

**Programa de Prevención y Percepción del Síndrome del Bebé Sacudido  
del Hospital de la Universidad  
Encuesta Telefónica de Seguimiento y Autorización**



Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que contesta: \_\_\_\_\_

Madre  Padre  Otro

Fecha de la llamada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Persona que llamó: \_\_\_\_\_

Hola, soy \_\_\_\_\_ le llamo del hospital de la Universidad. Puedo hablar con (MOTHER'S NAME)? IF NOT AVAILABLE, ARRANGE CALL BACK.

(WHEN ON LINE, REINTRODUCE IF NECESSARY) Estamos haciendo un estudio importante sobre la salud de los niños en Albuquerque. Hace como 7 meses, usted dió a luz en el Hospital de la Universidad. En aquel entonces, usted recibió información sobre cómo cuidar a su bebé y estuvo de acuerdo en participar en una encuesta de seguimiento.

1. ¿Recuerda haber recibido alguna información de cómo cuidar de su niño?

SÍ  NO  NO SE

1a. Si es que sí, ¿Cuál fue el tema/cuales fueron los temas?

Síndrome del bebé sacudido/Abuso  Otro \_\_\_\_\_  NO SE

Me gustaría hacerle preguntas sobre la información que recibió; esto se tomará como 5 minutos. Su participación es voluntaria, y sus respuestas son confidenciales; usted puede negarse a contestar cualquier pregunta en cualquier momento. ¿Es éste un buen momento para hablar? IF NO, ARRANGE CALL BACK.

Queremos determinar cuál es la mejor manera de comunicarle a las familias con recién nacidos un mensaje educacional sobre los peligros de sacudir a un bebé. Sus respuestas son muy importantes para nosotros y así podemos determinar qué tan efectivos somos en dar nuestro mensaje a los padres. La información que usted nos dé será solamente agrupada junto con las respuestas obtenidas de muchos otros padres, y sus respuestas no serán identificadas individualmente. Siempre se respetará su privacidad.

---

2. Antes de que se les diera de alta del hospital a usted y a su bebé, se acuerda si usted y su familia recibieron información sobre los peligros de sacudir a un bebé violentamente, de cómo prevenir el síndrome del bebé sacudido, y de ¿Qué hacer si su bebé llora mucho?

SÍ  NO  No se aplica (answered Q 2 with SBS)

(IF NO, thank them for their time and hang up)

3. ¿Se acuerda si alguien más recibió esta información?

Su esposo  Su novio  
 Su madre  Su padre  
 Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Se acuerda si una enfermera, trabajadora social, u otra educadora de la salud habló con usted sobre los peligros de sacudir a su bebé?

SÍ  NO

5. ¿Se acuerda haber recibido algún material por escrito (ej. folleto, tarjeta, etc.) sobre la prevención de síndrome del bebé sacudido y sobre qué hacer si su bebé llora?

SÍ  NO

6. ¿Recuerda haber visto un video sobre el síndrome del bebé sacudido?

SÍ  NO

**Programa de Prevención y Percepción del Síndrome del Bebé Sacudido  
del Hospital de la Universidad**

**Encuesta Telefónica de Seguimiento y Autorización**

7. ¿Recuerda haber firmado un formulario de reconocimiento por haber recibido información sobre el síndrome del bebé sacudido?

SÍ       NO

8. ¿Recuerda haber visto algún cartel en la unidad de maternidad del hospital sobre los peligros de sacudir a un bebé?

SÍ       NO

9. ¿Cuál tipo de información de la que recibió cuando su bebé nació recuerda usted MÁS?

Materiales por escrito       Video       Forma que firmó       Carteles  
 Enfermeras que hablaron conmigo       Otro \_\_\_\_\_  
 No me acuerdo de nada

10. Desde que salió del hospital después de haber tenido a su bebé, ¿Ha usted visto o recibido algunos otros materiales o información de parte del pediatra de su bebé o de otro lado sobre el síndrome del bebé sacudido? Si dijo que sí, ¿De dónde?

SÍ     NO

Pediatra       Cartelera       Televisión/Radio  
 Otro \_\_\_\_\_

11. ¿El bebé está actualmente viviendo con usted?

SÍ     NO

12. ¿El padre del bebé u otro adulto varón está actualmente viviendo en la casa con su bebé?

SÍ     NO

12a. Si dijo que sí, ¿También recibió él esta información sobre el síndrome del bebé sacudido cuando usted estaba en el hospital después de que usted dio a luz a su bebé?

SÍ     NO

12b. Si dijo que no, ¿Ha compartido usted la información con él?

SÍ     NO

13. ¿Deja a su bebé bajo los cuidados de otro adulto? Si dijo que sí, ¿Con quién?:

Guardería  
 Proveedor autorizado para guardería familiar  
 Amigo, familiar, o niñera  
 Otro

14. ¿Ha compartido usted esta información sobre el síndrome del bebé sacudido con las otras personas que cuidan a su bebé?

SÍ       NO

Gracias por contestar nuestras preguntas. Sus respuestas nos ayudarán a diseñar programas para mejorar la salud de los niños y familias en nuestra comunidad.

¿Le gustaría que le dé un número de teléfono para que obtenga más información sobre cualquiera de los temas de los que acabamos de hablar? IF YES, SAY: Llame a los servicios nacionales del síndrome del bebé sacudido al 1-888-273-0071.

¿Hay algo más que usted quiera compartir con nosotros?

Comentarios:

---

---

---