

ENCUESTA PARA EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ

FOR STUDY USE ONLY:

Date:			Weeks Gestation:							
Appointment type:			FP:	P	IB	IF	IC	IT	Accept	Decline
Class	Voucher	BF Support								
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 esta esperando un bebé. 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. ¿Este es su primer bebé?	Sí		No				
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	Vietnemes	Otro
8. ¿ En qué país nació usted?(Marque con un círculo)				Estados Unidos	México	Otro _____	
9. ¿Cómo planea alimentar a su bebé ? (marque uno con un círculo)							
Sólo leche materna	Sólo fórmula	Ambos fórmula y leche materna	No estoy segura(o)	No aplica			
10. ¿Si usted planea alimentar al seno, a qué edad de su bebé usted piensa que dejará por completo de amamantar o dar leche materna? _____							
11. ¿Confia en que podra alimentar al seno a su bebé durante el tiempo que usted quiera?				Sí	No		
12. Si usted esta planeando dar a su bebé fórmula, ¿A qué edad del bebé será cuando inicie con la fórmula? (Por favor responda en días, semanas o meses lo que sea más sencillo)							
_____ Días	_____ Semanas	_____ Meses					
13. ¿A qué edad usted piensa que se les debería alimentar a los bebés con algo diferente a la fórmula o a la leche materna? _____							
14. ¿A su consideración, a qué edad los bebés ya deben permanecer dormidos toda la noche? _____							
15. ¿Su empleo actual es fuera de casa? (marque uno)				Sí	No		
				¿Si es sí, por cuantas horas por semana? _____			

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

16. ¿Trabjará después de que haya nacido su bebé?	Sí	No	¿Si es sí, a qué edad de su bebé espera usted ir a trabajar? _____
			¿Cuántas horas usted planea ir a trabajar? _____
17. ¿En los últimos 12 meses, cuántas veces usted ha visitado esta clínica del WIC? _____			
18. ¿En los últimos 6 meses, a cuántas clases del WIC ha asistido usted? _____			
19. ¿Has aprendido algo sobre el comportamiento de bebés por parte del WIC?	Sí		No
20. ¿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/guarderia)	Otro _____

PARTE 2: Por favor marque la mejor respuesta para cada afirmación.

21. Me siento confiada(o) en que sabre que es lo que necesitará mi bebé por la forma como actua.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
22. Me siento confiada(o) en que sabre que hacer cuando mi bebé llore.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
23. Alimentare a mi bebé para hacer que se duerma.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
24. Sí mi bebé llora, lo primero que haré es alimentarlo.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
25. Me siento a gusto preguntar en el WIC sobre mi bebé.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
26. Recibo buenos consejos del WIC.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
27. Seguiré los consejos de alimentacion infantil del WIC.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
28. Ejercicio 3 o más veces por semana.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
29. A mi me gusta asistir a las clases del WIC.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
30. Alimentaré más a mi bebé aun cuando ya este lleno.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca

PARTE 3: Por favor marque la mejor respuesta para cada afirmación.

31. Bebés menores de 3 meses necesitan estar activos.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
32. Los bebés necesitan ser grandes para estar saludables.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
33. Los bebés sueñan más que los adultos.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
34. La fórmula es tan buena como la leche materna.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
35. Me siento confiada(o) en que será posible alimentar al seno a mi bebé.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
36. Estoy feliz con mi peso actual.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
37. Los bebés tienen señales que les permitan expresar sus necesidades a sus padres.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
38. Confío en que sé cuanto alimentar a mi bebé.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
39. Estoy interesada(o) en aprender acerca del comportamiento de mi bebé.	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy segura(o)
40. 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!