

PROGRAMAS DE CUIDADO DE LA VIDA FAMILIAR DEL ADOLESCENTE CUESTIONARIO BÁSICO INICIAL PARA ADOLESCENTES QUE TIENEN NIÑOS

PRIVACIDAD

Queremos que sepas que:

1. Tus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a saber lo que las jóvenes de tu edad saben, piensan y hacen.
2. Tú puedes dejar de contestar cualquier pregunta que no quieras contestar. Pero esperamos que contestes la mayor cantidad de preguntas que puedas.
3. Tus respuestas se combinarán con las de otras adolescentes. Nosotros mantendremos tus respuestas en forma privada.

POR FAVOR, ¡**NO** ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGUNA PARTE DE ESTA ENCUESTA!

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información a menos que lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido OMB para la recopilación de esta información es 0990-0290. El tiempo promedio necesario para completar esta información es de 27 minutos, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, revisar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a:

U.S. Department of Health & Human Services; OS/OIRM/PRA;
200 Independence Ave., S.W., Suite 531-H; Washington D.C. 20201
Attention: PRA Reports Clearance Officer

To be completed by project staff:

1. Client ID:						
---------------	--	--	--	--	--	--

2. Site Number:						
-----------------	--	--	--	--	--	--

	M	M	D	D	Y	Y
3. Today's Date:						

4. Site Name: _____

Write the site name on page 4 for item #26, response options 9, 10, and 11.

After the survey has been completed and turned in, please complete page 9. You will need to make a copy of the immunization records provided by the adolescent. **Do not complete this section in front of the adolescent.**

INSTRUCCIONES GENERALES

- Lee todas las respuestas posibles antes de marcar tu elección. Si ninguna de las respuestas te corresponde a ti exactamente, marca completamente el círculo de la respuesta que mejor te corresponda.
- Usa un lápiz para completar la encuesta.
- Marca completamente el círculo de la respuesta que hayas elegido.

FORMA INCORRECTA



FORMA CORRECTA



- Si cometes un error, borra la respuesta con cuidado y luego marca el círculo que corresponde a la respuesta correcta que desees elegir.
- No hagas marcas fuera del círculo.
- **POR FAVOR LEE CADA PREGUNTA CON MUCHA ATENCIÓN.**

Sigue las instrucciones para contestar a cada tipo de pregunta. Estas instrucciones son:

1. MARCA UNA RESPUESTA

¿De qué color son tus ojos?

Marca una respuesta

- 1 Café o marrón
- 2 Azul
- 3 Verde
- 4 Otro color

Si tus ojos son de color verde, marcarías el tercer casillero como te mostramos en la ilustración.

2. MARCA UNA RESPUESTA

¿De qué color es tu cabello?

Marca una respuesta

- 1 Café o marrón
- 2 Negro
- 3 Rubio
- 4 Pelirrojo
- 5 De algún otro color (Describir) Morado

• Si tu cabello es de color morado, marcarías: "De algún otro color". Luego escribirías "morado" en el espacio en blanco.

INSTRUCCIONES GENERALES (continuación)

3. CASILLERO EN BLANCO

Si una pregunta solamente tiene un casillero en blanco para la respuesta, escribe tu respuesta en el espacio que se proporciona.

¿Cómo se llama la escuela a la que asistes actualmente ?

Springfield Middle School

4. MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS

¿Piensas hacer alguna de estas actividades la próxima semana?

Marca una o más respuestas

- 1 Rentar o alquilar un video
- 2 Ir a un partido de baloncesto
- 3 Estudiar en la casa de un(a) amigo(a)

Si piensas rentar o alquilar un video e ir a un partido de baloncesto, marca las dos opciones.

5. PREGUNTAS CON INSTRUCCIONES ESPECIALES

1. ¿Alguna vez comes chocolate?

Marca una respuesta

- 1 Sí
- 0 No → **PASA A LA PREGUNTA 3**

2. ¿Siempre te cepillas los dientes después de comer chocolate?

Marca una respuesta

- 1 Sí
- 0 No

3. ¿Hiciste alguna de estas actividades la semana pasada?

Marca una o más respuestas

- 1 Ir al teatro
- 2 Ir al cine
- 3 Asistir a un evento deportivo

Si contestaste "Sí", pasa a la pregunta 2. Después de contestar la pregunta 2, pasa a la pregunta 3.

Si contestaste que "No" a la pregunta 1, no contestes la pregunta 2. Luego pasa a la pregunta 3.

SOBRE EL FUTURO

Piensa sobre el futuro para contestar las siguientes preguntas:

1. Qué tan importante es para ti que te gradúes de la escuela secundaria o "high school"? ¿O qué te gradúes de una escuela vocacional o técnica?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Nada importante
₂ Algo importante
₃ Muy importante
₄ Sumamente importante
₉₆ Ya me he graduado

Por favor, contesta la siguiente pregunta usando una escala del 1 al 5. 1 es "ningún deseo" y 5 es "mucho deseo".

2. ¿Qué tanto deseo tienes de obtener más educación o capacitación? Esto se puede referir a la universidad, una escuela vocacional o técnica, o una certificación de enfermería.

MARCA UNA RESPUESTA

- | NINGÚN DESEO | | | | MUCHO DESEO | NO SÉ |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉₇ |

3. ¿Qué tan importante es para ti obtener capacitación para obtener el tipo de trabajo que quieres?

MARCA UNA RESPUESTA

- | NADA IMPORTANTE | | | | MUY IMPORTANTE | NO SÉ |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉₇ |

LO QUE PIENSAS TÚ

4. Por favor marca qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con la siguiente declaración:

Es mejor que una persona se case a que pase la vida siendo soltero(a).

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Muy de acuerdo
₂ De acuerdo
₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
₄ En desacuerdo
₅ Muy en desacuerdo
₉₇ No sé

5. ¿Qué tan alejada te mantienes de las personas que te puedan meter en problemas?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Casi nunca
₂ A veces
₃ Con frecuencia
₄ Casi siempre

Por favor marca qué tan ciertas sobre ti son las siguientes declaraciones.

6. Pienso que debo trabajar para obtener algo, si realmente lo deseo.

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Nada cierta sobre mí
₂ Un poco cierta sobre mí
₃ Bastante cierta sobre mí
₄ Muy cierta sobre mí
₉₇ No sé

7. Yo tomo decisiones que me ayudan a alcanzar mis metas.

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Nada cierta sobre mí
₂ Un poco cierta sobre mí
₃ Bastante cierta sobre mí
₄ Muy cierta sobre mí
₉₇ No sé

8. Algunas jóvenes sienten que no están listas para ser madres. Pienso que para estas mujeres la opción de dar a un hijo en adopción es una buena elección.

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Nada cierta sobre mí
₂ Un poco cierta sobre mí
₃ Bastante cierta sobre mí
₄ Muy cierta sobre mí
₉₇ No sé

La siguiente pregunta es sobre tu madre o tu padre, o sobre la persona que es como una madre o un padre para ti.

9. ¿Con qué frecuencia le hablas a tu madre o a tu padre sobre tus problemas?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Casi nunca
₂ Algunas veces
₃ Con frecuencia
₄ Casi siempre
₉₆ No tengo a una persona que sea como una madre o padre para mí

Las siguientes preguntas son sobre cómo te sientes siendo madre de un niño. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes declaraciones?

10. Durante el mes pasado, me he sentido atrapada por las cosas que tengo que hacer como madre.

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Muy de acuerdo
₂ De acuerdo
₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
₄ En desacuerdo
₅ Muy en desacuerdo

11. Considero que ser madre es algo positivo en mi vida.

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Muy de acuerdo
₂ De acuerdo
₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
₄ En desacuerdo
₅ Muy en desacuerdo

12. Encuentro que cuidar de mi(s) niño(s) es mucho más trabajo que placer.

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Muy de acuerdo
₂ De acuerdo
₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
₄ En desacuerdo
₅ Muy en desacuerdo

13. Me gusta pasar tiempo con mi(s) hijo(s).

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Muy de acuerdo
₂ De acuerdo
₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
₄ En desacuerdo
₅ Muy en desacuerdo

SOBRE TU NIÑO(A)

Las siguientes preguntas son sobre tu niño(a). (Si tienes más de un(a) niño(a), piensa en tu niño(a) más pequeño(a)).

14. ¿Cuándo nació este(a) niño(a)? _____ / _____
MES / AÑO

15. Un nacimiento prematuro es el que ocurre a las 36 semanas de embarazo o antes. A tu parecer, ¿crees que tuviste a tu niño(a) prematuramente?

- ₁ Sí
- ₂ No
- ₉₇ No sé

16. ¿Cuánto pesó tu niño(a) al nacer?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ 5½ (2½ kilogramos) libras o más
- ₂ Menos de 5½ libras (2½ kilogramos)
- ₉₇ No sé

17. La siguiente pregunta es sobre el periodo de tiempo después del nacimiento de tu niño(a). ¿Aproximadamente cuántas veces ha tenido tu niño(a) un chequeo médico regular? Con esto nos referimos a visitas con un médico o enfermera cuando tu niño(a) no está enfermo, pero que es sólo para chequearlo(a) o para vacunar(a). ¿Dirías qué . . .

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Nunca (**PASA A LA PREGUNTA #19**)
- ₂ 1 a 3 veces
- ₃ 4 veces o más
- ₉₇ No sé

18. ¿Cuándo fue el último chequeo médico regular de tu niño(a)?

MARCA LA FECHA DEL CHEQUEO MÁS RECIENTE

- ₁ Durante los últimos 3 meses
- ₂ Durante los últimos 6 meses
- ₃ Durante los últimos 12 meses
- ₄ Hace más de un año
- ₉₇ No sé

19. ¿Alguna vez le diste de lactar o le diste pecho a tu niño(a)?

- ₁ Sí
- ₀ No (**PASA A LA PREG. #21**)



20. ¿Qué edad tenía tu niño(a) cuando dejaste de darle de lactar o de darle pecho por completo?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Todavía le estoy dando de lactar
- ₂ Menos de un mes de edad
- ₃ Entre 1 y 2 meses de edad
- ₄ A los 3 meses de edad o más

21. ¿Vive contigo tu niño(a)?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₂ Sí
 - ₁ A veces
 - ₀ No
- (**PASA A LA PREG. # 23 EN LA PÁGINA 4**)



22. ¿Dónde vive tu niño(a) actualmente?

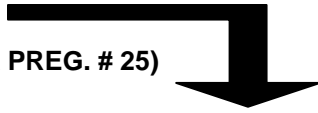
MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Con su padre
- ₂ Con otros parientes
- ₃ Con su familia adoptiva
- ₄ Otro (Describir _____)
- ₉₇ No sé

23. ¿Tiene tu niño(a) 3 meses de edad o más actualmente?

₁ Sí

₀ No (PASA A LA PREG. # 25)



24. ¿Ha recibido tu niño(a) alguna de las siguientes vacunas?

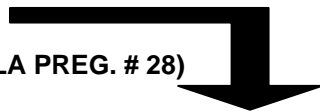
Marca una respuesta por cada opción		Sí	No	No sé
a.	Difteria, tétano y tos ferina o pertusis (DTaP)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
b.	Polio (IPV)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
c.	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
d.	Hepatitis B (HepB)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
e.	Neumonía (PCV)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
f.	Rotavirus (Rota)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇

SI TU NIÑO(A) NO VIVE CONTIGO, POR FAVOR PASA A LA PREGUNTA #28 EN LA PRÓXIMA PÁGINA

25. La siguiente pregunta es sobre las últimas cuatro semanas. En esas cuatro semanas, ¿ha recibido tu niño(a) algún tipo de cuidado infantil regular? Esto podría ser una guardería, un jardín de la infancia, un grupo de juego, una niñera, cuidado después de la escuela, un pariente o algún otro plan de cuidado infantil. ("Regular" quiere decir por lo menos una vez por semana por un mes o más.)

₁ Sí

₀ No (PASA A LA PREG. # 28)



26. ¿Cuál de las siguientes ha sido la opción principal para el cuidado de tu niño(a) en las últimas cuatro semanas?

MARCA UNA RESPUESTA

₁ El padre de mi niño(a) o su padrastro

₂ Mi hermano(a) de 13 años de edad o más

₃ Mi hermano(a) menor de 13 años de edad

₄ El abuelo o la abuela del/de la niño(a)

₅ Otro pariente

₆ Niñera o una persona que no sea un familiar

₇ Guardería infantil

₈ Cuidado infantil de familia

₉ _____

₁₀ Centro de cuidado infantil referido por _____

₁₁ Centro de cuidado infantil **no** referido por _____

₁₂ Otro (Describir _____)

₁₃ El/La niño(a) no ha recibido cuidado infantil en las últimas cuatro semanas

27. ¿Cuántas horas por semana recibe cuidado infantil tu niño(a)? Incluye todos los diferentes arreglos de cuidado infantil que uses.

Horas

₉₇ **MARCA AQUÍ SI NO SABES**

28. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor tu relación con el padre de este(a) niño(a)?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ No nos vemos ni nos hablamos
- ₂ Casi nunca nos vemos ni nos hablamos
- ₃ Somos amigos simplemente
- ₄ Estamos en una relación amorosa que termina y empieza continuamente
- ₅ Tenemos una relación romántica estable pero no estamos casados
- ₆ Estamos casados (**PASAR A LA PREGUNTA # 33**)
- ₇ No sé

SI ESTÁS CASADA CON EL PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A) PASA A LA PREGUNTA #33

29. ¿Tienen tú y el padre de este(a) niño(a) un acuerdo legal sobre los gastos para mantener al niño o a la niña, ayuda económica para ti, custodia, visitas o dónde vivirá el niño o la niña?

- ₁ Sí
- ₀ No

30. ¿Te da dinero el padre de este(a) niño(a) o compra ropa para el niño o la niña? ¿O paga él por las visitas médicas o te brinda otros tipos de apoyo?

- ₁ Sí
- ₀ No

31. ¿Te ayuda el padre de este(a) niño(a) de otras maneras, tales como cuidar al niño o a la niña, o ayudando con las tareas del hogar?

- ₁ Sí
- ₀ No

32. ¿Cuál es tu estado civil?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Soltera, nunca me he casado (incluyendo el estar viviendo con alguien o estar comprometida)
- ₂ Casada
- ₃ Separada o divorciada
- ₄ Viuda
- ₅ Otro (Describir _____)

33. ¿Con quién vives ahora?

MARCA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- a. Vivo sola
- b. Con mi esposo
- c. Con mi madre (incluye madrastra)
- d. Con mi padre (incluye padrastro)
- e. Con el padre de este bebé
- f. Con la madre del padre de este bebé
- g. Con el padre del padre de este bebé
- h. Con una pareja
- i. Con otros parientes
- j. Con amistades
- k. En un hogar comunitario/una institución
- l. En un hogar de crianza o "foster home"
- m. Otro lugar (Describir _____)

SOBRE TU SALUD

34. Hay algunos métodos que usan las personas para tratar de evitar enfermedades transmitidas sexualmente. ¿Qué métodos de prevención usaste este mes?

MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS

- ₁ No usé ningún método este mes
- ₂ Abstinencia (no tuve relaciones sexuales este mes)
- ₃ Condón o preservativo
- ₄ Condón femenino, bolsa vaginal
- ₅ Otro método (Describir _____)
35. Hay algunos métodos que usan las personas para tratar de evitar el embarazo. ¿Qué métodos de prevención usaste este mes?
- MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS**
- ₁ No usé ningún método este mes
- ₂ Abstinencia (no tuve relaciones sexuales este mes)
- ₃ Píldoras anticonceptivas
- ₄ Condón o preservativo
- ₅ Retirarse / eyacular afuera
- ₆ Depo-Provera, inyecciones
- ₇ Planificación familiar natural (el método del ritmo o del calendario, método de la temperatura o la prueba de mucosidad cervical)
- ₈ Diafragma
- ₉ Condón femenino, bolsa vaginal
- ₁₀ Espuma espermicida
- ₁₁ Crema o gel espermicida
- ₁₂ Capuchón cervical
- ₁₃ Supositorio anticonceptivo
- ₁₄ Esponja
- ₁₅ Dispositivo intrauterino o "DIU", resorte
- ₁₆ Píldoras de anticoncepción de emergencia para el día siguiente o "Morning after"
- ₁₇ Parche anticonceptivo
- ₁₈ Aro o anillo vaginal "NuvaRing"
- ₁₉ Implante anticonceptivo "Implanon"
- ₂₀ Otro método (Describir _____)

36. ¿Cuántas veces has estado embarazada en tu vida?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Una vez
- ₂ Dos veces
- ₃ Tres veces
- ₄ Más de tres veces

SOBRE TI

Estas preguntas son sobre ti.

37. ¿Cuántos años tienes?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ 12 años de edad o menos
- ₂ 13 años
- ₃ 14 años
- ₄ 15 años
- ₅ 16 años
- ₆ 17 años
- ₇ 18 años
- ₈ 19 años de edad o más

38. Piensa acerca de algún niño o niña que esté viviendo contigo. ¿Cuántos de ellos(as) están bajo tu cuidado?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₀ Cero (**PASA A LA PREG. #40**)
- ₁ Uno(a)
- ₂ Dos
- ₃ Tres o más

39. Cuántos de estos niños(as) diste a luz?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₀ Cero
- ₁ Uno(a)
- ₂ Dos
- ₃ Tres o más

40. ¿Eres hispana o latina?

- ₁ Sí
- ₀ No

41. Marca el casillero o casilleros que describan tu raza.

MARCA UNA O MÁS RESPUESTAS

- ₁ Blanca
- ₂ Negra o afro americana
- ₃ Asiática
- ₄ Hawaiana nativa o de otra isla del Pacífico
- ₅ India americana o nativa de Alaska
- ₆ Otra
(Describir _____)

42. ¿Cuál tu situación escolar actual?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ En la escuela o en el programa de GED
- ₂ Graduada de la escuela secundaria o "high school", o completé el programa de GED →PASA A LA PREGUNTA 44)
- ₃ Abandoné la escuela
- ₄ Otro
(Describir _____)

SI NO HAS TERMINADO LA SECUNDARIA O "HIGH SCHOOL" O NO HAS COMPLETADO TU GED:

43. ¿Quieres tener otro bebé antes de terminar la secundaria o 'high school'?

- ₁ Sí
- ₀ No
- ₉₇ No sé

44. ¿Cuál es el grado más avanzado que has completado?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ 8° grado o menos
- ₂ 9° grado
- ₃ 10° grado
- ₄ 11° grado
- ₅ 12° grado
- ₆ Algo de universidad
- ₇ Título universitario o más
- ₉₇ No sé

45. ¿Has estado alguna vez en un programa de capacitación para un trabajo?

- ₁ Sí
- ₀ No (PASA A LA PREG. #47)



46. ¿Alguna vez has completado un programa de capacitación para un trabajo?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Sí
- ₂ No y no estoy en un programa de capacitación para un trabajo en este momento
- ₃ No pero estoy en un programa de capacitación para un trabajo en este momento

47. ¿Cuántas horas trabajas a la semana?

ESCRIBE 00 SI NO TRABAJAS

Horas a la semana

48. ¿Recibes dinero o ayuda de alguna de las siguientes fuentes?

MARCA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- a. Medicaid
- b. Cupones de alimentos o “food stamps
- c. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- d. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- e. Seguro Social
- f. Desempleo o Compensación de Trabajadores
- g. Otro tipo de asistencia pública
- h. Sustento de menores
- i. Mi trabajo
- j. Esposo o pareja
- k. Mis padres (o uno de mis padres)
- l. Otro (Describir _____)

44b

49. ¿Cuál es tu fuente principal de apoyo económico?

MARCA UNA RESPUESTA

- ₁ Mi trabajo
- ₂ Esposo o pareja
- ₃ Padres
- ₄ Asistencia pública
- ₅ Otros parientes
- ₆ Otro
(Describir _____)

¡Eso es todo!

Muchas gracias por tu tiempo.

TO BE COMPLETED BY SURVEY ADMINISTRATION STAFF

After the survey has been completed and turned in, please complete this page. You will need to make a copy of the immunization records provided by the adolescent. **Do not complete this section in front of the adolescent.**

1. Child's birth date (can be copied from item #14):

____ / ____ MONTH / YEAR

2. Do you have access to this child's immunization record?

- ₁ Yes
₂ No (**SKIP TO PAGE 10**)

3. Using the child's immunization records, mark whether or not the child has received at least one dose of each of the immunizations listed below.

<i>Mark one for each</i>		Yes	No	Unknown/ Not mentioned
a.	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
b.	Inactivated Poliovirus (IPV)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
c.	<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
d.	Hepatitis B (HepB)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
e.	Pneumococcal (PCV)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇
f.	Rotavirus (Rota)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉₇

SURVEY ADMINISTRATOR:
YOU HAVE COMPLETED THIS RECORD ABSTRACTION.
THANK YOU FOR YOUR TIME!