



**Safe Sleep Program Evaluation Questionnaire POST-TEST**

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
| <b>DATE:</b> _____                                    | <b>Voucher #:</b> _____                             | <b>Mother's Date of Birth</b> ___/___/___<br>mm dd yyyy |         |
| <b>Baby's Date of Birth</b> ___/___/___<br>mm dd yyyy | <b>Number of children (under 10) in home:</b> _____ |   |         |
| <b><u>Ethnicity/Race</u></b>                          |   |   |         |
| ┆ White   | ┆ Black or African American                         | ┆ Hispanic  | ┆ Asian |
| ┆ American Indian                                     | ┆ Native Hawaiian/Other Pacific Islander            | ┆ Alaska Native   |         |
| ┆ Other _____<br>Specify                              |   |   |         |
| <b>Who Picked Up Crib</b> _____                       | <b>Who are you here with today:</b> _____           |   |         |

1. Have you ever heard of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) also called “crib death”?  
Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If “yes,” what have you heard? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **During** this pregnancy has anyone talked to you about “Back to Sleep” or (SIDS)?  
Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If “yes,” what have you learned? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If you answered “**yes**” to (**number 1, or 2**), below please check boxes where you learned, or heard about this information (**Check all that apply**)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doctor or nurse during prenatal visit  | <input type="checkbox"/> Hospital after childbirth |
| <input type="checkbox"/> Home Visit by the Department of Health | <input type="checkbox"/> WIC programming           |
| <input type="checkbox"/> Other Social Programming               | <input type="checkbox"/> TV/magazine               |
| <input type="checkbox"/> Family member                          | <input type="checkbox"/> Friend                    |

3. Did any one ever talk to you about the **safest place** to put your baby down to sleep?  
Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If you answered “**yes**” to **number 3**, below please check boxes where you learned, or heard about this information? (**Check all that apply**)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doctor or nurse during prenatal visit  | <input type="checkbox"/> Hospital after childbirth |
| <input type="checkbox"/> Home Visit by the Department of Health | <input type="checkbox"/> WIC programming           |
| <input type="checkbox"/> Other Social Programming               | <input type="checkbox"/> TV/magazine               |
| <input type="checkbox"/> Family member                          | <input type="checkbox"/> Friend                    |

**Safe Sleep Program Evaluation Questionnaire POST-TEST (page 2)**

4. Where did your baby sleep for most of last night?
- Crib
  - Bed with an adult
  - Bed with children
  - Stroller
  - Bassinet
  - Other \_\_\_\_\_
5. What items do you have in the place where he/she sleeps now? (Check all that apply)
- Pillow
  - Blanket
  - Sheet
  - stuffed animals/toys
  - Clothes
  - Diapers
  - Other: \_\_\_\_\_
  - Nothing
6. How did you put your baby to sleep last night?
- Stomach
  - Back
  - Side
  - Not Sure
7. How does another adult or caregiver put your baby to sleep?
- Stomach
  - Back
  - Side
  - Not Sure
8. Does your baby spend time on his/her tummy (stomach or belly) while awake?
- Yes
  - No
9. Does your baby use a pacifier when going to sleep?
- Yes
  - No
10. Does your baby sleep away from home: \_\_\_Yes \_\_\_No

If you answer “**yes**” When the baby sleeps away from your home, where does the baby sleep?

- Pack-N-Play
- Crib
- Adult bed
- Stroller
- Bassinet
- Other

**Safe Sleep Program Evaluation Questionnaire POST-TEST (page 3)**

PART 2:

11. Is the Pack n Play you received set up now?

- Yes
- No
- Not sure

12. How many nights was the Pack n Play used for the baby to sleep in the last week?

- 0      1      2      3      4      5      6      7

13. If baby sleeps outside home, how many nights did the baby sleep in a location other than home last week?  
(only ask if “yes” to question 10)

- 0      1      2      3      4      5      6      7

14. Do you have your home visitor’s contact information (business card)?

- Yes
- No
- Not sure

15. Did you find the home visit helpful?

- Very helpful
- Somewhat helpful
- Not helpful

15a. IF “HELPFUL”: What was the most helpful part of the visit? \_\_\_\_\_

16. Did you learn anything you didn’t already know?

- Yes
- No

16a. If yes, what? \_\_\_\_\_

17. Did the homevisitor refer you to any agencies to address any issues or problems you identified during the visits?

- Yes
- No

17a. If yes, which agencies? \_\_\_\_\_

17b. Did you contact the agency? (yes or no, comments)

18. Did the homevisitor help you with breastfeeding?

(yes or no)

i. If yes, are you breastfeeding more than you were before the visit?

1. (yes or no)

19. We may have sent a letter to your landlord if you identified issues in your home. If so, were these issues resolved?

- Yes
- No
- Not sure

20. Have you had any problem using the Pack n Play?

21. Is there anything that you do not like about the Cribs for Kids program?

22. What can improve the Cribs for Kids program?

23. Additional Comments:



Cuestionario de evaluación del Programa para "dormir seguro" (Safe Sleep)

DATE: \_\_\_\_\_ Voucher #: \_\_\_\_\_ Mother's Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
mm dd yyyy
Baby's Date of Birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Number of children in home: \_\_\_\_\_
Ethnicity/Race
| White | Black or African American | Hispanic | Asian
| American Indian | Native Hawaiian/Other Pacific Islander | Alaska Native
| Other \_\_\_\_\_ | DON'T KNOW | NOT SURE | REFUSED
Specify
Who Picked Up Crib \_\_\_\_\_ Who are you here with today: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha escuchado hablar sobre el Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SMIS), también conocido como "muerte en la cuna"? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", ¿qué has escuchado?

2. Durante su embarazo, ¿alguien le habló sobre "Dormir boca arriba" o sobre el Síndrome de Muerte Infantil Súbita? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", ¿Que aprendiste?

Si respondiste "Sí" para el número 1 o 2, de adonde aprendiste o has escuchado esta información? (Escoja todo lo que aplica)

- A través del médico o el/la enfermero/a durante una consulta prenatal
En el hospital después de dar a luz
Durante una visita domiciliaria del Departamento de Salud
A través del programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)
A través de otros programas sociales
A través de la televisión/revistas
A través de un familiar
A través de un/a amigo/a

3. ¿ Alguien le hablado como poner el bebe en el lugar mas seguro de dormir? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondiste "Si" para el número 3, de adonde aprendiste o has escuchado esta información? (Escoja todo lo que aplica)

- A través del médico o el/la enfermero/a durante una consulta prenatal
En el hospital después de dar a luz
Durante una visita domiciliaria del Departamento de Salud

- A través del programa para Mujeres, Bebés y Niños (*Women, Infants and Children, WIC*)
- A través de otros programas sociales
- A través de la televisión/revistas
- A través de un familiar
- A través de un/a amigo/a

4. ¿Dónde durmió su bebé la mayor parte de anoche?

- En un corral
- En una cuna
- En la cama con un adulto
- En la cama con otros niños
- En un cochecito
- En un moisés
- Otro \_\_\_\_\_

5. ¿Adonde duerme el bebe ahora, que artículos tiene adentro? (Escoja todo que aplica.)

- Almohada
- Manta
- Sábana
- Juguetes o muñecos de peluche
- Ropa
- Pañales
- Otros: \_\_\_\_\_
- Ninguno

6. ¿Cómo acostó a su bebé en la cuna anoche?

- Boca abajo
- Boca arriba
- De costado
- No estoy seguro/a

7. ¿Cómo acostó al bebé en la cuna anoche otro adulto o persona a cargo?

- Boca abajo
- Boca arriba
- De costado
- No estoy seguro/a

8. ¿Suele colocar a su bebé sobre el estómago (boca abajo) mientras está despierto?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Utiliza su bebé un chupete cuando se va a dormir?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

10. ¿Duerme su bebé afuera del hogar?    Si \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Sí la respuesta es "Sí", ¿dónde durmió el bebé?

- En un corral
- En una cuna
- En una cama para adultos
- En un cochecito
- En un moisés
- Otro

PARTE 2:

11. ¿Está armado en este momento el corralito *Pack n Play* que recibió?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

12. ¿Cuántas noches durante la semana pasada utilizó el corralito *Pack n Play* para que el bebé durmiera?

0      1      2      3      4      5      6      7

13. ¿Cuántas noches durante la semana pasada durmió el bebé en otro lugar que no fuera su hogar?

0      1      2      3      4      5      6      7

14. ¿Tiene la información de contacto (tarjeta profesional) de su enfermera visitante?

- ↑ sí
- ↑ no
- ↑ no estoy seguro/a

15. ¿Le encontró útil la visita domiciliaria?

- ↑ muy útil
- ↑ un poco útil
- ↑ no fue útil

15a. Si sí, ¿cuál parte de la visita le ayudó más? \_\_\_\_\_

16. ¿Aprendió alguna información nueva que no conocía antes?

- ↑ sí
- ↑ no

16a. Si sí, ¿qué aprendió? \_\_\_\_\_

17. ¿La enfermera visitante le puso en contacto con alguna agencia para ayudarle a resolver cualquier problema que tenga, que identificó durante la visita domiciliaria?

- ↑ sí
- ↑ no

17<sup>a</sup>. Si sí, ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_

17b. Ha estado en contacto con la agencia? \_\_\_\_\_

18. ¿La enfermera visitante le ayudó a amamantar?

- ↑ sí
- ↑ no

18a. Si sí, ¿amamanta más ahora que antes de la visita?

19. Es posible que le hayamos enviado una carta al dueño de su edificio si Ud. nos identificó algún problema del hogar. Si ocurrió eso, ¿se les resolvieron los problemas?

20. ¿Ha tenido algún problema al utilizar el corralito *Pack n Play*?

21. ¿Qué aspectos no le agradaron del programa “Cunas para bebés” (*Cribs for Kids*)?

22. ¿En qué aspectos puede mejorar el programa “Cunas para bebés”?

23. Comentarios adicionales: