MyMMMI Lactation- Consent

|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Espanol** |
| **This is the consent form for My Mother's Milk for Michigan Infant's Milk (MyMMMI) Lactation Coach Research Study**  | **Este es el Formulario de Consentimiento para el Estudio de Mother's Milk for Michigan Infant's Milk (MMMI) My Lactation Consultant**  |
| Q2 **Investigators:**  Primary Investigator: Anita Esquerra-Zwiers, Ph.D., RN Co-Investigator: Alyssa Cheadle, Ph.D. Student Researchers: S. Isabel Lopez, Delaney Wesolek, & Erin Matheny Hope College Nursing Dept., A. Paul Schaap Science Center 35 E 12th St Holland, MI. Holland, MI 49422-9000 Office: 616-395-7424 | Email: aezwiers@hope.edu  **Study Title:** My Mother's Milk for Michigan Infant's Milk (MyMMMI) Lactation Coach Research Study.  **Sponsor:** Hope College | Q2 **Investigadores:** Investigador principal: Anita Esquerra-Zwiers, Ph.D., RN Co-investigador: Alyssa Cheadle, Ph.D. Estudiantes Investigadoras: S. Isabel Lopez, Delaney Wesolek & Erin Matheny Departamento de Enfermería de Hope College, A. Paul Schaap Science Center 35 E 12th St Holland, MI. Holland, MI 49422-9000 Oficina: 616-395-7424 | Correo electrónico: aezwiers@hope.edu **Título del Estudio**: My Mother's Milk for Michigan Infants (MyMMMI) Lactation Coach Research Study **Patrocinador**: Hope College  |
| Q27 This consent form may contain words that you do not understand. Please contact the study staff to explain any words you do not clearly understand. Note that you will be referred to as a “participant” throughout the document.**Purpose of this study:**  **Participant Requirements:** Interested people should fill out the eligibility survey. Participants must be at least 18 years or older, and be pregnant, with one baby that will live after birth.Participants must **not** have the following conditions: History of breast reduction surgery, breast cancer, positive HIV/AIDS, and/or illicit illegal drug use.Participants will be removed from the program if they consume medications contraindicated during pregnancy and lactation (progestins, estrogens, bromocriptine, cabergoline, pseudoephedrine, testosterone, anti-estrogens, clomiphene), are in an unsafe living environment as deemed by the mandated reporter, become incarcerated, or develop health (severe pre-eclampsia) or safety risks.Participants will also be excluded if their infant has a chromosomal abnormality, cleft lip, cleft palate, choanal atresia, metabolic disorder, or apnea; is incompatible with life, born before 37 weeks gestation, stillborn, and hospitalized for an extended time (1 week or more) in the first 2 weeks of life. | Q27 Este formulario de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor contacte al personal del estudio para que se le explique cualquier palabra que no entienda claramente. Note que será referido como "participante” en este documento. **Propósito del estudio:**   **Requisito de los participantes:** Personas interesadas deben llenar la encuesta de elegibilidad. Las participantes deben tener al menos 18 años o mayor, estar embarazada, y tener planes de amamantar.  Los participantes **no** deben tener las siguientes condiciones: Historia de cirugía de reducción mamaria, cáncer de mama, VIH/SIDA positivo y/o consumo de drogas ilícitas. Los participantes serán eliminados del programa si consumen medicamentos contraindicados durante el embarazo y la lactancia (progestágenos, estrógenos, bromocriptina, cabergolina, pseudoefedrina, testosterona, antiestrógenos, clomifeno), se encuentran en un entorno de vida inseguro según lo considere el informante obligatorio, son encarcelados, o desarrollan riesgos para la salud (preeclampsia grave) o de seguridad. Los participantes también serán excluidos si su bebé tiene una anomalía cromosómica, labio hendido, paladar hendido, atresia coanal, trastorno metabólico, o apnea; es incompatible con la vida, nacido antes de las 37 semanas de gestación, mortinato o hospitalizado por un tiempo prolongado (1 semana o más) en las primeras 2 semanas de vida.  |
| Q3 **At this time, do you meet the participant requirements?**Yes (1)No (0) | Q3 **¿En este momento cumple con los requisitos de participación?** Sí (1)No (0) |
| Q6 **Description of the study and your involvement:** If a person decides to be in this research study, they will be asked to provide consent after reading this form and having all questions answered.Participants will be asked to Complete some questionnaires about their pregnancy, health, how they gave birth, infant health after birth, and feeding methods. Provide 14 ONE teaspoon (5 mLs) breast milk samples. The samples should be collected starting on your infant's day of birth until 14 days after birth. Store their breast milk in their freezer until the research team can pick it up.Use MyMMMI Data App to keep track of their breastfeeds and diaper changes. We will Assign participants to a Lactation Specialist. Analyze their breastmilk samples for sodium and potassium. Provide participants with a milk analysis report.Call participants weekly for the first 5 weeks after birth.  | Q6 **Descripción del estudio y su participación:** Si una persona decide participar en este estudio de investigación, se le pedirá que dé su consentimiento después de que se haya leído este formulario y haya respondido todas las preguntas.Se le Completar algunos cuestionarios sobre su embarazo, salud, cómo dieron a luz, salud del bebe después del nacimiento y métodos de alimentación. Proporcionar 14 muestras de UNA cucharadita (5 ml) de leche materna. Las muestras deben recolectarse desde el primer día de nacimiento de su bebé hasta 14 días después del nacimiento. Almacene su leche materna en su congelador hasta que se les recojan. Usar el MyMMMI Data App para monitorizar sus alimentaciones de pecho y cambios de pañal. Nosotros Se les asignará un especialista en lactancia. Analizaremos el sodio y el potasio de las muestras de leche materna. Proporcionaremos a los participantes un informe de análisis de leche. Llamarémos a los participantes semanalmente por las primeras 5 semanas después del nacimiento.  |
| Participants are asked to complete up to 10 surveys during the study.1 Survey about their pregnancy, breastfeeding attitudes, and physical, mental, and spiritual health before they give birth (approximately 25 minutes)1 Survey about their birth experience (approximately 10 minutes)Up to 5 Surveys about their breastfeeding experience the first 14 days after birth (approximately 1-4 minutes)3 Surveys about their breastfeeding attitudes, feeding behaviors, physical, mental, and spiritual health, and infant’s health (approximately 12 minutes) | Se pide a los participantes que completen hasta 10 encuestas durante el estudio.1 encuesta sobre su embarazo, actitudes sobre la lactancia, y la salud física, mental, y espiritual antes de dar a luz (unos 25 minutos)1 encuesta sobre su experiencia de nacimiento (unos 10 minutos)Hasta 5 encuestas sobre su experiencia de lactancia durante los primeros 14 días después del nacimiento de su bebe (unos 1-4 minutos)3 encuestas sobre sus actitudes sobre la lactancia, conducta de alimentación, salud física, mental, y espiritual, y la salud del bebe (unos 12 minutos) |
|  **At this time, are you willing you complete the surveys?**Yes (1) No (0)  | **En este momento, ¿está dispuesto a completar las encuestas?*** Sí (1)
* No (0)
 |
| The surveys about your breastfeeding experience will come to your phone. **At this time, are you willing you receive text messages to complete these surveys?** (Standard messaging and data rates may apply)Yes (1) No (0)  | Las encuestas sobre su experiencia de lactancia serán enviadas a su teléfono. En este momento, **¿está dispuesto a recibir mensajes de texto para completar estas encuestas?** (Pueden aplicar las tarifas de mensajes estándar y de datos)* Sí (1)
* No (0)
 |
| Q4 Participants must be willing to donate 14 samples of ONE teaspoon (5 mLs) of breast milk after they give birth. It's okay if you can't collect milk on some days.**At this time, are you willing to donate 14 breast milk samples?**Yes (1)No (0) | Q4 Los participantes deben estar dispuestos a donar 14 muestras de UNA cucharadita (5 mL) de leche materna después del nacimiento. Está bien sino puede recolectar leche algunosdías. **En este momento, ¿está dispuesto a donar 14 muestras de leche?**Sí (1)No (0) |
| Q24 **Would you be willing to have your milk samples donated for other studies?** We will not have any identifiable data connected with these future studies, so you will not receive the results.Yes (1)No (0) | Q24 **¿Estaría dispuesto a donar sus muestras de leche para otros estudios?** No tendremos ninguno de sus datos identificables conectados con estos estudios futuros, por lo que no recibirá los resultados.Sí (1)No (0) |
| Q23 Participants will be asked to let the research team post the sodium and potassium milk data to an online database for data sharing; no participant information will be attached to the sodium and potassium data. None of the participant’s data will be collected or shared.**At this time, are you okay with your data being shared?**Yes (1)No (0) | Q23 Se le pedirá a los participantes que permitan que el equipo de investigación publique los datos de sodio y potasio de la leche para compartir en una base de datos en línea; no se adjuntará información de los participantes a los datos de sodio y potasio. Ninguno de los datos del participante será recopilado o compartido.**En este momento, ¿está de acuerdo con que se compartan sus datos?**Sí (1)No (0) |
| Q27 **Data Sharing:** Participants will be asked to let the research team obtain health data from healthcare agencies. If you are enrolled in the **Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children**, we are asking you to give us consent to obtain health information about how long you breastfeed your infant. To do this we will need to provide them with your name and date of birth and the date of birth of your infant.**At this time, are you okay with us sharing your data to get your breastfeeding data?**Yes (1)No (2) | Q27 Recopilación de Datos: Se le pedirá a los participantes permiso para que el equipo de investigación obtenga información de salud de las agencias de salud. Si el participante está inscrito en **El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños** (WIC, por sus siglas en inglés), le pedimos que nos dé su consentimiento para obtener la información acerca de cuánto tiempo amamanta su bebé. Para que podamos hacer esto nosotros tendremos que darles su nombre y fecha de nacimiento y fecha de nacimiento de su bebé. **En este momento, ¿está bien si nosotros compartimos sus datos para obtener los datos de lactancia?**Sí (1)No (2) |
| Q28 **Risks and discomforts:** With the protections in place the risks of this study are very low and no greater than the risks encountered in daily life.Privacy: There is a low risk that personal information might be shared with someone outside the research team. To prevent personal information from being shared, the research team will follow all laws, such as giving participants a research number that will be kept away from names or any data that could be matched to the participants. The personal information connected to the participant is collected with the eligibility surveys. For this research study, we collected participant names-, home addresses-, email addresses-, and phone numbers. Participant names will only be on the informed consent. Only the study staff will know who is in this study and has access to the information and samples provided. All completed surveys and milk samples provided will have a de-identified research number. Your data will be saved indefinitely, but you may choose to have your data removed at any time or withdraw from the study. If you withdraw and the data are publicly available, we will not be able to get your data back but will not share data afterwards. The milk sodium and potassium data shared with the public but will not have any participant information attached to it. The research team will not share the identifying information with anyone. Participant identities will not be on any report, publication, or at scientific meetings. Participants will receive a report of their milk analyses by a researcher (Dr. Esquerra-Zwiers) not responsible for milk analyses.Emotional Risks: Some survey questions may cause the participant to get upset, feel anxious, or depressed. The participant may choose not to answer any question. At the end of each survey with sensitive questions, we will give the participant support numbers to call if they experience emotional trauma. Physical Risks: The research team will provide you with a manual breast pump to help with milk collection. There is a small risk of Nipple Trauma. To reduce nipple trauma, please follow the directions found with the manual breast pump. If the participant experiences any privacy, emotional, or physical harm, please contact the research team (mothersmilk@hope.edu) immediately. In the unlikely event that participants experience any injury or illness as a direct result of being in this research study, the research team will ask the participant to seek help from their doctor and notify the IRB board right away. The participant or their insurance will have to cover the cost of that treatment. | Q28 **Riesgos e incomodidades:** Con las protecciones implementadas, los riesgos de este estudio son muy bajos y no mayores que los riesgos que se encuentran en la vida diaria. Privacidad: Hay un riesgo bajo qué información personal sería compartida fuera del equipo de investigación. Para prevenir la revelación de información personal, el equipo de investigación respetará todos las leyes, tal como dar a los participantes un número del estudio que se mantenga separado de los nombres o algún dato que podría corresponder a los participantes. Se recoge la información personal relacionada con los participantes con las encuestas de elegibilidad. Para esta investigación, recopilamos nombres de los participantes, dirección, dirección de correo electrónico, y números de teléfono. Los nombres de los participantes solamente estarán en el consentimiento informado. Sólo el personal de la investigación sabrá quién está en el estudio y tendrá acceso a la información y las muestras provistas. Todas las encuestas completas y muestras de leche materna tendrán un número de investigación. Su información será guardada indefinidamente, pero puede elegir retirar su información de la investigación o retirarse del estudio. Si se retira del estudio y los datos ya son disponibles públicamente, no podríamos recuperar los datos ya publicados, pero no compartiremos sus datos después. La información de sodio y potasio de leche materna serían compartidos con el público, pero no tendrán ninguna información adjunta de los participantes. El equipo de investigación no compartirá información identificable con nadie. Las identidades de los participantes no estarán en ningún informe, publicación, o reunión científico. Los participantes recibirán un informe de sus análisis de leche por un investigador (Dra. Esquerra-Zwiers) no responsable de los análisis de leche. Riesgos Emocionales: Algunas de las preguntas de las encuestas podrían causar al participante sentirse molesto, ansioso, o deprimido. El participante puede escoger no responder cualquier pregunta. Al final de cada encuesta con preguntas sensibles, proporcionaremos al participante números de apoyo para llamar si experimentan trauma emocional.  Riesgos Físicos: El equipo de investigación le proporcionará con una bomba manual de pecho para ayudar con la recolección de leche. Hay un riesgo pequeño de trauma al pezón, por favor siga las instrucciones encontrado con la bomba de pecho manual. Si el participante experimenta algunos daños de privacidad, emociones, o un daño físico, por favor contacte el equipo de investigación (mothersmilk@hope.edu) inmediatamente. En el improbable caso de que los participantes sufran alguna lesión o enfermedad como resultado directo de su participación en este estudio de investigación, el equipo de investigación le pedirá al participante que busque la ayuda de su médico y notificará a la junta del IRB de inmediato. El participante o su seguro tendrán que cubrir el costo de ese tratamiento. |
| Q5 **Do you have any questions at this time?**Yes (1)No (0) | Q5 **¿Tiene algunas preguntas en este momento?**Sí (1)No (0) |
| Q7 **Benefits to you and others:** There is no research on sodium and potassium concentrations during the first 14 days with mothers who gave birth to term (>37 weeks) infants. There is no research on the benefits of this program on breastfeeding.The benefits participants will receive from participating include: A copy of their milk analysis results after completing the analyses. Free medical equipment: Haakaa (manual breast pump) and blood pressure monitorMilk collection containers Up to $50 in-store cards based on survey completion. If the participant needs access to a Wi-Fi router one will be loaned to the participant for 6 months.   **Costs:** There are no costs for participating in this study other than the time you will spend on the questionnaires and the milk collection.  **Alternatives:** The alternative is to not participate in the study. | Q7 **Beneficios para usted y para los demás:** No hay investigaciones sobre las concentraciones de sodio y potasio durante los primeros 14 días con madres que dieron a luz a bebés a término (>37 semanas). No hay investigación sobre los beneficios de este programa sobre los beneficios de la lactancia materna.Los beneficios que recibirán los participantes de participar incluyen: Una copia de su análisis de leche después de que se completan los análisis Equipamiento medical gratis: Haakaa (bomba extractora de leche manual) y monitor de prensión de sangre Recipientes para recolectar leche Hasta $50 en tarjetas basadas en compleción de encuestas. Si es necesario, acceso a un enrutador Wi-Fi durante 6 meses para su participación. **Costos:** No hay costos por participar en este estudio aparte del tiempo que dedicará a los cuestionarios y la recolección de leche. **Alternativas:** La alternativa es no participar en el estudio. |
| Q25 **Do you understand the benefits?**Yes (1)No (0) | Q25 **¿Entiende los beneficios?**Sí (1)No (0) |
| Q30 **Do you understand the costs?**Yes (1)No (0) | Q30 **¿Entiende los costos?**Sí (1) No (0) |
| Q29 **Do you understand the alternatives?**Yes (2)No (1) | Q29 **¿Entiende los alternativos?**Sí (2) No (1) |
| Q8 **Confidentiality/Privacy:** Data is collected only for research purposes. All data collected will be stored in a password-protected computer using password-protected spreadsheets stored in a locked office. De-identified participant research numbers will be attached to all research data. Information from the study and the consent form signed by the participant may be looked at or copied for research or legal purposes by Hope College. What we find from this study may be presented at meetings or published in papers, but participant names will never be used in these presentations or papers. The de-identified milk data will be posted to a human milk database for public access. No participant information will be accessible. The total number of anticipated participants from this study is 160. | Q8 **Confidencialidad/Privacidad:** Los datos se recopilan únicamente con fines de investigación. Todos los datos recopilados se almacenarán en una computadora protegida con contraseña utilizando hojas de cálculo protegidas con contraseña almacenadas en una oficina cerrada. Los números de investigación de los participantes no identificados se adjuntará a todos los datos de la investigación. Hope College puede consultar o copiar la información del estudio y el formulario de consentimiento firmado por el participante con fines de investigación o legales. Lo que encontremos en este estudio puede presentarse en reuniones o publicarse en documentos, pero los nombres de los participantes nunca se utilizarán en estas presentaciones o documentos. Los datos de la secuencia de bacterias de la leche anonimizadas se publicarán en una base de datos genómica microbiana para acceso público. No se podrá acceder a la información de los participantes. Ninguno de los datos de la secuencia genética del participante será recopilado o compartido. El número total de participantes anticipados de este estudio es de 160. |
| Q9 **Voluntary participation and withdrawal:** You do not have to participate in this study. If you choose to participate, you may stop at any time without penalty. You must notify the research team if you wish to participate no longer or want your data removed from the study. You may also choose not to answer questions in the study. Although you may choose not to answer any questions, parts of the data you provided may still be used in the study. | Q9 **Participación y retiro voluntario:** No es necesario que participe en este estudio. Si elige participar, puede detenerse en cualquier momento sin ninguna penalización. También puede optar por no responder a las preguntas que se hacen en el estudio. |
| Q15 I understand that I am free to withdraw at any time. **I understand that my participation is completely voluntary.**Yes (1)No (0) | Q15 Entiendo que soy libre de retirarme en cualquier momento. **Entiendo que mi participación es completamente voluntaria.**Sí (1)No (0) |
| Q10 **Questions:** Questions are encouraged. If there are any questions about this study, such as scientific issues or to report an injury, please contact one of the researchers. If you have general concerns about the study, such as how to participate in any part of the study, please contact the study staff at: mothersmilk@hope.edu. In the future, you may have questions about your participation in this study. If you have any questions, contact: Dr. Esquerra-Zwiers, Department of Nursing, Hope College, Holland, MI 49423, aezwiers@hope.edu .If you have any questions about your rights as a participant in this study, you may contact: the Chair of the Human Subjects Review Board, Hope College, Holland, MI 49422, Brian Rider, 616.395.6823, email hsrb@hope.edu | Q10 **Preguntas:** Se anima a hacer preguntas. Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, como cuestiones científicas o para informar una lesión, comuníquese con uno de los investigadores. Si tiene inquietudes generales sobre el estudio, por ejemplo, cómo participar en cualquier parte del estudio, comuníquese con el personal del estudio en: mothersmilk@hope.edu . En el futuro, es posible que tenga preguntas sobre su participación en este estudio. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: Dr. Esquerra-Zwiers, Department of Nursing, Hope College, Holland, MI 49423, aezwiers@hope.edu .Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, puede comunicarse con: el Presidente de la Junta de Revisión de Sujetos Humanos, Hope College, Holland, MI 49422, Brian Rider, 616.395.6823, correo electrónico hsrb@hope.edu |
| Q12 **I understand the information about this study.**Yes (1)No (0) | Q12 **Entiendo la información sobre este estudio.** Sí (1)No (0) |
| Q13 **Questions that I wanted to ask about the study have been answered.**Yes (1)No (2) | Q13 **Las preguntas que quería hacer sobre el estudio han sido respondidas.**Sí (1)No (2) |
| Q11 I understand that this study has been approved by the Hope College Human Subjects Review Board. I have been given the chance to read this consent form.Yes (1)No (0) | Q11 Entiendo que este estudio ha sido aprobado por la Junta de Revisión de Sujetos Humanos de Hope College. Se me ha dado la oportunidad de leer este formulario de consentimiento. Sí (1)No (0) |
| Q14 **I would like a copy of this consent form.**Yes (1) No (0) | Q14 **Me gustaría recibir una copia de este formulario de consentimiento.**Sí (1)No (0) |
| Q17 My signature below indicates that I am willing to participate in this study.  | Q17 Mi firma a continuación indica que estoy dispuesto a participar en este estudio. |
| Q18Thank you for reviewing the consent form. According to your responses, you have some additional questions.Someone from our team will reach out to you shortly. | Q18Gracias por revisar el formulario de consentimiento.Según sus respuestas, tiene algunas preguntas adicionales.Alguien de nuestro equipo se comunicará con usted en breve. |

**MyMMMI Lactation Baseline**

|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Espanol** |
| TXBL1 Thank you for participating in this project. Please remember to answer each question completely and honestly to the best of your ability. There are NO correct answers, and you may choose not to answer any question at any time. As a reminder, your responses are anonymous. We estimate the survey will take 25 minutes to complete. If you choose not to complete this survey you will be removing yourself from the study. If you have any questions please feel free to contact the research team at any time: mothersmilk@hope.edu or 616-395-7424. | TXBL1 Gracias por su participación en este estudio. Esta encuesta contiene preguntas acerca de usted y su bebé. Por favor, recuerde contestar cada pregunta completamente y con honestidad lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas, y puede elegir no responder a cualquier pregunta en cualquier momento. Como recordatorio, sus respuestas son anónimas. Estimamos que la encuesta no tardará más de 25 minutos en completarse.Si decide no completar esta encuesta, será retirada del estudio. Si tiene preguntas, por favor no dude en ponerse en contacto con un miembro del equipo de investigación en cualquier momento: mothersmilk@hope.edu or 616-395-7424. |
| **End of Block: Introduction****Start of Block: Demographics** |  |
| TXBL2 First, we want to know a little bit about your background. Remember, you can always choose not to answer any of the questions. | TXBL2 Primero queremos saber un poco sobre sus antecedentes y a lo que llamamos características demográficas. Recuerde que siempre puede optar por no contestar cualquiera de las preguntas. |
| M\_DOB What is your date of birth?  | M\_DOB ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (DD / MM / AAAA) |
| M\_Gender What is your gender?Female (1)Male (2)Prefer not to answer (3) | M\_Gender ¿Cuál es su género?Mujer (1)Hombre (2)Prefiero no resopnder (3) |
| M\_MarStatus What is your marital status? (select all that apply)Single (1)Married (2)Living with partner (3)Divorced (4)Separated (5)Widowed (6)Other (7) | M\_MarStatus ¿Cuál es su estado civil? (Seleccione todas las que apliquen a usted)Soltera (1)Casada (2)Viviendo con su pareja (3)Divorciada (4)Separada (5)Viuda (6)Otro (7) |
| Race\_Ethnicity What is your race/ethnicity? (select all that apply)White / Non-Hispanic (1)Black / African American (2)Hispanic / Latino (3)Asian (4)Native American or Alaska Native (5)Native Hawaiian or Pacific Islander (6)Other (7) | Race\_Ethnicity ¿Cuál es su etnia/raza? (Seleccione todas las que apliquen a usted)Blanca/No-Hispana (1)Negra (2)Hispana/Latina (3)Asiática (4)Nativa Americana (5)Hawaiana Nativa o Isleños del Pacífico (6)Otro (7) |
| Income What is your annual household income? $15,000 or less (1)$15,001-$24,999 (2)$25,000-$34,999 (3)$35,000-$49,999 (4)$50,000-$74,999 (5)$75,000-$99,999 (6)$100,000-$149,999 (7)$150,000-$199,999 (8)$200,000 or more (9) | Income ¿Cuál es su ingreso anual?$15,000 o menos (1)$15,001- $24,999 (2)$25,000- $34,999 (3)$ 35,000- $ 49,999 (4)$ 50,000- $ 74,999 (5)$ 75,000- $ 99,999 (6)$ 100,000- $ 149,999 (7)$ 150,000- $ 199,999 (8)$ 200,000 o más (9) |
| No\_Household How many people live in your home? (Include yourself)  | No\_Household ¿Cuántas personas viven en su casa? (incluyéndose a sí misma) |
| Insurance What type of insurance do you have? (Select all that apply) Private (1)Medicaid (2)Medicare (3)Health care exchange (4) | Insurance ¿Qué tipo de seguro tiene?Privado (1)Medicaid (2)Medicare (3)Intercambio de Atención Médica (Health care exchange) (4) |
| Education What is your highest level of education? Some high school (1)High school graduate / equivalent (2)Some college / Associate degree (3)Bachelor's degree (4)Graduate / professional degree (5) | Education ¿Cuál es su nivel más alto de educación?Alguna escuela secundaria (1)Escuela secundaria/equivalente (2)Alguna universidad (3)Graduada de la universidad (4)Título de posgrado (5) |
| Pre\_Employment What is your current employment status?Unemployed (1)Part-time (less than 30 hours a week) (2)Full-time (30 hours or more a week) (3) | Pre\_Employment ¿Cuál es su situación actual de empleo?Desempleado (1)Medio tiempo (30 horas o menos a la semana) (2)Tiempo completo (30 horas o más a la semana) (3) |
| Post\_EmploymentPlan What are your employment plans after the birth of your baby?Unemployed (1)Part-time (less than 30 hours a week) (2)Full-time (30 hours or more a week) (3) | Post\_EmploymentPlan ¿Cuál es su plan de empleo después del nacimiento del bebe?Desempleado (1)Medio tiempo (30 horas o menos a la semana) (2)Tiempo completo (30 horas o más a la semana) (3) |
| **End of Block: Demographics****Start of Block: Health History** |  |
| Health\_History\_Txt Please tell us a bit about your past medical history. Select any of the items listed below that you have had in your past. If you don't know the answer to the question please leave it blank. | Health\_History\_Txt Por favor, cuéntenos un poco sobre su historial médico pasado.Seleccione cualquiera de los elementos enumerados a continuación que haya tenido en el pasado. Si no sabe la respuesta a la pregunta, déjela en blanco.  |
| Neurological NeurologicalGeneral neurological problems (1)Epilepsy (2)Migraines (3)Stroke (4)Seizure (5)Headaches (6)None (7) | Neurological NeurologicoProblemas generales neurológicos (1)Epilepsia (2)Migrañas (3)Ataque Cerebrovascular (4)Convulsiónes (5)Jaqueca (6)Ninguna (7) |
| Psychosocial PsychosocialPostpartum depression (1)Inpatient psychiatric care (2)Depression (3)Domestic violence (4)Forced sex (5)Substance abuse (6)Post traumatic stress disorder (7)Mood disorder (8)Difficulty coping (9)None (10) | Psychosocial PsicosocialDepresión posparto (1)Internamiento psiquiátrico (2)Depresión (3)Violencia Domestica (4)Sexo forzado (5)Abuso de substancias (6)Trastorno de estrés postraumático (7)Trastorno de ánimo (8)Dificultad para resolver sus crisis (9)Ninguna (10) |
| Endocrine EndocrineThyroid disorder (1)Diabetes- pregnancy related (2)Diabetes- Type I treated with insulin (3)Diabetes- Type II treated with oral medications (4)Diabetes- Tyle II treated with insulin (5)Infertility (6)Polycystic ovarian syndrome (7)None (8)Other (9) | Endocrine EndocrinaTrastorno de la tiroides (1)Diabetes relacionada con el embarazo (2)Diabetes- Tipo I tratada con insulina (3)Diabetes- Tipo II tratada con medicinas orales (4)Diabetes- Tipo II tratada con insulina (5)Infertilidad (6)Síndrome de ovario poliquístico (7)Ninguna (8)Otro (9) |
| Respiratory RespiratoryTuberculosis (1)Asthma (2)Pneumonia (3)Pulmonary embolism (4)None (5)Other (6) | Respiratory RespiratorioTuberculosis (1)Asma (2)Neumonía (3)Embolia pulmonar (4)Ninguna (5)Otro (6) |
| Cardiovascular CardiovascularHypertension (1)Coronary artery disease (2)Mitral valve prolapse (3)Deep vein thrombosis (4)Irregular heartbeat (5)Rheumatic fever (6)Varicosities (7)Blood clot (8)None (9)Other (10) | Cardiovascular Cardiovascular Hipertensión (1)Enfermedad de la arteria coronaria (2)Prolapso de la válvula mitral (3)Trombosis venosa profunda (4)Latido del corazón irregular (5)Fiebre reumática (6)Varicosidades (7)Coágulo sanguíneo (8)Ninguna (9)Otro (10) |
| Blood\_Disorders Blood disordersBlood transfusion (received) (1)Excessive blood loss with previous pregnancy (8)Anemia (2)Rh incompatability (3)Sickle cell anemia (4)Thalassemia (5)Clotting disorder (6)None (7)Other (8) | Blood\_Disorders Trastornos de la sangreTransfusión de sangre (recibida) (1)Pérdida excesiva de sangre con embarazo anterior (8)Anemia (2)Incompatibilidad de Rh (3)Anemia falciforme (4)Talasemia (5)Trastorno de la coagulación (6)Ninguna (7)Otro (8) |
| Breast history Breast historyBreast cancer (1)Breast reduction (Please list type) (2) Breast augmentation (3)None (4)Other (5) | Breast history Historial de mamasCáncer de mama (1)Reducción de senos (indique el tipo) (2) Aumento de senos (3)Ninguna (4)Otro (5) |
| Genitourinary GenitourinaryFrequent urinary tract infecitons (1)Pyelonephritis (2)Abnormal uterus (3)Ectopic pregnancy (4)Kidney disease (5)None (6)Other (7) | Genitourinary GenitourinarioInfecciones frecuentes del tracto urinario (1)Pielonefritis (2)Útero anormal (3)Embarazo ectópico (4)Enfermedad del riñón (5)Ninguna (6)Otro (7) |
| Gastrointestinal GastrointestinalLiver disorder (1)Gastrointestinal disorder (List) (2) =Jaundice (3)None (4) | Gastrointestinal GastrointestinalTrastorno hepático (1)Trastorno gastrointestinal (enliste) (2) Ictericia (3)Ninguna (4) |
| Autoimmune AutoimmuneRheumatoid arthritis (1)Lupus (2)None (3)Other (4) | Autoimmune AutoinmuneArtritis Reumatoide (1)Lupus (2)Ninguna (3)Otro (4) |
| Infection InfectionHIV (1)Hepatitis (any) (2)Sexually transmitted infection (any) (3)MRSA (4)COVID-19None (0)Other (5) | Infection InfecciónVIH (1)Hepatitis (cualquiera) (2)Infección de transmisión sexual (cualquiera) (3)SARM (4)COVID-19Ninguna (0)Otro (5) |
| **End of Block: Health History****Start of Block: Pregnancy\_History** |  |
| Q116 The next set of questions is about your current pregnancy. | Q116 El siguiente conjunto de preguntas es sobre su embarazo actual. |
| Q113 Was this pregnancy planned? No (1)Yes (2) | Q113 ¿Este embarazo fue planeado?No (1)Sí (2) |
| EDD My current due date is: (Please choose a date) | Baseline\_GA Actualmente tengo \_\_\_ semanas de embarazo (gestación). (Por favor elige una fecha) |
| Baseline\_Weight My current height is: Feet (1) Inches (2) | Baseline\_Weight Actualmente mido:Pies (1) Pulgadas (2) |
| Pre-Preg\_Weight My pre-pregnancy weight was (estimate to the best of your ability):  | Pre-Preg\_Weight Mi peso antes del embarazo era (haga su mejor estimación): |
| Baseline\_Last\_Dr\_GA At my last doctor's appointment I was \_\_\_\_ weeks pregnant (estimate to the best of your ability):  | Baseline\_Last\_Dr\_GA En mi última cita médica tenía \_\_\_ semanas de embarazo (haga su mejor estimación): |
| Baseline\_Last\_Dr\_Wt My weight at my last doctor's appointment was \_\_ lbs (estimate to the best of your ability) | Baseline\_Last\_Dr\_Wt Mi peso en mi última cita médica era \_\_ lbs (haga su mejor estimación) |
| Q33 My pre-pregnancy bra size was (example ##AA): | Q33 Mi talla de brasier antes del embarazo era (ejemplo ##AA): |
| Q34 My current bra size is (example ##AA): | Q34 Mi talla de brasier actualmente (ejemplo ##AA): |
| **End of Block: Pregnancy\_History****Start of Block: PreviousPregnancy** |  |
| Q124 The following questions ask about your previous pregnancies if you have had more than one. | Q124 Las siguientes preguntas se refieren a sus embarazos anteriores si ha tenido más de uno. |
| Gravida How many pregnancies have you had? (Include this pregnancy) | Gravida ¿Cuántos embarazos ha tenido (incluyendo su embarazo actual)? |
| Para Of your past pregnancies, how many of your children are still living?  | Para De sus embarazos anteriores, ¿cuántos de sus hijos están vivos? |
| Q125 The following questions ask about your past breastfeeding experiences and current pregnancy. | Q125 Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias anteriores con la lactancia materna y su embarazo actual. |
| Experience\_BFing Have you breastfed another baby? No (1)Yes (2) | Experience\_BFing ¿Ha amamantado a otro bebe?No (1)Sí (2) |
| Q37 How long did you breastfeed during your last pregnancy? Less than 2 weeks (1)2 weeks (2)1 month (3)2-6 months (4)Greater than 6 months (5) | Q37 ¿Cuánto tiempo dio de amamantar en su último embarazo?Menos de 2 semanas (1)2 semanas (2)1 mes (3)2-6 meses (4)Más de 6 meses (5) |
| Q50 Please rate your feelings of the following statements.Strongly disagree (1)… Strongly agree (7)My previous experience with breastfeeding was painful. (1)My previous experience with breastfeeding was time consuming. (4)My previous experience with breastfeeding was difficult. (5)My previous breastfeeding milk supply was adequate to meet my baby’s needs. (6)My previous experience(s) with breastfeeding affected my decision to breastfeed this baby. (7)When I return to work, I am confident that I can continue to breastfeed. (8)I am open to Lactation Providers offering help with breastfeeding after my baby's born. (9) | Q50 Por favor evalue sus sentimientos hacia las siguientes oraciones.Fuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (7)Mi experiencia previa amamantado fue dolorosa. (1)Mi experiencia previa con la lactancia materna consumía mucho tiempo. (4)Mi experiencia previa con la lactancia materna fue difícil. (5)Mi suministro de leche de lactancia previa era adecuado para satisfacer las necesidades de mi bebé. (6)Mi experiencia previa con la lactancia materna afectaron mi decisión de amamantar a este bebé. (7)Cuando regrese al trabajo, estoy segura en que puedo seguir amamantando. (8)Estoy dispuesta a que los proveedores de lactancia ofrezcan ayuda con la lactancia después del nacimiento de mi bebé. (9) |
| **End of Block: PreviousPregnancy****Start of Block: Medications** |  |
| Q139 The following questions ask about the medications you may be taking. | Q139 Las siguientes preguntas se refieren a los medicamentos que puede estar tomando. |
| PNV\_YN I am currently taking prenatal vitamins. No (1)Yes (2) | PNV\_YN Actualmente estoy tomando vitaminas prenatalesNo (1)Sí (2) |
| O\_Meds\_YN I am currently taking other medicationsNo (1)Yes (2) | O\_Meds\_YN Actualmente estoy tomando otros medicamentosNo (1)Sí (2) |
| BP\_Rx\_YN I am taking medications to keep my blood pressure normal No (1)Yes (2)Unsure (7) | BP\_Rx\_YN Estoy tomando medicamentos para mantener mi presión arterial normalNo (1)Sí (2)No estoy seguro (7) |
| Rx\_List Please list the medications you are taking:  | Rx\_List Por favor enumere los medicamentos que está tomando: |
| Herbs\_YN I am taking herbal medicationsNo (1)Yes (2)Unsure (3) | Herbs\_YN Yo tomo medicamentos a base de hierbas:No (1)Sí (2)No estoy seguro (3) |
| List\_Herbs Please list the herbal medications you are taking:  | List\_Herbs Por favor enumere los medicamentos a base de hierbas que toma: |
| **End of Block: Medications****Start of Block: Substance Use** |  |
| Q138 The following questions ask about any non-prescribed substances you may be taking. | Q138 Las siguientes preguntas se refieren a cualquier sustancia no recetada que pueda estar tomando. |
| Tabacco\_YN Do you currently smoke cigarettes? No (1)Yes (2) | Tabacco\_YN ¿Actualmente consume cigarrillos?No (1)Sí (2) |
| Tabacco\_Amount How much? 0-4 cigarettes a day (1)5-9 cigarettes a day (2)10 or more cigarettes a day (3) | Tabacco\_Amount ¿Cuántos?0-4 cigarrillos al día (1)5-9 cigarrillos al día (2)10 o más cigarrillos al día (3) |
| ETOH\_YN During this pregnancy, do you consume alcohol?No (1)Yes (2) | ETOH\_YN Durante este embarazo, ¿consume/consumió alcohol?No (1)Sí (2) |
| ETOH\_Frequ How much? 0-2 drinks per day (1)3-4 drinks per day (2)5 or more drinks per day (3) | ETOH\_Frequ ¿Cuánto?0-2 bebidas al día (1)3-4 bebidas al día (2)5 o mas bebidas al día (3) |
| Q36 Do you currently consume or use illicit drugs such as marijuana, cocaine, heroin? No (1)Yes, marijuana (edibles, vaping, smoking, etc.) (2)Yes, cocaine. (4)Yes, heroin. (5)Yes, other (6)  | Q36 ¿Actualmente consume o usa drogas ilícitas como marihuana, cocaína, heroína?No (1)Sí, marhiuana (comestibles, vaporizando, fumando, etc.) (2)Sí, cocaína. (4)Sí, heroína. (5)Sí, otro (6) |
| Q123 The following questions ask about your religion and spirituality.We are interested in your spiritual beliefs and religious practices because they have affect health and wellbeing. We want to be sure that our questions cover most people’s beliefs and practices; please bear with us if you feel that certain questions don’t apply to your situation. | Q123 Las siguientes preguntas se refieren a su religión y espiritualidad. Estamos interesados en sus creencias espirituales y prácticas religiosas porque afectan la salud y el bienestar. Queremos estar seguros de que nuestras preguntas cubren las creencias y prácticas de la mayoría de las personas; tenga paciencia con nosotros si cree que ciertas preguntas no se aplican a su situación. |
| Q105 Do you currently identify with or belong to any particular religious group?None (1)Roman Catholic (2)Episcopalian, Anglican, Church of England (3)Protestant (e.g., Baptist, Lutheran, Methodist, Presbyterian) (4)Evangelical Christian (5)Other Christian (6) Shi’ite Muslim (7)Sunni Muslim (8)Jew (9)Hindu (10)Jain (11)Sikh (12)Buddhist (13)Other (14) Prefer not to answer (15) | Q105 ¿Se identifica o pertenece a cualquier grupo religioso particular?Ninguna religión (1)Católico Romano (2)Episcopal, Anglicano, Iglesia Anglicana (3)Protestante (e.g., Bautista, Luterana, Metodista, Presbiteriano) (4)Cristiano Evangélico (5)Otro Cristiano (6) Musulmán Chiíta (7)Musulmán Suní (8)Judio (9)Hindú (10)Jain (11)Sikh (12)Budista (13)Otro (14) Prefiero no contestar (15) |
| Q108 How often do you usually attend religious services?less than once a year (1)a few times a year (2)a few times a month (3)at least once a week (4)nearly every day (5)never (6)prefer not to answer (7) | Q108 ¿Con qué frecuencia usualmente atiende servicios religiosos?menos de una vez al año (1)algunas veces al año (2)algunas veces por mes (3)por lo menos una vez por semana (4)casi todos los días (5)nunca (6)prefiere no contestar (7) |
| Q109 How often do you pray privately, that is, alone in places other than at church, mosque, or synagogue?more than once a day (1)once a day (2)a few times a week (3)once a week (4)a few times a month (5)once a month (6)less than once a month (7)never (8) | Q109 ¿Con qué frecuencia ora o reza en privado en lugares que no sea la iglesia, sinagoga, mezquita, u otro lugar público de adoración?Más de una vez al día (1)Una vez al día (2)Algunas veces por semana (3)Una vez por semana (4)Algunas veces al mes (5)Una vez al mes (6)Menos de una vez al mes (7)Nunca (8)Prefiere no contestar (9) |
| Q110 To what extent do you consider yourself a religious person?very religious (1)moderately religious (2)slightly religious (3)not religious at all (4)prefer not to answer (5) | Q110 ¿Hasta qué grado se considera usted una persona religiosa?muy religiosa (1)levemente religiosa (2)un poco religiosa (3)no es religiosa para nada (4)prefiero no contestar (5) |
| Q111 To what extent do you consider yourself a spiritual person?very spiritual (1)moderately spiritual (2)slightly spiritual (3)not spiritual at all (4)prefer not to answer (5) | Q111 ¿Hasta qué grado se considera usted una persona espiritual?muy espiritual (1)levemente espiritual (2)un poco spiritual (3)no es espiritual para nada (4)prefiere no contestar (5) |
| Q112 People use different words to describe divinity, the transcendent, or God. For these next questions, think about what the divine or God means to you.Definitely not true (1)…. Prefer not to answer (6)I experience a divine or spiritual presence in my life. (1)I feel divine love for me, directly or through others. (2)I desire to be close to God or in union with the divine or another spiritual entity. (3)I feel that God or a divine entity or being knows when I need support. (4)I feel deep inner peace or harmony. (5)I feel that God or any divine being seems to have little or no interest in my personal affairs. (6)I find strength and comfort in religion or spirituality. (7)My spiritual or religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life. (8)I feel that God or a divine being is generally responsive to me (9)I am spiritually touched by the beauty of creation. (10) | Q112 La gente usa palabras diferentes para describir la divinidad, lo trascendente, o a Dios. Para las siguientes preguntas, piense en qué significa lo divino o Dios para usted.Definitivamente no es cierto (1)… Prefiero no contestar (6)Tengo una presencia divina o espiritual en mi vida. (1)Siento amor divino por mí, directamente o a través de otros. (2)Deseo estar cerca de Dios o en unión con lo divino o con alguna otra entidad espiritual. (3)Siento que Dios o una entidad divina o un ser divino sabe cuando necesito apoyo. (4)Siento una paz o armonía interna profunda. (5)Siento que Dios o algún ser divino parece tener poco o ningún interés en mis asuntos personales. (6)Encuentro fuerza y consuelo en la religión o espiritualidad. (7)Mis creencias espirituales o religiosas son lo que realmente está detrás de mi toma de la vida. (8)Siento que Dios o un ser divino es generalmente receptivo hacia mi. (9)Estoy espiritualmente conmovida por la belleza de la creación. (10) |
| **End of Block: Spirituality****Start of Block: Mental Health: EPDS** |  |
| Q140 The following questions ask about how you have been feeling in the past week, not just how you feel today. **In the past 7 days:** | Q140 Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido la semana pasada, no solo cómo se siente hoy. **En los últimos 7 días:** |
| Q51 I have been able to laugh and see the funny side of things.As much as I always could (1)Not quite so much now (2)Definitely not so much now (3)Not at all (4) | Q51 He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.Tanto como siempre he podido (1)No tanto ahora (2)Definitivamente mucho menos ahora (3)Para nada (4) |
| Q53 I have looked forward with enjoyment to things.As much as I ever did (1)Rather less than I used to (2)Definitely less than I used to (3)Hardly at all (4) | Q53 He mirado al futuro con placer para hacer cosas.Tanto como siempre he podido (1)Algo menos de lo que solía (2)Definitivamente menos de lo que solía (3)Casi nada (4) |
| Q54 I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.Yes, most of the time (1)Yes, some of the time (2)Not very often (3)No, never (4) | Q54 Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal…Sí, la mayor parte del tiempo (1)Sí, algunas veces (2)No muy a menudo (3)No, nunca (4) |
| Q55 I have been anxious or worried for no good reason.No, not at all (1)Hardly ever (2)Yes, sometimes (3)Yes, very often (4) | Q55 He estado ansiosa o preocupada por ninguna aparente razón.No, para nada (1)Casi nunca (2)Sí, a veces (3)Sí, muy a menudo (4) |
| Q56 I have felt scared or panicky for no very good reason.Yes, quite a lot (1)Yes, sometimes (2)No, not much (3)No, not at all (4) | Q56 He sentido miedo o pánico sin motivo.Sí, bastante (1)Sí, a veces (2)No, no mucho (3)No, para nada (4) |
| Q57 Things have been getting on top of me.Yes, most of the time I haven’t been able to cope at all (1)Yes, sometimes I haven’t been coping as well as usual (2)No, most of the time I have coped quite well (3)No, I have been coping as well as ever (4) | Q57 Las cosas me oprimen o agobian.Sí, la mayoría del tiempo no he podido sobrellevarlas (1)Sí, a veces no he podido sobrellevarlas como solía hacer antes (2)No, la mayoría del tiempo he podido sobrellevarlas bastante bien (3)No, he podido sobrellevarlas tan bien como siempre (4) |
| Q58 I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.Yes, most of the time (1)Yes, sometimes (2)Not very often (3)No, not at all (4) | Q58 Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir.Si, la mayoría del tiempo (1)Si, a veces (2)No muy a menudo (3)No, para nada (4) |
| Q59 I have felt sad or miserable.Yes, most of the time (1)Yes, quite often (2)Not very often (3)No, not at all (4) | Q59 Me he sentido triste o miserable.Si, la mayoría del tiempo (1)Si, bastante a menudo (2)No muy a menudo (3)No, para nada (4 |
| Q60 I have been so unhappy that I have been crying.Yes, most of the time (1)Yes, quite often (2)Only occasionally (3)No, never (4) | Q60 Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.Si, la mayoría del tiempo (1)Si, bastante a menudo (2)Solo ocasionalmente (3)No, Nunca (4) |
| Q61 The thought of harming myself has occurred to me.Yes, quite often (1)Sometimes (2)Hardly ever (3)Never (4) | Q61 He pensando en hacerme daño.Si, bastante a menudo (1)A veces (2)Casi nunca (3)Nunca (4) |
| **End of Block: Mental Health: EPDS****Start of Block: Mental Health: GAD-7** |  |
| Q141 **Over the last two weeks**, how often have you been bothered by the following problems?Not at all (1)… Nearly every day (4)Feeling nervous, anxious, or on edge. (4)Not being able to stop or control worrying. (5)Worrying too much about different things. (6)Trouble relaxing. (7)Being so restless that it is hard to sit still. (8)Becoming easily annoyed or irritable. (9)Feeling afraid, as if something awful might happen. (10) | Q141 **Durante las últimas dos semanas** , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?Para nada (1)… Casi todos losdías (4)Sentirse nervioso, ansioso o al límite. (4)No ser capaz de detener o controlar la preocupación. (5)Preocuparse demasiado por cosas diferentes. (6)Problemas para relajarse. (7)Estar tan inquieto que es difícil no moverse. (8)Molestarse o irritarse con facilidad. (9)Sentir miedo, como si algo terrible pudiera suceder. (10) |
| Q104 How difficult have any of these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?Not difficult at all (1)Somewhat difficult (2)Very difficult (3)Extremely difficult (4)I haven't experienced any of the problems above (5) | Q104 ¿Cuánto se le dificulta hacer su trabajo, ocuparse de las cosas de la casa o llevarse bien con otras personas?No es difícil en absoluto (1)Algo dificil (2)Muy dificil (3)Extremadamente difícil (4)No he tenido ninguno de estos problemas. (5) |
| **End of Block: Mental Health: GAD-7****Start of Block: Mental Health: PSS** |  |
| Q143 These questions ask you about your feelings and thoughts during the last month. In each case, you will be asked to indicate how often you felt or thought a certain way. | Q143 Estas preguntas le preguntan acerca de sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, se le pedirá que indique con qué frecuencia se sintió o pensó de cierta manera. |
| Q144 **In the last month**, how often have you:Never (1)… Very often (5)Been upset because of something that happened unexpectedly? (1)Felt that you were unable to control the important things in your life? (2)Felt nervous and “stressed”? (3)Felt confident about your ability to handle your personal problems? (4)Felt that things were going your way? (5)Found that you could not cope with all the things that you had to do? (6)Been able to control irritations in your life? (7)Felt that you were on top of things? (8)Been angered because of things that were outside of your control? (9)Felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them? (10) | Q144 **En el último mes** , ¿con qué frecuencia usted:Nunca (1)… Muy a menudo (5)¿Ha estado molesto por algo que sucedió inesperadamente? (1)¿Sintió que no podía controlar las cosas importantes en su vida? (2)¿Se sintió nervioso y “estresado”? (3)¿Se sintió seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales? (4)¿Sintió que las cosas iban a su manera? (5)¿Descubrió que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer? (6)¿Ha podido controlar las irritaciones en su vida? (7)¿Sintió que estaba al tanto de todo? (8)¿Se ha enfadado por cosas que estaban fuera de su control? (9)¿Sintió que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas? (10) |
| **End of Block: Mental Health: PSS** **Start of Block: Sleep: SQS** |  |
| Q145 The following question refers to your overall sleep quality for the majority of nights in the **past 7 days only**. | Q145 La siguiente pregunta se refiere a la calidad de sueño que tiene generalmente durante la mayoría de sus noches **en** sólo **los últimos 7 días.** |
| Q103 Please think about the quality of sleep overall, such as how many hours of sleep you got, how easily you fell asleep, how often you woke up earlier than you had to in the morning, and how refreshing your sleep was. 0 Terrible (1)… 10 Excellent (14)During the past 7 days, how would you rate your sleep quality overall? (1) | Q103 Piense en su calidad de sueño en general, como cuántas horas durmió, con qué facilidad se quedó dormida, con qué frecuencia se despertó durante la noche (excepto para ir al baño), con qué frecuencia se despertó por la mañana antes de que tenía que hacerlo, y que tan refrescante fue su sueño. 0 Terrible (1)… 10 Excelente (14)Durante los últimos 7 días, ¿cómo calificaría la calidad de su sueño en general? (1) |
| **End of Block: Sleep: SQS****Start of Block: Sleep: PSQI** |  |
| Q146 The following questions relate to your usual sleep habits during the past month only. Your answers should indicate the most accurate reply for the majority of days and nights in the past month.**During the past month,** | Q146 Las siguientes preguntas se relacionan con sus hábitos habituales de sueño durante el último mes solamente. Sus respuestas deben indicar la respuesta más precisa para la mayoría de los días y noches del último mes. **Durante el mes pasado,** |
| Q85 What time have you usually gone to bed at night? | Q85 ¿Cuál ha sido su hora normal de irse a la cama por la noche? [Ejemplo: 11:30 pm] |
| Q82 How long has it usually taken you to fall asleep each night? [minutes] | Q82 ¿Cuánto tiempo le ha tomado normalmente para dormirse cada noche? [minutos] |
| Q84 What time have you usually gotten up out of bed in the morning? [Example: 7:30 am] | Q84 ¿A qué hora se ha levantado de la cama normalmente por la mañana? [Ejemplo: 7:30 am] |
| Q83 How many hours of actual sleep did you get at night? This may be different than the number of hours you spent in bed. | Q83 ¿Cuántas horas durmió realmente por noche? Esto puede ser diferente del número de horas que pasó en la cama. |
| Q121 How often have you had trouble sleeping because you…not during the past month (1)… three or more times a week (4)Cannot get to sleep within 30 minutes? (1)Wake up in the middle of the night or early morning? (2)Have to get up to use the bathroom? (3)Cannot breathe comfortably? (4)Cough or snore loudly? (5)Feel too cold? (6)Feel too hot? (7)Have bad dreams? (8)Have pain? (9) | Q121 ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir porque…no durante el último mes (1)… tres o más veces a la semana (4)¿No puedes conciliar el sueño en 30 minutos? (1)¿Se despierta en medio de la noche o temprano en la mañana? (2)¿Tiene que levantarse para usar el baño? (3)¿No puede respirar cómodamente? (4)¿Tose o ronca fuerte? (5)¿Siente demasiado frío? (6)¿Se siente demasiado caliente? (7)¿Tiene malos sueños? (8)¿Tiene dolor? (9) |
| Q95 Have you had trouble sleeping for any other reasons?No (1)Yes (2) | Q95 Durante el mes pasado, ha tenido problemas para dormir por cualquier otra razón(es)?No (1)Sí (2) |
| Q97 Specify | Q97 Especifique |
| Q98 How often during the past month have you had trouble sleeping because of this?not during the past month (1)less than once a week (2)once or twice a week (3)three or more times a week (4) | Q98 ¿Con qué frecuencia durante el último mes ha tenido problemas para dormir debido a esto?Nunca durante el último mes (1)Menos de una vez por semana (2)Una o dos veces por semana (3)Tres o más veces por semana (4) |
| Q99 How would you rate your sleep quality overall? Would you say…Very good (1)Fairly good (2)Fairly bad (3)Very bad (4) | Q99 ¿Cómo evaluaría la calidad de su sueño en general? Diría...Muy buena (1)Más o menos buena (2)Más o menos mala (3)Muy mala (4) |
| Q100 How often have you taken medicine to help you sleep (prescribed or "over the counter")?not during the past month (1)less than once a week (2)once or twice a week (3) | Q100 ¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos para ayudarle a dormir (con o sin receta)?Nunca durante el último mes (1)Menos de una vez por semana (2)Una o dos veces por semana (3) |
| Q101 How often have you had trouble staying awake while driving, eating meals, or engaging in social activity? Would you say….not during the past month (1)less than once a week (2)once or twice a week (3)three or more times a week (4) | Q101 ¿Con qué frecuencia tuvo problemas para quedarse despierta mientras manejaba, comía o participaba en actividades sociales? Diría...Nunca durante el último mes (1)Menos de una vez por semana (2)Una o dos veces por semana (3)Tres o más veces por semana (4) |
| Q102 How much of a problem has it been for you to keep up enough enthusiasm to get things done? Would you say….No problem at all (1)Only a very slight problem (2)Somewhat of a problem (3)A very big problem (4) | Q102 ¿Qué tan difícil ha sido para usted mantener suficiente entusiasmo para hacer las cosas? Diría...Nada difícil (1)Un poco difícil (2)Algo difícil (3)Muy difícil (4) |
| **End of Block: Sleep: PSQI****Start of Block: Attitudes**  |  |
| Q117 The next set of questions is about your attitudes on breastfeeding and formula feeding. You can always choose not to answer. | Q117 El siguiente conjunto de preguntas es sobre sus actitudes sobre la lactancia materna y la alimentación con fórmula. Siempre puede optar por no contestar. |
| Please identify how you feel about the following statements using the following descriptions about breastfeeding.Extremely unlikely (1)… Extremely likely (24)Breastfeeding protects a baby against infection (1)Breastfeeding establishes a close bond between mother and baby (2)Breastfeeding is embarrassing for a mother (4)Breastfeeding is good for a mother's figure (5)Breastfeeding limits a mother's social life (6)Breastfeeding provides the best nourishment for a baby (7) | Q38 Por favor, identifique cómo se siente con respecto a las siguientes descripciones acerca del proceso de **amamantar**.Exremadamente improbable (1)… Extremadamente probable (24)Amamantar protege a los bebés contra las infecciones (1)Amamantar establece un vínculo entre la madre y el bebe (2)Amamantar es vergonzoso para una madre (4)Amamantar es bueno para la figura materna (5)Amamantar limita la vida social de la madre (6)Amamantar proporciona una mejor nutrición para el bebe (7) |
| Q39 Please identify how you feel about the following statements using the following descriptions about **formula-feeding**. Extremely unlikely (1)… Extremely likely (32)Formula-feeding is a very convenient way of feeding a baby (1)Formula-feeding makes it possible for a baby's father to be involved in the feeding (2)Formula-feeding is an expensive feeding method (3)Formula-feeding is a trouble-free feeding method (4)Formula-feeding allows one to see exactly how much milk a baby had (5)Formula-feeding provides incomplete nourishment for a baby (6) | Q39 Por favor, identifique cómo se siente con respecto a las siguientes descripciones acerca de **la alimentación con fórmula**.Extremadamente improbable (1)… Extremadamente probable (32)La alimentación con fórmula es una manera conveniente de alimentar a un bebe (1)La alimentación con fórmula hace posible que el padre del bebe se involucre con la alimentación del bebe (2)La alimentación con fórmula es un método caro de alimentación (3)Alimentación con fórmula es sin problemas (4)La alimentación con fórmula permite saber exactamente cuánto está consumiendo el bebe (5)La alimentación con fórmula no proporciona una nutrición completa para el bebe (6) |
| **End of Block: Attitudes** **Start of Block: Beliefs** |  |
| Q118 The next set of questions is about your beliefs on breastfeeding and formula feeding. You can always choose not to answer. | Q118 El siguiente conjunto de preguntas trata sobre sus creencias sobre la lactancia materna y la alimentación con fórmula. Siempre puede optar por no contestar. |
| Q40 Please identify your beliefs about the following statements using the following descriptions. Extremely bad (1)… Extremely good (5)Breastfeeding protects a baby against infection is (1)I believe breastfeeding is healthy for both me and my child is (2)Breastfeeding establishes a close bond between me and my baby is (3)Breastfeeding does not make me feel embarrassed is (4)Breastfeeding is good for a mother's figure is (5)Breastfeeding allows me to go out socially is (6)Breastfeeding provides a complete nutrition for my baby is (7) | Q40 Por favor, identifique sus creencias con respecto a las siguientes afirmaciones utilizando las siguientes descripciones. Extremadamente mal (1)… Extremadamente bueno (5)Amamantar protege al bebe contra infecciones es (1)Yo creo que amamantar es saludable para mi y para mi bebe es (2)Amamantar establece un vínculo fuerte entre mi bebe y yo es (3)Amamantar no me avergüenza es (4)Amamantar es bueno para la figura materna es (5)Amamantar me permite socializar fuera de casa es (6)Amamantar proporciona nutrición completa para mi bebe es (7) |
| Q41 Please identify your beliefs about the following statements using the descriptions.Extremely bad (1)… Extremely good (7)Formula-feeding is convenient is (1)Formula-feeding allows my baby's father to be involved in feeding is (2)Formula-feeding is expensive is (3)Formula-feeding is a trouble-free is (4)Formula-feeding allows me to exactly how much milk a baby has had is (5) | Q41 Por favor, identifique sus creencias con respecto a las siguientes afirmaciones utilizando las siguientes descripciones.Extremadamente malo (1)… Extremadamente bueno (23)La alimentación con fórmula es conveniente es (1)La alimentación con fórmula permite que el padre de mi bebe se involucre con la alimentación es (2)La alimentación con fórmula es caro es (3)La alimentación con fórmula es sin problemas (4)La alimentación con fórmula me permite saber exactamente cuánto consumió mi bebe es (5) |
| **End of Block: Beliefs** **Start of Block: Normative Beliefs** |  |
| Q119 The next set of questions is about the people who support you during your pregnancy and afterwards and how they feel about breastfeeding and formula. You can always choose not to answer. | Q119 El siguiente conjunto de preguntas es sobre las personas que la apoyan durante y después del embarazo y cómo se sienten acerca de la lactancia materna y la fórmula. Siempre puede optar por no contestar. |
| Q42 Please rate your feelings of the following statements regarding breastfeeding.Definitely should not (1)… Definitely should (5) ,Not applicable (0)The baby's father thinks that I...breastfeed. (1)My own mother thinks that I...breastfeed. (2)My closest female friend thinks that I...breastfeed. (3)My Lactation Provider thinks that I...breastfeed. (4)Most people that are important to me think I...breastfeed. (5)My doctor thinks that I...breastfeed. (6) | Q42 Por favor, califica tus sentimientos hacia de las siguientes afirmaciones acerca del proceso de amamantar. Definitivamente no debería (1)… Definitivamente debería (5), No aplica (0)El padre de mi bebe piensa que yo...amamentar. (1)Mi madre piensa que yo...amamentar. (2)Mi mejor amiga piensa que yo...amamentar. (3)Mi asesor/a médico/a piensa que yo...amamentar. (4)La mayoría de la gente que son importantes para mi piensa que yo...amamentar. (5)Mi doctor/a piensa que yo...amamentar. (6) |
| Q43 Please rate the degree to which you agree or disagree with the following statements. .Strongly disagree (1)…Strongly agree (5)It is expected of me to breastfeed. (1)Most people whose opinions I value would approve of me breastfeeding. (2)My own mother breastfed me. (3)I have received advice from my family and friends to breastfeed. (4)Most of my social media sites approve of me breastfeeding. (5)My employer provides resources for me to pump/breastfeed at work. (6) | Q43 Por favor califica cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmacionesFuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (5)Se espera de mí que amamante. (1)La mayoría de personas cuyas opiniones me importan estarían de acuerdo si decido amamantar. (2)Mi madre me dio de amamantar. (3)He recibido consejos de mi familia y amigos que amamante. (4)La mayoría de mis redes sociales aprueban que yo amamante. (5)Mi empleador/a me proporciona recursos para que pueda dar de amamantar en el trabajo (6) |
| Q44 Please rate your feelings of the following statements regarding formula-feeding. Definitely should not (28)… Definitely should (34)The baby's father thinks that I...formula feed. (1)My own mother thinks that I...formula feed. (2)My closest female friend thinks that I...formula feed. (3)My Lactation Provider thinks that I...formula feed. (4)The websites and social media I visit think that I...formula feed. (5) | Q44 Por favor, califica sus sentimientos hacia las siguientes afirmaciones acerca de la alimentación con fórmula. Definitivamente no debería (28)… Definitivamente debería (34)El padre de mi bebe piensa que yo...alimentar con fórmula (1)Mi madre piensa que yo...alimentar con fórmula. (2)Mi mejor amiga piensa que yo...alimentar con fórmula. (3)Mi asesor/a médico/a piensa que yo...alimentar con fórmula. (4)Mis redes sociales piensan que yo...alimentar con fórmula. (5) |
| Q45 Please rate your feelings of the following statements. Do not care at all (1)…. Care a great deal (6), Not Applicable (0)In general, how much do you care what the baby's father thinks you should do? (2)In general, how much do you care what your mother thinks you should do? (3)In general, how much do you care what your closest female friend thinks you should do? (4)In general, how much do you care what your Lactation Provider thinks you should do? (5)In general, how much do you care about the resources your employer provides to support your breastfeeding? (6)In general, how much do you care about what social media thinks you should do? (7) | Q45 Por favor, califica sus sentimientos hacia las siguientes afirmaciones.No es para nada importante (43)… Me importa muchísimo (42), No aplica (48)En general, ¿cuánto le importa lo que el padre del bebe piense de lo que usted debe hacer? (2)En general, ¿cuánto le importa lo que su madre piense de lo que usted debe hacer? (3)En general, ¿cuánto le importa lo que su mejor amiga piense de lo que usted debe hacer? (4)En general, ¿cuánto le importa lo que su asesor/a médico/a piense de lo que usted debe hacer? (5)En general, ¿cuánto le importa la cantidad de recursos y apoyo que su empleador/a le provea? (6)En general, ¿cuánto le importa lo que las redes sociales piensen de lo que usted debe hacer? (7) |
| Q46 Please identify the degree to which you will do the following. Extremely unlikely (1)… Extremely likely (7)I am planning to only formula-feed my baby (I will not breastfeed at all) (1)I plan to breastfeed. (2)I am planning to at least give breastfeeding a try. (3)I am planning to only breastfeed my baby (I will not formula-feed my baby at all). (4)When my baby is 1 month old, I will be breastfeeding without using any formula or other milk. (5)When my baby is 3 months old, I will be breastfeeding without using any formula or other milk. (6)When my baby is 6 months old, I will be breastfeeding without using any formula or other milk. (7) | Q46 Por favor identifique el grado en el que piensa que hará lo siguiente.Extremadamente improbable (1)… Extremadamente probable (7)Yo planeo alimentar a mi bebe con fórmula (no voy a amamantar para nada) (1)Yo planeo amamantar. (2)Yo planeo al menos dar un intento de amamantar. (3)Yo planeo solo amamantar a mi bebe (no usaré formula para nada). (4)Cuando mi bebe cumpla 1 mes, estaré amamantando sin usar fórmula o alguna otra leche. (5)Cuando mi bebe tenga 3 meses, estaré amamantando sin usar fórmula o alguna otra leche. (6)Cuando mi bebe cumpla 6 meses, estaré amamantando sin usar fórmula o alguna otra leche. (7) |
| Q47 Please identify the degree to which you agree or disagree with the following Strongly disagree (1)… Strongly agree (5)I feel I have control over my decision to feed my baby (PBC\_1) I feel I have the tools/resources to successfully breastfeed a baby (PBC\_2) I will be able to get enough help if I encounter breastfeeding problems (PBC\_3) I am confident that if I wanted to I could breastfeed (PBC\_4) If I try my best I can breastfeed for 1 month (PBC\_5) If I try my best I can breastfeed for 3 months (PBC\_6) If I try my best I can breastfeed for 6 months or more (PBC\_7) I am open to a lactation provider offering help with breastfeeding after my baby is born (PBC\_8)  | Q47 Por favor identifique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con lo siguienteFuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (5)Siento que tengo el control de la decisión acerca de la alimentación de mi bebe (PBC\_1) Siento que tengo los recursos para amamantar a mi bebe exitosamente (PBC\_2) Podre conseguir suficiente ayuda si encuentro problemas al amamantar (PBC\_3) Tengo plena confianza que si quisiera amamantar lo podría hacer (PBC\_4) Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 1 mes (PBC\_5) Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 3 mes (PBC\_6) Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 6 mes (PBC\_7) Estoy abierto a un proveedor de lactancia que me ofrezca ayuda con la lactancia después de que nazca mi bebé. (PBC\_8)  |
| Q48 The next set of questions is about how much control you feel about your choice to breast or formula feed. You can always choose not to answer.Strongly disagree (1)… Strongly agree (7)I feel I have control over my decision to feed my baby (1)I feel I have the tools/resources to successfully breastfeed a baby (2)If I try my best I can breastfeed for 1 month (3)If I try my best I can breastfeed for 3 months (4)If I try my best I can breastfeed for 6 months or more (5)I will be able to get enough help if I encounter breastfeeding problems (6)I am confident that if I wanted to I could breastfeed (7)I am open to a lactation provider offering help with breastfeeding after my baby is born (8) | Q48 Por favor identifique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente. Puede escoger no responder.Fuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (7)Siento que tengo el control de la decisión acerca de la alimentación de mi bebe (1)Siento que tengo los recursos para amamantar a mi bebe exitosamente (2)Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 1 mes (3)Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 3 mes (4)Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 6 mes (5)Podre conseguir suficiente ayuda si encuentro problemas al amamantar (6)Tengo plena confianza que si quisiera amamantar lo podría hacer (7)Estoy abierto a un proveedor de lactancia que me ofrezca ayuda con la lactancia después de que nazca mi bebé. (8) |
| **End of Block: Perceived Control** **Start of Block: Block 18** |  |
| Q147 Please select the arrow on the right to fully complete this survey. | Q147 Please select the arrow on the right to fully complete this survey. |
| **End of Block: Block 18** |  |

**MyMMMI Lactation Birth**

|  |  |
| --- | --- |
| English | Espanol |
| Q1 Congratulations on the birth of your new baby! *If you have not given birth please do NOT complete this survey.*Please remember to answer each question completely and honestly to the best of your ability. Some questions are about your last visit to your baby’s doctor. **There are NO correct answers, and you may choose not to answer any question at any time.** We estimate the survey will take **10 minutes** to complete.  Before you begin answering these questions, you will want to grab your Mom and Baby Health Card and the Blood Pressure Monitor that we sent you in your Study Kit.If you choose not to complete this survey, you will remove yourself from the study. If you have any questions, please contact the research team Monday-Friday from 8:00-4:00 pm at**616-395-7424** or **mothersmilk@hope.edu.** This study has been approved by the Hope College Human Subjects Review Board. | Q1 ¡Felicitaciones por el nacimiento de su nuevo bebé! Si no ha dado luz por favor NO complete esta encuesta. Recuerde responder cada pregunta de manera completa y honesta lo mejor que pueda. **NO hay respuestas correctas y puede optar por no responder ninguna pregunta en cualquier momento.** Estimamos que la encuesta tardará **10 minutos** en completarse. Antes de comenzar a responder estas preguntas, querrá tomar su Tarjeta de Salud para Mamá y Bebé y el Monitor de Presión Arterial que le enviamos en su Kit de Estudio.   Si elige no completar esta encuesta, se retirará del estudio. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con el equipo de investigación de lunes a viernes de 8:00 a 4:00 pm al **616-395-7424** o **mothersmilk@hope.edu.** Este estudio ha sido aprobado por la Junta de Revisión de Sujetos Humanos de Hope College. |
| **End of Block: Default Question Block****Start of Block: Infant Health** |  |
| TB1 **Tell us a little about your baby.** | TB1 **Cuéntanos un poco sobre su bebé.** |
| DOB You gave birth on (Please choose a date):  | DOB Dio a luz el (elija una fecha):  |
| Sex Your baby's sex:Male (1)Female (2) | Sex El sexo de mi bebé es:Niño (1)Niña (2) |
| Birth\_GAYour baby was born at \_\_ weeks and \_\_days gestation: Weeks (1) Days (2)  | Birth\_GAMi bebé nació a las \_\_ semanas y \_\_ días de gestación:Semanas (1) Días (2)  |
| Birthweight Your baby’s birth weight was:Ibs (1) oz (2)  | Birthweight El peso al nacer de mi bebé fue:lbs (1) oz (2)  |
| Birth\_Length Your baby’s length was (inches): | Birth\_Length Su bebé midió (pulgadas): |
| Infant\_Healthy The baby’s doctor/nurse told you your baby was healthy.No (1)Yes (2) | Infant\_Healthy El médico/enfermera del bebé me dijo que mi bebé está sano.No (1)Sí (2) |
| InfantHealth\_Comment Please describe your baby’s health: | InfantHealth\_Comment Describa la salud de su bebé: |
| Tongue\_Tie The baby’s doctor/nurse told you your baby is lip tied or tongue tied.No (1)Yes (2) | Tongue\_Tie El médico/enfermera del bebé me dijo que mi bebé tiene los labios o la lengua atados.No (1)Sí (2) |
| Q79 What has been done about your baby's tongue tie?Nothing (1)Released (2)Other (3)  | Q79 ¿Qué se ha hecho al respecto de la lengua o los labios de su bebé?Nada (1)Liberado (2)Otro (3)  |
| TB2 **Maternal Health and Birth Information**Tell us a little about your health and birth experience. | TB2 **Salud Maternal y Información sobre Nacimiento** Cuéntenos sobre su experiencia de parto y salud actual. |
| Birth\_Type You gave birth viaVaginal birth (1)Cesarean section (2) | Birth\_Type Dio a luz a través deParto vaginal (1)Cesárea (2) |
| Q77 Did you loose a lot of blood during my baby's birth?No (1)Yes (2) | Q77 ¿Perdió mucha sangre durante el nacimiento de su bebé?No (1)Sí (2) |
|  Q80 Did you receive a blood transfusion?No (1)Yes (2) | Q80 ¿Recibió una transfusión de sangre?No (1)Sí (2) |
| Q78 Did you have any other problems during your birth?No (1)Yes (Please describe) (2) | Q78 ¿Tuvo algún otro problema durante el parto?No (1)Sí (Por favor describa) (2)  |
| D10\_M\_Weight Your weight at your doctor’s appointment was before you gave birth (estimate to the best of your ability):pounds (1) | D10\_M\_Weight Su peso en su última cita con el médico antes del parto fue (estime lo mejor que pueda):libras (1) |
| PHI\_D10\_YN Did you develop high blood pressure (hypertension) near the birth of your baby.No (1)Yes (2)Unsure (3) | PHI\_D10\_YN ¿Desarrolló presión arterial alta (hipertensión) cerca del nacimiento de su bebé?No (1)Sí (2)Inseguro (3) |
| Q75 Using the blood pressure monitor you received. Please record your current blood pressure.Systolic [Top number] (1) Diastolic [Bottom number] (2) | Q75 Usando el monitor de presión arterial que recibió. Registre su presión arterial actual.Sistólica [Número superior] (1) Diastólica [Número inferior] (2) |
| Q76 Please rate the degree to which you agree or disagree with the following statements.Strongly disagree (1)… Strongly agree (7)During my pregnancy my bra cup size increased. (1)During the last few weeks my bra cup size increased. (2) | Q76 Por favor califique el grado en que está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.Muy en desacuerdo (1)… Totalmente de acuerdo (7) Durante mi embarazo el tamaño de la copa de mi sostén aumentó. (1)Durante las últimas semanas, la talla de la copa de mi sostén aumentó. (2) |
| Q19 **Medications** Please tell us about any medications you are taking. | Q19 **Medicamentos** Por favor cuéntenos sobre algunos medicamentos que está tomando. |
| PNV\_D10\_YN Are you currently taking prenatal vitamins?No (1)Yes (2) | PNV\_D10\_YN ¿Actualmente está tomando vitaminas prenatales?No (1)Sí (2) |
| RX\_D10\_YN Are you taking other medications?No (1)Yes (2) | RX\_D10\_YN ¿Está tomando otros medicamentos?No (1)Sí (2) |
| BP\_RX\_D10\_YN Are you taking medications to keep you blood pressure normal?No (1)Yes (2)Unsure (7) | BP\_RX\_D10\_YN ¿Está tomando medicamentos para mantener su presión arterial normal?No (1)Sí (2)Inseguro (7) |
| DM\_RX\_D10\_YN Are you taking medications to keep your blood sugar normal?No (1)Yes (2)Unsure (3) | DM\_RX\_D10\_YN ¿Está tomando medicamentos para mantener su azúcar de la sangre normal?No (1)Sí (2)Inseguro (3) |
| RX\_D10\_List Please list the medications you are taking:  | RX\_D10\_List Enumere los medicamentos que está tomando: |
| Herbs\_D10\_YN Are you taking herbal medications?No (1)Yes (2)Unsure (3) | Herbs\_D10\_YN ¿Está tomando medicamentos a base de hierbas?No (1)Sí (2)Inseguro (3) |
| Herbs\_D10\_List Please list the herbal medications you are taking:  | Herbs\_D10\_List Enumere los medicamentos a base de hierbas que está tomando: |
| RX\_Labor Were you treated with any of the following medications during the birth of you baby?Yes (1), No (2) , Unsure (3)Epidural/Spinal (1)Pitocin (2)Pain medications (3)Antihypertensives such as magnesium sulfate, labetalol, or procardia (4) | RX\_Labor ¿Estaba tratado con alguno de los siguientes medicamentos durante el nacimiento de su bebé?No (1), Sí (2), Inseguro (3)Epidural (1)Pitocina (2)Medicamentos para el dolor (3)Antihipertensivos como sulfato de magnesio, labetalol o procardia (4) |
| Q81 The following questions ask about any non-prescribed substances you may be taking. | Q81 Las siguientes preguntas se refieren a cualquier sustancia no recetada que pueda estar tomando. |
|  Tabacco\_YN\_D10 Do you currently smoke cigarettes? No (1)Yes (2) | Tabacco\_YN\_D10 ¿Actualmente fuma cigarrillos?No (1)Sí (2) |
| Tabacco\_Frequ\_D10 How much? 0-4 cigarettes a day (1)5-9 cigarettes a day (2)10 or more cigarettes a day (3) | Tabacco\_Frequ\_D10 ¿Cuánto?0-4 cigarrillos al día (1)5-9 cigarrillos al día (2)10 o más cigarrillos al día (3) |
| ETOH\_YN\_D10 Do you currently consume alcohol?No (1)Yes (2) | ETOH\_YN\_D10 ¿Actualmente consume alcohol?No (1)Sí (2) |
| ETOH\_Frequ\_D10 How much? 0-2 drinks per day (1)3-4 drinks per day (2)5 or more drinks per day (3) | ETOH\_Frequ\_D10 ¿Cuánto?0-2 bebidas al día (1)3-4 bebidas al día (2)5 o más bebidas al día (3) |
| Q74 Do you currently consume or use illicit drugs such as marijuana, cocaine, or heroin?No (1)Yes (2) | Q74 Actualmente consume o hace uso de sustancias ilícitas como marijuana, cocaina, o heroina?No (1)Sí (2) |
| Q84 Please select the arrow at the end of this screen to submit your survey response. | Q84 Por favor seleccione la flecha a la derecha para completar esta encuesta |

**MyMMMI Lactation Secretory Activation 1-5 (Distributed every 3 days after birth)**

|  |  |
| --- | --- |
| IntroductionCongratulations on the birth of your new baby!  Please remember to answer each question completely and honestly to the best of your ability. There are NO correct answers, and you may choose not to answer any question at any time. We estimate the survey will take 1-4 minutes to complete. If you choose not to complete this survey, you will not be eligible for these survey incentives.  If you have any questions, please feel free to contact the research team Monday-Friday from 8:00-4:00 pm at 616-395-7424 or mothersmilk@hope.edu. | Introduction ¡Felicidades por el nacimiento de su nuevo bebé! Recuerde responder cada pregunta de manera completa y honesta lo mejor que pueda. NO hay respuestas correctas, y puede optar por no responder ninguna pregunta en cualquier momento. Estimamos que la encuesta tardará de 1 a 4 minutos en completarse. Si elige no completar esta encuesta, no será elegible para estos incentivos de la encuesta.  Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el equipo de investigación de lunes a viernes de 8:00 pm a 4:00 pm al 616-395-7424 o mothersmilk@hope.edu. |
| BF\_YN\_SA1 I am still breastfeeding my baby.No (1)Yes (0) | BF\_YN\_SA1 Todavía sigo amamantando a mi bebe.No (1)Sí (0) |
| Q5 My milk has/did come in.No (1)Yes (0) | Q5 Mi leche ya bajó.No (1)Sí (0) |
| Q7 I am using a nipple shield. No (1)Yes (2) | Q7 Utilizo un protector de pezón.No (1)Sí (0) |
| Q8 Please identify the level of hunger of your baby after breastfeeding.Never (1)… Always (5)My baby shows signs of hunger after breastfeeding. (1) | Q8 Por favor identifique el nivel de hambre que su bebe tiene después de ser amamantado.Nunca (1)...Siempre (5)Mi bebe muestra señales de hambre después de ser amamantado. (1) |
| Q4 Please rate the degree to which you agree or disagree with the following statements regarding you, your baby, and feedings.Strongly disagree (1)...Strongly agree (7)I believe I have enough milk to satisfy my baby. (1) My baby generally appears satisfied after feedings (2) My breast milk is all the nutrition my baby needs to thrive. (3)  | Q4 Por favorcalifique cuánto estáusted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones en cuanto a usted, su bebe, y amamantar.Fuertemente en desacuerdo (1)...Fuertemente de acuerdo (7)Yo creo que tengo leche suficiente para satisfacer a mi bebé. (1) Generalmente mi bebé parece estar satisfecho/a después de amamantar. (2) Mi leche materna es toda la nutrición que mi bebé necesita para seguir saludable. (3)  |
| Q6 Please identify the degree of difficulty you have ran into while breastfeeding.Does not describe me (1)...Describes me extremely well (5)I am having problems making enough milk for my baby (1) I am having problems with my baby not getting enough milk; he/she does not seem satisfied. (2) I am having problems with my baby latching on. (3)  | Q6 Por favor identifica el grado de dificultad que ha encontrado al amamantar.No me describe (1)...Me describe muy bien (5)Tengo problemas produciendo suficiente leche para mi bebé. (1) Mi bebé no está recibiendo leche suficiente, porque no se le nota satisfecho/a al terminar de amamantar. (2) Tengo problemas para hacer que mi bebé se enganche. (3)  |
| Q12 Please describe any additional problems or concerns you have had about feeding your baby, including breastfeeding problems, concerns, or discomforts.  | Q12 Por favor describa algún otro problema o inquietud que tenga acerca de amamantar a su bebe, incluyendo problemas con amamantar, inquietudes, y malestar. |
| Q14 I stopped breastfeeding on (If you can't remember the exact date when you stopped breastfeeding, please choose the closest date” | Q14 Dejé de amamantar el (si no recuerda la fecha exacta en que dejó de amamantar, elija la fecha más cercana). |
| PIMS\_4\_12 Please rate the degree to which describes you and breastfeeding your baby. Does not describe me (1)....Describes me extremely well (5)I could not produce enough milk for my baby. (1) My baby was not getting enough to eat. (2) Breastfeeding was too painful. (9) My baby would not latch on. (10) I had to return to work. (11) My pediatrician recommended formula. (3) My obstetrician recommended formula. (4) The medications I am taking are not safe for breastfeeding. (5) I have a medical condition that prevents me from breastfeeding. (7)  | Q16 Por favor califique el grado en el cual se describe su decisión de dejar de amamantar a su bebe.Paré de amamantar porque no pude producir suficiente leche para mi bebe. (1) Paré de amamantar porque mi bebe no estaba recibiendo alimentación suficiente. (2) La lactancia era demasiado dolorosa. (9) Mi bebé no se prende. (10) Tuve que volver al trabajo. (11) Mi pediatra me recomendó utilizar fórmula (3) Mi obstetra me recomendó utilizar fórmula. (4) Los medicamentos que estoy tomando no son seguros para amamantar. (5) Tengo una condición médica que me impide amamantar. (7)  |
| Q18 Please describe any additional problems or concerns that contributed to your decision to stop breastfeeding.  | Q18 Por favor describa algún otro problema o inquietud que tenga acerca de amamantar a su bebé. |
| Q12 Please select the arrow at the end of this screen to submit your survey response. | Q12 Por favor seleccione la flecha a la derecha para completar esta encuesta. |
| Supplement\_Type Has your infant received any of the following?Formula (1)Someone else's milk (2)Food (3)Other (4) None, my infant has only had my milk. (5) | Supplement\_Type ¿Ha recibido su bebé alguno de los siguientes?Fórmula (1)La leche de otra persona (2)Alimento (3)Otro (4) Ninguna, mi bebé solo ha tomado mi leche. (5) |
| Supplement\_StartDate When did you start supplementing? (Please choose a date)  | Supplement\_StartDate ¿Cuándo empezaste a suplementarte? (Por favor elige una fecha) |
| BF\_Percent What percentage of your infant's intake (milk and food) is your milk only? | BF\_Percent ¿Qué porcentaje de la ingesta de su bebé (leche y comida) es sólo su leche? |
| BF\_Problems\_List Please describe any additional problems or concerns that contributed to your decision to stop breastfeeding.  | BF\_Problems\_List Por favor describa algún otro problema o inquietud que tenga acerca de amamantar a su bebé. |
| BF\_StopDate I stopped breastfeeding on (If you can't remember the exact date when you stopped breastfeeding, please choose the closest date).  | BF\_StopDate Dejé de amamantar el (si no recuerda la fecha exacta en que dejó de amamantar, elija la fecha más cercana). |

**MyMMMI Lactation Health and Lactation 1-, 3-, and 6-month**

|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Espanol** |
| IntroductionThank you for your ongoing participation in the study. Before you begin answering these questions, you will want to grab you Mom and Baby Health Card and the Blood Pressure Monitor that we sent you in your Study Kit. Please remember to answer each question completely and honestly to the best of your ability. **There are NO correct answers, and you may choose not to answer any question at any time.**We estimate the survey will take 10 minutes to complete. If you choose not to complete this survey, you will not be eligible for these survey incentives.  If you have any questions, please feel free to contact the research team Monday-Friday from 8:00-4:00 pm at **616-395-7424 or** **mothersmilk@hope.edu.** | IntroductionGracias por su continua participación en el estudio. Antes de comenzar a responder estas preguntas, querrá obtener su tarjeta de salud para Mamá y Bebé y el Monitor de Presión Arterial que le enviamos en su Kit de Estudio. Recuerde responder cada pregunta de manera completa y honesta lo mejor que pueda. **NO hay respuestas correctas, y puede optar por no responder ninguna pregunta en cualquier momento.**  Estimamos que le tomará 10 minutos completar la encuesta. Si elige no completar esta encuesta, no será elegible para estos incentivos de la encuesta.  Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el equipo de investigación de lunes a viernes de 8:00 p. m. a 4:00 p. m. al **616-395-7424** o **mothersmilk@hope.edu** |
| **End of Block: Default Question Block****Start of Block: Breastfeeding Behaviors** |  |
| Q94 Please take a moment to share with us your breastfeeding/lactation history. | Q94 Tómese un momento para compartir con nosotros su historial de lactancia/lactancia. |
| Q18 Are you still breastfeeding/lactating/pumping?No (1)Yes (2) | Q18 ¿Sigue lactando?No (1)Sí (2) |
| Q19 I stopped lactating on (or near) | Q19 Dejé de amamantar en (o cerca) |
| Q104 Has your infant received any of the following?Formula (1)Someone else's milk (2)Food (3)Other (4) None, my infant has only had my milk. (5) | Q104 ¿Ha recibido su bebé alguno de los siguientes?Fórmula (1)La leche de otra persona (2)Alimento (3)Otro (4) Ninguna, mi bebé solo ha tomado mi leche. (5) |
| Q105 When did you start supplementing? (Please choose a date)  | Q105 ¿Cuándo empezaste a suplementarte? (Por favor elige una fecha) |
| Q106 What percentage of your infant's intake (milk and food) is your milk only? | Q106 ¿Qué porcentaje de la ingesta de su bebé (leche y comida) es sólo su leche? |
| **End of Block: Breastfeeding (BF) Behaviors****Start of Block: Perceived Insufficient Milk Supply (PIMS)** |  |
| Q21 Identify your level of agreement with the following statements. Strongly disagree (1)...Strongly agree (7)I believe I have enough milk to satisfy my baby. (PIMS\_1) My baby generally appears satisfied after feedings (PIMS\_2) My breast milk is all the nutrition my baby needs to thrive. (PIMS\_3)  | Q21 Haga clic para escribir el texto de la preguntaMuy en desacuerdo (1)...Totalmente de acuerdo (7)Yo creo que tengo leche suficiente para satisfacer a mi bebé. (PIMS\_1) Generalmente mi bebé parece estar satisfecho/a después de amamantar. (PIMS\_2) Mi leche materna es toda la nutrición que mi bebé necesita para seguir saludable. (PIMS\_3)  |
| PIMS\_13 Please identify the level of hunger of your baby after breastfeeding.Never (1),...(Always (5)My baby shows signs of hunger after breastfeeding. (1) | PIMS\_13 Por favor identifique el nivel de hambre que su bebe tiene después de ser amamantado.Nunca (1),...Siempre (5)Mi bebe muestra señales de hambre después de ser amamantado. (1) |
| PIMS\_4\_12 Please rate the degree to which describes you breastfeeding your baby. Does not describe me (1),...Describes me extremely well (5)I could not produce enough milk for my baby. (PIMS\_4) My baby was not getting enough to eat. (PIMS\_5) Breastfeeding was too painful. (PIMS\_6) My baby would not latch on. (PIMS\_7) I had to return to work. (PIMS\_8) My pediatrician recommended formula. (PIMS\_9) My obstetrician recommended formula. (PIMS\_10) The medications I am taking are not safe for breastfeeding. (PIMS\_11) I have a medical condition that prevents me from breastfeeding. (PIMS\_12)  | PIMS\_4\_12 Por favor califique el grado en el cual se describe y de amamantar a su bebe.No me describe (1,...Me describe muy bien (5)Paré de amamantar porque no pude producir suficiente leche para mi bebe. (PIMS\_4) Paré de amamantar porque mi bebe no estaba recibiendo alimentación suficiente. (PIMS\_5) La lactancia era demasiado dolorosa. (PIMS\_6) Mi bebé no se prende. (PIMS\_7) Tuve que volver al trabajo. (PIMS\_8) Mi pediatra me recomendó utilizar fórmula (PIMS\_9) Mi obstetra me recomendó utilizar fórmula. (PIMS\_10) Los medicamentos que estoy tomando no son seguros para amamantar. (PIMS\_11) Tengo una condición médica que me impide amamantar. (PIMS\_12)  |
| Latching\_Problems Explain why you are having problems with your baby latching on | Latching\_Problems Explique por qué su bebé tiene problemas para engancharse/prenderse |
| PIMS\_List Please describe any additional problems or concerns you have had about feeding your baby, including breastfeeding problems, concerns or discomforts. | PIMS\_List Describa cualquier problema o inquietud adicional que haya tenido sobre la alimentación de su bebé, incluidos los problemas, inquietudes o molestias relacionados con la lactancia. |
| **End of Block: Perceived Insufficient Milk Supply (PIMS)****Start of Block: Infant Health-1 3 6 mo** |  |
| TXT\_Intro **Tell us a little about your baby.** | TXT\_Intro **Cuéntanos un poco sobre su bebé.** |
| HCPVisit\_Type Since your last survey, has your baby seen a doctor, nurse practitioner, physicians assistant, or other healthcare provider?No (1)Yes, for a well-child visit (2)Yes, for a sick-child visit (4) | HCPVisit\_Type Desde su última encuesta, ¿ha visto su bebé a un profesional de salud?No (1)Sí, para una visita de niño sano (2)Sí, para una visita de niño enfermo (4) |
| HCPVisit\_I\_Num Since the last survey, how many times have you taken your infant to the healthcare provider?for a well-child visit (4)for a sick-child visit (5) | HCPVisit\_I\_Num ¿Cuántas veces desde la última encuesta ha llevado a su bebé a su proveedor de atención médica para un chequeo de niño sano?para una visita de niño sano (4)para una visita de niño enfermo (5) |
| HCPVisit\_I\_Reason Please choose the reasons for going to the healthcare provider .Ear infection (4)Breathing problems (5)Fever (6)Injury (7)Rash (8)Diarrhea (9)Vomiting (10)Other (11) | HCPVisit\_I\_Reason Por favor, enumere las razones para ir el profesional de salud.Infección en el oído (4)Problemas respiratorios (5)Fiebre (6)Lesión (7)Erupción (8)Diarrea (9)Vómitos (10)Otro (11) |
| HCPVisit\_I\_Date When was your baby's last visit with a healthcare provider? (Please choose a date) | HCPVisit\_I\_Date ¿Cuándo fue la última visita de su un profesional de salud? (Por favor elija una fecha)  |
| Weight\_I Your baby’s birth weight at their last healthcare provider appointment was:Ibs (1) oz (2) | Weight\_I El peso al nacer de mi bebé fue:lbs (1)oz (2) |
| Lengt\_I Your baby’s length at their last healthcare provider appointment was (inches): | Lengt\_I Su bebé midió (pulgadas): |
| HCP\_Healthy\_I The baby’s healthcare provider told you your baby was healthy.No (1)Yes (2) | P\_Healthy\_I El profesional de salud del bebé me dijo que mi bebé está sano.No (1)Sí (2) |
| HCP\_Health\_I\_List Please describe your baby’s health: | HCP\_Health\_I\_List Describa la salud de su bebé: |
| TongueTie\_YN The baby’s healthcare provider told you your baby is lip tied or tongue tied.No (1)Yes (2) | TongueTie\_YN El médico/enfermera del bebé me dijo que mi bebé tiene los labios o la lengua atados.No (1)Sí (2) |
| TongueTie\_Interventn What has been done about your baby's tongue tie?Nothing (1)Released (2)Other (3) | TongueTie\_Interventn ¿Qué se ha hecho al respecto de la lengua o los labios de su bebé?Nada (1)Liberado (2)Otro (3) |
| **End of Block: Infant Health-1 3 6 mo****Start of Block: Lactation Provider-MyMMMI LC** |  |
| TXT\_LactProvider Please take a moment to answer the following questions related to your use of a lactation provider. | TXT\_LactProvider Tómese un momento para responder las siguientes preguntas relacionadas con su uso de un proveedor de lactancia. |
| OtherLP\_YN Have you use a lactation provider?Yes (1)No (2) | OtherLP\_YN ¿Ha utilizado un proveedor de lactancia?Sí (1)No (2) |
| OtherLP\_VisitNum How many visits have they made? | OtherLP\_VisitNum ¿Cuántas visitas han hecho? |
| **End of Block: Lactation Provider-MyMMMI LC****Start of Block: Maternal Health History Postpartum (PPHx)** |  |
| TXT\_PPHx Please take a few minutes to update us on your health. | TXT\_PPHx Tómese unos minutos para actualizarnos sobre su salud. |
| HCPVisit\_M\_YN Since your last survey, have you seen a doctor, nurse practitioner, physicians assistant, or other healthcare provider?No (0)Yes (1) | HCPVisit\_M\_YN Desde su última encuesta, ¿ha visto a un médico, enfermero practicante, asistente médico u otro proveedor de atención médica?No (0)Sí (1) |
| HCPVisit\_M\_Date When was your last visit with a healthcare provider? (Please choose a date)  | HCPVisit\_M\_Date ¿Cuándo fue su última visita médica? (Por favor elija una fecha) |
| Weight\_HCP\_M At you last healthcare provider visit, what was your weight?pounds (4) | Weight\_HCP\_M En su última visita médica, ¿cuál era su peso?libras (4) |
| Weight\_Home\_M If you have an at home scale, please provide your weight today.punds (4) | Weight\_Home\_M Si tiene una pesa en casa, proporcione su peso hoy. libras (4) |
| BP\_M Please take and record your blood pressure with the automated blood pressure cuff we gave you.Systolic [Top number] (4)Diastolic [Bottom number] (5) | BP\_M Tome y registre su presión arterial con la maquina de presión arterial automática que se le fue proporcionada.Sistólica [Número superior] (4)Diastólica [Número inferior] (5) |
| LMP\_YN Have you started your period?No (1)Yes (2) | LMP\_YN ¿Ha comenzado su menstruacion?No (1)Si (2) |
| LMP\_Date When did you start your period? (Please choose a date) | LMP\_Date ¿Cuando ha comenzado su menstruacion? (Por favor elige una fecha)  |
| **End of Block: Maternal Health History Postpartum (PPHx)****Start of Block: Medications PP- Birth Control and Other** |  |
| RxBC\_YN Are you taking any birth control?No (1)Yes (2) | RxBC\_YN ¿Está tomando algún método anticonceptivo?No (1)Sí (2) |
| RxBC\_Type What birth control methods are you using?Depo Provera Shots (1)IUD (2)Birth Control Implant (3)Oral Contraception (4)Condoms (5)Contraceptive Patch (6)Natural family planning (7)Other (9) | RxBC\_Type ¿Qué métodos anticonceptivos está usando?Injecciones de Depo Provera (1)DIU (2)Implante anticonceptivo (3)Anticoncepción oral (4)Condones (5)Parche anticonceptivo (6)Planificación familiar natural (7)Otro (9) |
| RxOther Are you taking any other medications?No (1)Yes, please list. (2) | RxOther ¿Está tomando otros medicamentos?No (1)Sí, por favor enumere. (2) |
| Q138 The following questions ask about any non-prescribed substances you may be taking. | Q138 Las siguientes preguntas se refieren a cualquier sustancia no recetada que pueda estar tomando. |
| Tabacco\_YN Do you currently smoke cigarettes? No (1)Yes (2) | Tabacco\_YN ¿Actualmente consume cigarrillos?No (1)Sí (2) |
| Tabacco\_Amount How much? 0-4 cigarettes a day (1)5-9 cigarettes a day (2)10 or more cigarettes a day (3) | Tabacco\_Amount ¿Cuántos?0-4 cigarrillos al día (1)5-9 cigarrillos al día (2)10 o más cigarrillos al día (3) |
| ETOH\_YN During this pregnancy, do you consume alcohol?No (1)Yes (2) | ETOH\_YN Durante este embarazo, ¿consume/consumió alcohol?No (1)Sí (2) |
| ETOH\_Frequ How much? 0-2 drinks per day (1)3-4 drinks per day (2)5 or more drinks per day (3) | ETOH\_Frequ ¿Cuánto?0-2 bebidas al día (1)3-4 bebidas al día (2)5 o mas bebidas al día (3) |
| Q36 Do you currently consume or use illicit drugs such as marijuana, cocaine, heroin? No (1)Yes, marijuana (edibles, vaping, smoking, etc.) (2)Yes, cocaine. (4)Yes, heroin. (5)Yes, other (6)  | Q36 ¿Actualmente consume o usa drogas ilícitas como marihuana, cocaína, heroína?No (1)Sí, marhiuana (comestibles, vaporizando, fumando, etc.) (2)Sí, cocaína. (4)Sí, heroína. (5)Sí, otro (6) |
| **End of Block: Substance Use (SubUse)****Start of Block: BF and FF Attitudes**  |  |
| Q117 The next set of questions is about your attitudes on breastfeeding and formula feeding. You can always choose not to answer. | Q117 El siguiente conjunto de preguntas es sobre sus actitudes sobre la lactancia materna y la alimentación con fórmula. Siempre puede optar por no contestar. |
| Please identify how you feel about the following statements using the following descriptions about breastfeeding.Extremely unlikely (1)… Extremely likely (24)Breastfeeding protects a baby against infection (1)Breastfeeding establishes a close bond between mother and baby (2)Breastfeeding is embarrassing for a mother (4)Breastfeeding is good for a mother's figure (5)Breastfeeding limits a mother's social life (6)Breastfeeding provides the best nourishment for a baby (7) | Q38 Por favor, identifique cómo se siente con respecto a las siguientes descripciones acerca del proceso de **amamantar**.Exremadamente improbable (1)… Extremadamente probable (24)Amamantar protege a los bebés contra las infecciones (1)Amamantar establece un vínculo entre la madre y el bebe (2)Amamantar es vergonzoso para una madre (4)Amamantar es bueno para la figura materna (5)Amamantar limita la vida social de la madre (6)Amamantar proporciona una mejor nutrición para el bebe (7) |
| Q39 Please identify how you feel about the following statements using the following descriptions about **formula-feeding**. Extremely unlikely (1)… Extremely likely (32)Formula-feeding is a very convenient way of feeding a baby (1)Formula-feeding makes it possible for a baby's father to be involved in the feeding (2)Formula-feeding is an expensive feeding method (3)Formula-feeding is a trouble-free feeding method (4)Formula-feeding allows one to see exactly how much milk a baby had (5)Formula-feeding provides incomplete nourishment for a baby (6) | Q39 Por favor, identifique cómo se siente con respecto a las siguientes descripciones acerca de **la alimentación con fórmula**.Extremadamente improbable (1)… Extremadamente probable (32)La alimentación con fórmula es una manera conveniente de alimentar a un bebe (1)La alimentación con fórmula hace posible que el padre del bebe se involucre con la alimentación del bebe (2)La alimentación con fórmula es un método caro de alimentación (3)Alimentación con fórmula es sin problemas (4)La alimentación con fórmula permite saber exactamente cuánto está consumiendo el bebe (5)La alimentación con fórmula no proporciona una nutrición completa para el bebe (6) |
| **End of Block: BF and FF Attitudes** **Start of Block: BF and FF Beliefs** |  |
| Q119 The next set of questions is about the people who support you during your pregnancy and afterwards and how they feel about breastfeeding and formula. You can always choose not to answer. | Q119 El siguiente conjunto de preguntas es sobre las personas que la apoyan durante y después del embarazo y cómo se sienten acerca de la lactancia materna y la fórmula. Siempre puede optar por no contestar. |
| Q42 Please rate your feelings of the following statements regarding breastfeeding.Definitely should not (1)… Definitely should (5) ,Not applicable (0)The baby's father thinks that I...breastfeed. (1)My own mother thinks that I...breastfeed. (2)My closest female friend thinks that I...breastfeed. (3)My Lactation Provider thinks that I...breastfeed. (4)Most people that are important to me think I...breastfeed. (5)My doctor thinks that I...breastfeed. (6) | Q42 Por favor, califica tus sentimientos hacia de las siguientes afirmaciones acerca del proceso de amamantar. Definitivamente no debería (1)… Definitivamente debería (5), No aplica (0)El padre de mi bebe piensa que yo...amamentar. (1)Mi madre piensa que yo...amamentar. (2)Mi mejor amiga piensa que yo...amamentar. (3)Mi asesor/a médico/a piensa que yo...amamentar. (4)La mayoría de la gente que son importantes para mi piensa que yo...amamentar. (5)Mi doctor/a piensa que yo...amamentar. (6) |
| Q43 Please rate the degree to which you agree or disagree with the following statements. .Strongly disagree (1)…Strongly agree (5)It is expected of me to breastfeed. (1)Most people whose opinions I value would approve of me breastfeeding. (2)My own mother breastfed me. (3)I have received advice from my family and friends to breastfeed. (4)Most of my social media sites approve of me breastfeeding. (5)My employer provides resources for me to pump/breastfeed at work. (6) | Q43 Por favor califica cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmacionesFuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (5)Se espera de mí que amamante. (1)La mayoría de personas cuyas opiniones me importan estarían de acuerdo si decido amamantar. (2)Mi madre me dio de amamantar. (3)He recibido consejos de mi familia y amigos que amamante. (4)La mayoría de mis redes sociales aprueban que yo amamante. (5)Mi empleador/a me proporciona recursos para que pueda dar de amamantar en el trabajo (6) |
| Q44 Please rate your feelings of the following statements regarding formula-feeding. Definitely should not (28)… Definitely should (34)The baby's father thinks that I...formula feed. (1)My own mother thinks that I...formula feed. (2)My closest female friend thinks that I...formula feed. (3)My Lactation Provider thinks that I...formula feed. (4)The websites and social media I visit think that I...formula feed. (5) | Q44 Por favor, califica sus sentimientos hacia las siguientes afirmaciones acerca de la alimentación con fórmula. Definitivamente no debería (28)… Definitivamente debería (34)El padre de mi bebe piensa que yo...alimentar con fórmula (1)Mi madre piensa que yo...alimentar con fórmula. (2)Mi mejor amiga piensa que yo...alimentar con fórmula. (3)Mi asesor/a médico/a piensa que yo...alimentar con fórmula. (4)Mis redes sociales piensan que yo...alimentar con fórmula. (5) |
| Q45 Please rate your feelings of the following statements. Do not care at all (1)…. Care a great deal (6), Not Applicable (0)In general, how much do you care what the baby's father thinks you should do? (2)In general, how much do you care what your mother thinks you should do? (3)In general, how much do you care what your closest female friend thinks you should do? (4)In general, how much do you care what your Lactation Provider thinks you should do? (5)In general, how much do you care about the resources your employer provides to support your breastfeeding? (6)In general, how much do you care about what social media thinks you should do? (7) | Q45 Por favor, califica sus sentimientos hacia las siguientes afirmaciones.No es para nada importante (43)… Me importa muchísimo (42), No aplica (48)En general, ¿cuánto le importa lo que el padre del bebe piense de lo que usted debe hacer? (2)En general, ¿cuánto le importa lo que su madre piense de lo que usted debe hacer? (3)En general, ¿cuánto le importa lo que su mejor amiga piense de lo que usted debe hacer? (4)En general, ¿cuánto le importa lo que su asesor/a médico/a piense de lo que usted debe hacer? (5)En general, ¿cuánto le importa la cantidad de recursos y apoyo que su empleador/a le provea? (6)En general, ¿cuánto le importa lo que las redes sociales piensen de lo que usted debe hacer? (7) |
| Q46 Please identify the degree to which you will do the following. Extremely unlikely (1)… Extremely likely (7)I am planning to only formula-feed my baby (I will not breastfeed at all) (1)I plan to breastfeed. (2)I am planning to at least give breastfeeding a try. (3)I am planning to only breastfeed my baby (I will not formula-feed my baby at all). (4)When my baby is 1 month old, I will be breastfeeding without using any formula or other milk. (5)When my baby is 3 months old, I will be breastfeeding without using any formula or other milk. (6)When my baby is 6 months old, I will be breastfeeding without using any formula or other milk. (7) | Q46 Por favor identifique el grado en el que piensa que hará lo siguiente.Extremadamente improbable (1)… Extremadamente probable (7)Yo planeo alimentar a mi bebe con fórmula (no voy a amamantar para nada) (1)Yo planeo amamantar. (2)Yo planeo al menos dar un intento de amamantar. (3)Yo planeo solo amamantar a mi bebe (no usaré formula para nada). (4)Cuando mi bebe cumpla 1 mes, estaré amamantando sin usar fórmula o alguna otra leche. (5)Cuando mi bebe tenga 3 meses, estaré amamantando sin usar fórmula o alguna otra leche. (6)Cuando mi bebe cumpla 6 meses, estaré amamantando sin usar fórmula o alguna otra leche. (7) |
| **End of Block: Normative Beliefs NBeliefs****Start of Block: Perceived Behavioral Control PBC - 1 mo** |  |
| Q47 Please identify the degree to which you agree or disagree with the following Strongly disagree (1)… Strongly agree (5)I feel I have control over my decision to feed my baby (1)I feel like I have the resources to successfully breastfeed my baby (2)If I try my best I can breastfeed for 1 month (3)If I try my best I can breastfeed for 3 months (4)If I try my best I can breastfeed for 6 months or more (5) | Q47 Por favor identifique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con lo siguienteFuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (5)Siento que tengo el control de la decisión acerca de la alimentación de mi bebe. (1)Siento que tengo los recursos para amamantar a mi bebe exitosamente. (2)Si intento dar lo mejor de mí podría amamantar por 1 mes. (3)Si intento dar lo mejor de mí podría amamantar por 3 mes. (4)Si intento dar lo mejor de mí podría amamantar por 6 meses. (5) |
| Q48 The next set of questions is about how much control you feel about your choice to breast or formula feed. You can always choose not to answer.Strongly disagree (1)… Strongly agree (7)I feel I have control over my decision to feed my baby (PBC\_1) I feel I have the tools/resources to successfully breastfeed a baby (PBC\_2) I will be able to get enough help if I encounter breastfeeding problems (PBC\_3) If I try my best I can breastfeed for 3 months (PBC\_6) If I try my best I can breastfeed for 6 months or more (PBC\_7)  | Q48 Por favor identifique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente. Puede escoger no responder.Fuertemente en desacuerdo (1)… Fuertemente de acuerdo (7)Siento que tengo el control de la decisión acerca de la alimentación de mi bebe (PBC\_1) Siento que tengo los recursos para amamantar a mi bebe exitosamente (PBC\_2) Podre conseguir suficiente ayuda si encuentro problemas al amamantar (PBC\_3) Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 3 mes (PBC\_6) Si intento lo mejor de mí podría amamantar por 6 mes (PBC\_7)  |
| **End of Block: Perceived Behavioral Control PBC - 1 mo****Start of Block: Employment Plans** |  |
| EmploymentPlan\_Post Now that you have given birth, what are your current employment plans?Unemployed (1)Part-time (less than 30 hours a week) (2)Full-time (30 hours or more a week) (3 | EmploymentPlan\_Post Ahora que has dado a luz ¿Cuáles son sus planes de empleo actuales?Desempleada (1)Medio tiempo (menos de 30 horas a la semana) (2)Jornada completa (30 horas o más a la semana) (3) |
| **End of Block: Employment Plans** |  |

**MyMMMI Lactation and Health Suvery- 3 and 6 months**

***These survey have all the same questions as the 1-month survey plus the addition of the Mental Health EPDS, GAD-7, and PPS; Sleep: SQS and PSQI.***

|  |  |
| --- | --- |
| **End of Block: Spirituality****Start of Block: Mental Health: EPDS** |  |
| Q140 The following questions ask about how you have been feeling in the past week, not just how you feel today. **In the past 7 days:** | Q140 Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido la semana pasada, no solo cómo se siente hoy. **En los últimos 7 días:** |
| Q51 I have been able to laugh and see the funny side of things.As much as I always could (1)Not quite so much now (2)Definitely not so much now (3)Not at all (4) | Q51 He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.Tanto como siempre he podido (1)No tanto ahora (2)Definitivamente mucho menos ahora (3)Para nada (4) |
| Q53 I have looked forward with enjoyment to things.As much as I ever did (1)Rather less than I used to (2)Definitely less than I used to (3)Hardly at all (4) | Q53 He mirado al futuro con placer para hacer cosas.Tanto como siempre he podido (1)Algo menos de lo que solía (2)Definitivamente menos de lo que solía (3)Casi nada (4) |
| Q54 I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.Yes, most of the time (1)Yes, some of the time (2)Not very often (3)No, never (4) | Q54 Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal…Sí, la mayor parte del tiempo (1)Sí, algunas veces (2)No muy a menudo (3)No, nunca (4) |
| Q55 I have been anxious or worried for no good reason.No, not at all (1)Hardly ever (2)Yes, sometimes (3)Yes, very often (4) | Q55 He estado ansiosa o preocupada por ninguna aparente razón.No, para nada (1)Casi nunca (2)Sí, a veces (3)Sí, muy a menudo (4) |
| Q56 I have felt scared or panicky for no very good reason.Yes, quite a lot (1)Yes, sometimes (2)No, not much (3)No, not at all (4) | Q56 He sentido miedo o pánico sin motivo.Sí, bastante (1)Sí, a veces (2)No, no mucho (3)No, para nada (4) |
| Q57 Things have been getting on top of me.Yes, most of the time I haven’t been able to cope at all (1)Yes, sometimes I haven’t been coping as well as usual (2)No, most of the time I have coped quite well (3)No, I have been coping as well as ever (4) | Q57 Las cosas me oprimen o agobian.Sí, la mayoría del tiempo no he podido sobrellevarlas (1)Sí, a veces no he podido sobrellevarlas como solía hacer antes (2)No, la mayoría del tiempo he podido sobrellevarlas bastante bien (3)No, he podido sobrellevarlas tan bien como siempre (4) |
| Q58 I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.Yes, most of the time (1)Yes, sometimes (2)Not very often (3)No, not at all (4) | Q58 Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir.Si, la mayoría del tiempo (1)Si, a veces (2)No muy a menudo (3)No, para nada (4) |
| Q59 I have felt sad or miserable.Yes, most of the time (1)Yes, quite often (2)Not very often (3)No, not at all (4) | Q59 Me he sentido triste o miserable.Si, la mayoría del tiempo (1)Si, bastante a menudo (2)No muy a menudo (3)No, para nada (4 |
| Q60 I have been so unhappy that I have been crying.Yes, most of the time (1)Yes, quite often (2)Only occasionally (3)No, never (4) | Q60 Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.Si, la mayoría del tiempo (1)Si, bastante a menudo (2)Solo ocasionalmente (3)No, Nunca (4) |
| Q61 The thought of harming myself has occurred to me.Yes, quite often (1)Sometimes (2)Hardly ever (3)Never (4) | Q61 He pensando en hacerme daño.Si, bastante a menudo (1)A veces (2)Casi nunca (3)Nunca (4) |
| **End of Block: Mental Health: EPDS****Start of Block: Mental Health: GAD-7** |  |
| Q141 **Over the last two weeks**, how often have you been bothered by the following problems?Not at all (1)… Nearly every day (4)Feeling nervous, anxious, or on edge. (4)Not being able to stop or control worrying. (5)Worrying too much about different things. (6)Trouble relaxing. (7)Being so restless that it is hard to sit still. (8)Becoming easily annoyed or irritable. (9)Feeling afraid, as if something awful might happen. (10) | Q141 **Durante las últimas dos semanas** , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?Para nada (1)… Casi todos losdías (4)Sentirse nervioso, ansioso o al límite. (4)No ser capaz de detener o controlar la preocupación. (5)Preocuparse demasiado por cosas diferentes. (6)Problemas para relajarse. (7)Estar tan inquieto que es difícil no moverse. (8)Molestarse o irritarse con facilidad. (9)Sentir miedo, como si algo terrible pudiera suceder. (10) |
| Q104 How difficult have any of these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?Not difficult at all (1)Somewhat difficult (2)Very difficult (3)Extremely difficult (4)I haven't experienced any of the problems above (5) | Q104 ¿Cuánto se le dificulta hacer su trabajo, ocuparse de las cosas de la casa o llevarse bien con otras personas?No es difícil en absoluto (1)Algo dificil (2)Muy dificil (3)Extremadamente difícil (4)No he tenido ninguno de estos problemas. (5) |
| **End of Block: Mental Health: GAD-7****Start of Block: Mental Health: PSS** |  |
| Q143 These questions ask you about your feelings and thoughts during the last month. In each case, you will be asked to indicate how often you felt or thought a certain way. | Q143 Estas preguntas le preguntan acerca de sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, se le pedirá que indique con qué frecuencia se sintió o pensó de cierta manera. |
| Q144 **In the last month**, how often have you:Never (1)… Very often (5)Been upset because of something that happened unexpectedly? (1)Felt that you were unable to control the important things in your life? (2)Felt nervous and “stressed”? (3)Felt confident about your ability to handle your personal problems? (4)Felt that things were going your way? (5)Found that you could not cope with all the things that you had to do? (6)Been able to control irritations in your life? (7)Felt that you were on top of things? (8)Been angered because of things that were outside of your control? (9)Felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them? (10) | Q144 **En el último mes** , ¿con qué frecuencia usted:Nunca (1)… Muy a menudo (5)¿Ha estado molesto por algo que sucedió inesperadamente? (1)¿Sintió que no podía controlar las cosas importantes en su vida? (2)¿Se sintió nervioso y “estresado”? (3)¿Se sintió seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales? (4)¿Sintió que las cosas iban a su manera? (5)¿Descubrió que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer? (6)¿Ha podido controlar las irritaciones en su vida? (7)¿Sintió que estaba al tanto de todo? (8)¿Se ha enfadado por cosas que estaban fuera de su control? (9)¿Sintió que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas? (10) |
| **End of Block: Mental Health: PSS****Start of Block: Sleep: SQS** |  |
| Q145 The following question refers to your overall sleep quality for the majority of nights in the **past 7 days only**. | Q145 La siguiente pregunta se refiere a la calidad de sueño que tiene generalmente durante la mayoría de sus noches **en** sólo **los últimos 7 días.** |
| Q103 Please think about the quality of sleep overall, such as how many hours of sleep you got, how easily you fell asleep, how often you woke up earlier than you had to in the morning, and how refreshing your sleep was. 0 Terrible (1)… 10 Excellent (14)During the past 7 days, how would you rate your sleep quality overall? (1) | Q103 Piense en su calidad de sueño en general, como cuántas horas durmió, con qué facilidad se quedó dormida, con qué frecuencia se despertó durante la noche (excepto para ir al baño), con qué frecuencia se despertó por la mañana antes de que tenía que hacerlo, y que tan refrescante fue su sueño. 0 Terrible (1)… 10 Excelente (14)Durante los últimos 7 días, ¿cómo calificaría la calidad de su sueño en general? (1) |
| **End of Block: Sleep: SQS****Start of Block: Sleep: PSQI** |  |
| Q146 The following questions relate to your usual sleep habits during the past month only. Your answers should indicate the most accurate reply for the majority of days and nights in the past month.**During the past month,** | Q146 Las siguientes preguntas se relacionan con sus hábitos habituales de sueño durante el último mes solamente. Sus respuestas deben indicar la respuesta más precisa para la mayoría de los días y noches del último mes. **Durante el mes pasado,** |
| Q85 What time have you usually gone to bed at night? | Q85 ¿Cuál ha sido su hora normal de irse a la cama por la noche? [Ejemplo: 11:30 pm] |
| Q82 How long has it usually taken you to fall asleep each night? [minutes] | Q82 ¿Cuánto tiempo le ha tomado normalmente para dormirse cada noche? [minutos] |
| Q84 What time have you usually gotten up out of bed in the morning? [Example: 7:30 am] | Q84 ¿A qué hora se ha levantado de la cama normalmente por la mañana? [Ejemplo: 7:30 am] |
| Q83 How many hours of actual sleep did you get at night? This may be different than the number of hours you spent in bed. | Q83 ¿Cuántas horas durmió realmente por noche? Esto puede ser diferente del número de horas que pasó en la cama. |
| Q121 How often have you had trouble sleeping because you…not during the past month (1)… three or more times a week (4)Cannot get to sleep within 30 minutes? (1)Wake up in the middle of the night or early morning? (2)Have to get up to use the bathroom? (3)Cannot breathe comfortably? (4)Cough or snore loudly? (5)Feel too cold? (6)Feel too hot? (7)Have bad dreams? (8)Have pain? (9) | Q121 ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir porque…no durante el último mes (1)… tres o más veces a la semana (4)¿No puedes conciliar el sueño en 30 minutos? (1)¿Se despierta en medio de la noche o temprano en la mañana? (2)¿Tiene que levantarse para usar el baño? (3)¿No puede respirar cómodamente? (4)¿Tose o ronca fuerte? (5)¿Siente demasiado frío? (6)¿Se siente demasiado caliente? (7)¿Tiene malos sueños? (8)¿Tiene dolor? (9) |
| Q95 Have you had trouble sleeping for any other reasons?No (1)Yes (2) | Q95 Durante el mes pasado, ha tenido problemas para dormir por cualquier otra razón(es)?No (1)Sí (2) |
| Q97 Specify | Q97 Especifique |
| Q98 How often during the past month have you had trouble sleeping because of this?not during the past month (1)less than once a week (2)once or twice a week (3)three or more times a week (4) | Q98 ¿Con qué frecuencia durante el último mes ha tenido problemas para dormir debido a esto?Nunca durante el último mes (1)Menos de una vez por semana (2)Una o dos veces por semana (3)Tres o más veces por semana (4) |
| Q99 How would you rate your sleep quality overall? Would you say…Very good (1)Fairly good (2)Fairly bad (3)Very bad (4) | Q99 ¿Cómo evaluaría la calidad de su sueño en general? Diría...Muy buena (1)Más o menos buena (2)Más o menos mala (3)Muy mala (4) |
| Q100 How often have you taken medicine to help you sleep (prescribed or "over the counter")?not during the past month (1)less than once a week (2)once or twice a week (3) | Q100 ¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos para ayudarle a dormir (con o sin receta)?Nunca durante el último mes (1)Menos de una vez por semana (2)Una o dos veces por semana (3) |
| Q101 How often have you had trouble staying awake while driving, eating meals, or engaging in social activity? Would you say….not during the past month (1)less than once a week (2)once or twice a week (3)three or more times a week (4) | Q101 ¿Con qué frecuencia tuvo problemas para quedarse despierta mientras manejaba, comía o participaba en actividades sociales? Diría...Nunca durante el último mes (1)Menos de una vez por semana (2)Una o dos veces por semana (3)Tres o más veces por semana (4) |
| Q102 How much of a problem has it been for you to keep up enough enthusiasm to get things done? Would you say….No problem at all (1)Only a very slight problem (2)Somewhat of a problem (3)A very big problem (4) | Q102 ¿Qué tan difícil ha sido para usted mantener suficiente entusiasmo para hacer las cosas? Diría...Nada difícil (1)Un poco difícil (2)Algo difícil (3)Muy difícil (4) |

***The Perceived Behavioral Control Blocks are change to reflect the timing of the surveys at 3 and 6-months.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Start of Block: Perceived Behavioral Control PBC- 3mo** |  |
| PBC\_1\_3\_7 The next set of questions is about how much control you feel about your choice to breast or formula feed. You can always choose not to answer.Strongly disagree (1),...Strongly agree (5)I feel I have control over my decision to feed my baby (PBC\_1) I feel I have the tools/resources to successfully breastfeed a baby (PBC\_2) I will be able to get enough help if I encounter breastfeeding problems (PBC\_3) If I try my best I can breastfeed for 6 months or more (PBC\_7)  | PBC\_1\_3\_7 Por favor identifique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente. Puede escoger no responder.Fuertemente en desacuerdo (1),...Fuertemente de acuerdo (5)Siento que tengo el control de la decisión acerca de la alimentación de mi bebe (PBC\_1) Siento que tengo los recursos para amamantar a mi bebe exitosamente (PBC\_2) Podre conseguir suficiente ayuda si encuentro problemas al amamantar (PBC\_3) Si intento lo mejor de mí podré amamantar por 6 meses (PBC\_7)  |
| **End of Block: Perceived Behavioral Control PBC- 3mo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Start of Block: Perceived Behavioral Control PBC- 6mo** |  |
| PBC\_1\_3 The next set of questions is about how much control you feel about your choice to breast or formula feed. You can always choose not to answer.Strongly disagree (1),...Strongly agree (5)I feel I have control over my decision to feed my baby (PBC\_1) I feel I have the tools/resources to successfully breastfeed a baby (PBC\_2) I will be able to get enough help if I encounter breastfeeding problems (PBC\_3)  | PBC\_1\_3 Por favor identifique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente. Puede escoger no responder.Fuertemente en desacuerdo (1),...Fuertemente de acuerdo (5)Siento que tengo el control de la decisión acerca de la alimentación de mi bebe (PBC\_1) Siento que tengo los recursos para amamantar a mi bebe exitosamente (PBC\_2) Podre conseguir suficiente ayuda si encuentro problemas al amamantar (PBC\_3) |
| **End of Block:Perceived Behavioral Control PBC- 6mo** |  |