



Safe Sleep Program Evaluation Questionnaire PRE-TEST

DATE: _____ **Voucher #:** _____ **Mother's Date of Birth** ___/___/___
mm dd yyyy

Baby's Date of Birth ___/___/___ **Number of children (under 10) in home:** _____
mm dd yyyy

Ethnicity/Race

| White | Black or African American | Hispanic | Asian
| American Indian | Native Hawaiian/Other Pacific Islander | Alaska Native
| Other _____
Specify _____

Who Picked Up Crib _____ **Who are you here with today:** _____

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**)

- Doctor or nurse during prenatal visit
- Home Visit by the Department of Health
- Other Social Programming
- Family member
- Hospital after childbirth
- WIC programming
- TV/magazine
- 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**)

- Doctor or nurse during prenatal visit
- Home Visit by the Department of Health
- Other Social Programming
- Family member
- Hospital after childbirth
- WIC programming
- TV/magazine
- Friend

Safe Sleep Program Evaluation Questionnaire PRE-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



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: _____
mm dd yyyy

Ethnicity/Race

- | | | | |
|--------------------------|--|-----------------|-----------|
| ┆ White | ┆ Black or African American | ┆ Hispanic | ┆ Asian |
| ┆ American Indian | ┆ Native Hawaiian/Other Pacific Islander | ┆ Alaska Native | |
| ┆ Other _____
Specify | ┆ DON’T KNOW | ┆ NOT SURE | ┆ REFUSED |

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