

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	N	IB	IF	IC		
Recert	BF Support		Not interested		Too difficult		Other children	
Reason for Decline:	Too busy	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/Islands 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

