida a su bebé durante el día? (Marque todos los que apliquen)											
Mamá		Papá		Abuela(o)		Otro miembro de la familia		Babysitter/Daycare (Nana/guardería)		Otro _____	
16. ¿Su bebé ha sido alimentado al seno o con leche materna? (marque uno con un círculo)											
Sí						No (Pase a la #18)					
17. ¿Esta siendo su bebé todavía alimentado al seno o con leche materna ? (marque uno con un círculo)											
Sí (Pase a la #18)						No					

Por favor de vuelta a la hoja y complete el resto de la encuesta

17a. ¿ Qué edad tenía su bebé cuando usted detuvo por completo la alimentación con leche materna? (Por favor escriba su respuesta en días o semanas, cualquiera que sea más sencillo para usted)

_____Días

_____Semanas

17b. ¿ Porqué usted decidió detener la alimentación al seno o dejar de dar leche materna a su bebé ? (Marque todas las opciones que apliquen)

Regresó a trabajar

Problemas al agarrar el seno

El bebé no quedaba satisfecho

Por enfermedad de la madre

Por enfermedad del bebé

Otro_____

18. ¿ Con qué frecuencia recibe su bebé fórmula? (marque uno con un círculo)

Todos los días

4-6 dias a la semana (Pase a la #19)

1-3 días a la semana (Pase a la #19)

Mi Bebé no recibe fórmula (Pase a la #19)

18a. ¿Que edad tenía su bebé cuando usted comenzó a darle fórmula todos los días? (Por favor escriba su respuesta en días o semanas)

_____Días

_____Semanas

18b. ¿ Porqué usted decidió comenzar a darle fórmula todos los días ? (Marque todos lo que apliquen)

El bebé no ganaba suficiente peso

Por enfermedad de la madre o del bebé

Porque eligió no alimentar al seno

Problemas al agarrar el seno

Regresó a trabajar

El bebé no quedaba satisfecho

Otra_____

19. ¿Qué otra cosa diferente a la leche materna o a la fórmula la dió a su bebé? (Marque todas los que apliquen)

Ninguna otra cosa (Pase a la #20)

Jugo

Leche de vaca

Agua

Agua dulce

Kool-Aid

Té

Bebidas deportivas (Gatorade)

Cereal

Alimentos de bebé

Otro_____

19a. ¿Qué edad tenía su bebé la primera vez que le dió algo diferente a la leche materna o a la fórmula ? (Por favor escriba su respuesta en días o semanas, lo que sea más sencillo para usted)

_____Días

_____Semanas

19b. ¿ Porqué decidió dar a su bebé algo diferente a la leche materna o a la fórmula?

El bebé ya tenía suficiente edad

El bebé tenía hambre

Para darle una probadita

El bebé quería

Otro_____

PARTE 3: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA AFIRMACIÓN.

20. Puedo saber que es lo que necesita mi bebé por la forma como actua.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
21. Se que hacer cuando mi bebé llora.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
22. Alimento a mi bebé para hacer que se duerma.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
23. Sí mi bebé llora, lo primero que hago es alimentarlo(a).	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
24. Me siento a gusto preguntar en el WIC sobre mi bebé.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
25. Recibo buenos consejos del WIC acerca de la alimentación de mi bebé.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
26. Sigo los consejos de alimentación infantil del WIC.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
27. Ejercicio 3 o más veces por semana.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
28. A mi me gusta asistir a las clases del WIC.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca

PARTE 4: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA AFIRMACIÓN.

29. Bebés menores de 3 meses necesitan estar activos.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
30. Los bebés necesitan ser grandes para estar saludables.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
31. Los bebés sueñan más que los adultos.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
32. Estoy feliz con mi peso actual.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
33. Los bebés tienen señales que les permitan expresar sus necesidades a sus padres.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
34. Estoy interesada(o) en aprender acerca del comportamiento de mi bebé.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
35. Cuando lloran los bebés pueden ser calmados con sonidos o movimientos repetitivos.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)

¡Gracias! ¡Por favor entrega esta encuesta y recibirá un boleto de rifa!