

Primero quisieramos hacerle unas cuantas preguntas sobre usted y sobre antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé. Por favor marque el cuadro que corresponda a su respuesta.

1. Justo antes de que quedara embarazada, ¿tenía usted seguro médico? No cuente el Medicaid/Medical Assistance/Health Choices.

- No
- Sí

2. Justo antes de que quedara embarazada, ¿recibía usted beneficios de Medicaid/Medical Assistance/Health Choices?

- No
- Sí

3. Durante el *mes* antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitamina prenatal? Estas son pastillas que contienen varias vitaminas y minerales.

- Yo no tomaba ninguna multivitamina o vitamina prenatal
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

4. ¿En qué fecha nació usted?

/ / 19
 Mes Día Año

5. Justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras **O** Kilos

6. ¿Cuánto mide usted sin zapatos?

Pies Y Pulgadas

O Centímetros

7. Antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

- No → **Pase a la Pregunta 10**
- Sí

8. El bebé que tuvo justo antes de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o menos cuando nació?

- No
- Sí

9. El bebé que tuvo justo antes de tener a su nuevo bebé, ¿nació más de 3 semanas antes de la fecha esperada para su nacimiento?

- No
- Sí

Las siguientes preguntas son acerca del período de tiempo cuando quedó embarazada de su *nuevo* bebé.

10. Piense en el período justo antes de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿qué pensaba de quedar embarazada?

Marque una respuesta

- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca

2

Si quería quedar embarazada después, pase a la Pregunta 11. Si no, pase a la Pregunta 12.

11. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a menos de 4 años
- 4 años o más

12. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 15**

13. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 15**

14. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo nada para evitar el embarazo?

Marque todas las que correspondan

- No me importaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otra → Por favor escríbala:

Las siguientes preguntas son acerca de la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. La atención prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica antes de que su nuevo bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

15. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? (Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.)

_____ Semanas **O** _____ Meses

- No recuerdo

16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de atención prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños).

Semanas **O** Meses

No recibí atención prenatal

17. ¿Recibió usted atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

- No
- Sí
- Yo no quería recibir atención prenatal

Pase a la Página 4, Pregunta 19

18. A continuación se presenta una lista de problemas que pueden tener algunas mujeres para obtener atención prenatal. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si esto fue un problema para usted durante su embarazo más reciente o **No**, si no fue un problema o si no le corresponde.

- | | | No | Sí |
|---|----|----|----|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería. | No | Sí | |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas. | No | Sí | |
| c. No tenía cómo ir a la clínica ni al consultorio médico. | No | Sí | |
| d. No podía tomar tiempo libre de mi trabajo. | No | Sí | |
| e. El doctor o mi plan de salud no quiso empezar a atenderme antes, como yo quería. | No | Sí | |
| f. No tenía mi tarjeta de Medicaid/ Medical Assistance/Health Choices. . . | No | Sí | |
| g. No tenía quién cuidara a mis hijos. . . | No | Sí | |
| h. Estaba demasiado ocupada en otras cosas | No | Sí | |
| i. No quería que nadie supiera que estaba embarazada | No | Sí | |
| j. Otro | No | Sí | |
- Por favor escríbalo:

Si usted no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 24.

19. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de atención prenatal?

No incluya las consultas relacionadas con WIC.

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico privado o clínica de una HMO
- Centro médico comunitario
- Comadrona/Partera
- Otro —> Por favor escríbalo:

20. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
- Dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- adultBasic
- CHIP (El Programa de Seguro de Salud para Niños)
- Otra forma —> Por favor escríbala:

21. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque con un círculo **Sí**, si alguien le habló sobre el tema o **No**, si nadie le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. La forma en que el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . . | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé | No | Sí |
| c. La forma en que el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo . . . | No | Sí |
| e. Los métodos anticonceptivos que se pueden usar después de mi embarazo. | No | Sí |
| f. Las medicinas que se pueden tomar con seguridad durante mi embarazo. . . | No | Sí |
| g. La forma en que el consumo de drogas ilegales podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que haya en mi familia | No | Sí |
| i. Que hacer si comenzaran mis dolores de parto antes de tiempo . . . | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA). . . | No | Sí |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres . . . | No | Sí |

22. Nos gustaría saber qué opina sobre la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. Si fue a más de un lugar para recibir atención prenatal, responda lo que corresponda al lugar en el que recibió *la mayoría* de su atención. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si estuvo satisfecha o **No**, si no lo estuvo.

¿Estuvo satisfecha con—

- | | No | Yes |
|---|----|-----|
| a. El tiempo que tenía que esperar al llegar al lugar para las consultas? . . . | No | Sí |
| b. El tiempo que el doctor o la enfermera pasaba con usted durante las consultas? | No | Sí |
| c. El consejo que recibió sobre como cuidarse usted misma? | No | Sí |
| d. Lo comprensivo y respetuoso que el personal se mostró con usted? . . . | No | Sí |

23. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre cuantos kilos o libras debería aumentar durante su embarazo?

- No
- Sí

24. En cualquier momento durante su embarazo o parto más reciente, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 28**
- No sé

25. Durante su embarazo o parto más reciente, ¿le ofrecieron hacerle una prueba para detectar el VIH?

- No → **Pase a la Pregunta 28**
- Sí

26. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

- No → **Pase a la Pregunta 28**
- Sí

27. ¿Por qué rechazó la prueba para detectar el VIH?

Marque todas las que correspondan

- No pensaba que estaba en riesgo de contraer VIH
- No quería que la gente pensara que estaba en riesgo de contraer VIH
- Tenía miedo de saber el resultado
- Me hice la prueba antes de este embarazo y no creí que fuera necesario hacerla otra vez
- Otra razón → Por favor escríbala:

Las siguientes preguntas son acerca de su embarazo más reciente y sobre lo que pudiera haber sucedido durante ese embarazo.

28. Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios de WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
- Sí

6

29. ¿Tuvo alguno de estos problemas durante su embarazo más reciente? Para cada uno, marque con un círculo **Sí**, si tuvo el problema o **No**, si no lo tuvo.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>antes</i> de este embarazo | No | Sí |
| b. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>durante</i> este embarazo. | No | Sí |
| c. Sangrado vaginal | No | Sí |
| d. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) | No | Sí |
| e. Náuseas, vómitos, o deshidratación graves | No | Sí |
| f. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (insuficiencia cervical). | No | Sí |
| g. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluida la hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, o toxemia) | No | Sí |
| h. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) | No | Sí |
| i. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto (parto prematuro) | No | Sí |
| j. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto (ruptura prematura de membranas [PROM]). | No | Sí |
| k. Me hicieron una transfusión de sangre | No | Sí |
| l. Me lastimé en un accidente de automóvil | No | Sí |

Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Pregunta 31.

30. ¿Hizo alguna de las siguientes cosas debido a estos problemas? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Fui al hospital o sala de emergencia y me quedé menos de 1 día | No | Sí |
| b. Fui al hospital y me quedé de 1 a 7 días | No | Sí |
| c. Fui al hospital y me quedé más de 7 días | No | Sí |
| d. Me quedé en cama en mi casa más de 2 días porque me lo aconsejó mi doctor o enfermera | No | Sí |

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos y tomar alcohol.

31. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en los últimos 2 años? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No → **Pase a la Pregunta 35**
 Sí

32. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 Ninguno (0 cigarrillos)

33. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- Ninguno (0 cigarrillos)

34. ¿Cuántos cigarrillos fuma ahora en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- Ninguno (0 cigarrillos)

35. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años? (Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de bebida alcohólica fuerte [licor], o una bebida preparada.)

- No
- Sí

Pase a la Página 8,
Pregunta 38

36a. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

36b. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 5 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sentada
- No tomaba en ese entonces

37a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

37b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 5 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sentada
- No tomaba en ese entonces

8

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

38. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si le sucedió o **No**, si no le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario.)

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . | No | Sí |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja | No | Sí |
| c. Me mudé a otra dirección | No | Sí |
| d. No tenía un hogar donde vivir | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo . . . | No | Sí |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando | No | Sí |
| g. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal | No | Sí |
| h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada . . . | No | Sí |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar | No | Sí |
| j. Me peleé físicamente con otra persona | No | Sí |
| k. Yo o mi esposo o pareja estuvimos en la cárcel | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o drogas | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí . . . | No | Sí |

39. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez →
- Nunca →

Pase a la Pregunta 41a

40. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿hizo alguna de las siguientes cosas porque creyó que era peligroso salir o regresar a la comunidad donde vivía? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Falté a una cita con mi doctor o a otras citas | No | Sí |
| b. Limité ir al supermercado o hacer otras compras | No | Sí |
| c. Me quedé con otros familiares o amigos | No | Sí |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

41a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

41b. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante su embarazo más reciente.

42a. Durante su embarazo más reciente, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

42b. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

43. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?

Mes

Día

Año

44. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?

Mes

Día

Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

45. ¿En qué fecha nació su bebé?

Mes

Día

Año

46. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé? (Podría serle útil ver el calendario.)

Mes

Día

Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

47. ¿Cómo pagó por el parto?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
- Dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- adultBasic
- CHIP (El Programa de Seguro de Salud para Niños)
- Otra forma → Por favor escríbala:

10

Las siguientes preguntas son acerca del período de tiempo desde que nació su nuevo bebé.

48. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo?

- No
 Sí
 No sé

49. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo pasó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 24 a 48 horas (1 a 2 días)
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días o más
 Mi bebé no nació en el hospital
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 52**

50. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Pregunta 63**
 Sí

51. En estos momentos, ¿su bebé vive con usted?

- No → **Pase a la Pregunta 63**
 Sí

52. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o se sacó la leche con una bomba para alimentarlo?

- No → **Pase a la Pregunta 56**
 Sí

53. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche que se saca con una bomba?

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 55**

54. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche que se sacaba con una bomba?

____ Semanas O ____ Meses

- Menos de 1 semana

55. ¿Cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé la primera vez que lo alimentó con algo que no fuera leche materna? Incluya la fórmula, los alimentos para bebés, los jugos, la leche de vaca, el agua, el agua azucarada o cualquier otra cosa que le haya dado de comer a su bebé.

____ Semanas O ____ Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Todavía no le he dado de comer nada que no sea leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 61.

56. ¿Cuántas horas al día, en promedio, está su nuevo bebé en el mismo cuarto con una persona que está fumando?

____ Horas

- Menos de 1 hora al día
 Mi bebé nunca está en el mismo cuarto con una persona que está fumando

57. ¿Cómo acuesta ahora a su bebé la mayoría del tiempo para que se duerma?

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

58. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

59. ¿Tuvo su nuevo bebé una consulta con un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica durante la primera semana después de haber salido del hospital?

- No
- Sí

60. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? (Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a los 2, 4, o 6 meses de edad.)

- No
- Sí

61. ¿Tiene seguro médico o Medicaid/Medical Assistance/Health Choices para su nuevo bebé?

- No → **Pase a la Pregunta 63**
- Sí

62. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
- Seguro privado o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- CHIP (El Programa de Seguro de Salud para Niños)
- Otro → Por favor escríbalo:

63. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *ahora* para evitar el embarazo?

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 65**

64. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo nada para evitar el embarazo *ahora*?

Marque todas las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Creo que no puedo quedar embarazada (esterilidad)
- No tengo dinero para comprar anticonceptivos
- Estoy embarazada
- Otra → Por favor escríbala:

12

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

65. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar?

Marque **todas** las que correspondan

- Un cheque de sueldo o dinero de un trabajo de usted o su esposo o pareja
- Dinero de familiares o amigos
- Dinero de un negocio, honorarios, dividendos, o dinero por propiedades que tiene alquiladas
- Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños), asistencia pública, asistencia general, cupones de alimentos, o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)
- Beneficios por desempleo
- Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia
- Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, discapacidad, beneficios de veteranos, o pensiones
- Otra → Por favor escríbala:

66. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total de su hogar antes de impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. (Toda la información será confidencial y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.)

Marque **una** respuesta

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a \$14,999
- De \$15,000 a \$19,999
- De \$20,000 a \$24,999
- De \$25,000 a \$34,999
- De \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 ó más

67. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluyéndose usted, dependían de este dinero?

 Personas

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

68. ¿Cuál de las siguientes declaraciones le describe mejor durante los 3 meses antes de que quedara embarazada?

Marque **una** respuesta

- Estaba tratando de quedar embarazada
- No estaba tratando de quedar embarazada ni tratando de evitar quedar embarazada
- Estaba tratando de evitar quedar embarazada pero no estaba tratando mucho
- Estaba tratando mucho de evitar quedar embarazada

Si usted no fumó durante 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 70.
Si usted no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 70.

69. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica le aconsejó que dejara de fumar?

- No
- Sí
- Dejé de fumar antes de la primera consulta de atención prenatal

70. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe las reglas sobre fumar *dentro* de su casa durante su embarazo más reciente?

Marque una respuesta

- A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en cualquier parte de mi casa

71. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿buscó ayuda de un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica para la depresión?

- No
- Sí

72. En cualquier momento durante su embarazo más reciente o después del parto, ¿un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

- No
- Sí

Si el bebé no está vivo o si no vive con usted, pase a la Página 14, Pregunta 76a.

73. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
- Sí

74. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad. Para cada una, marque con un círculo **SÍ**, si corresponde a su situación o **No**, si no le corresponde.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Cuando salí del hospital, llevé a mi bebé a la casa en un asiento de seguridad | No | Sí |
| b. Siempre, o casi siempre, pongo a mi bebé en un asiento de seguridad cuando viajo en carro | No | Sí |
| c. En mi casa hay una alarma contra incendios que funciona | No | Sí |
| d. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | No | Sí |

14

75. A continuación aparece una lista de declaraciones sobre los asientos de seguridad en carro. Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si está de acuerdo con la declaración o **Falso**, si no lo está.

- | | Cierto | Falso |
|---|---------------|--------------|
| a. Los nuevos bebés deben ir sentados en asientos de seguridad viendo hacia atrás del carro | Cierto | Falso |
| b. Los asientos de seguridad no deben colocarse frente a la bolsa de aire | Cierto | Falso |

76a. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

76b. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

77. Esta pregunta es sobre cosas que le pudieron haber sucedido durante su embarazo más reciente. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si le sucedió o **No**, si no le sucedió.

Durante su embarazo más reciente—

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir temerosa de alguna manera | No | Sí |
| b. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja | No | Sí |
| c. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir | No | Sí |
| d. Su esposo o pareja la forzó a participar en una actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir mal) | No | Sí |

78. Esta pregunta es sobre cosas que le pudieron haber sucedido desde el nacimiento de su bebé. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si le sucedió o **No**, si no le sucedió.

Desde su parto más reciente—

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Su ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trato de estrangularla, o lastimó físicamente de cualquier otra forma | No | Sí |
| b. Su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma | No | Sí |
| c. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna manera | No | Sí |
| d. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja | No | Sí |
| e. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir | No | Sí |
| f. Su esposo o pareja la forzó a participar en una actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir mal) | No | Sí |

79. Esta pregunta trata sobre la atención dental durante su embarazo más reciente. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si es cierta o **No**, si no lo es.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Necesité ir al dentista por un problema | No | Sí |
| b. Fui a un dentista o clínica dental | No | Sí |
| c. Un trabajador de atención dental o médica de otro tipo me habló sobre como cuidarme los dientes y las encías | No | Sí |

80.Cuál de las siguientes declaraciones describe las reglas sobre fumar dentro de su casa ahora?

Marque una respuesta

- A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

81. ¿Cuál es la fecha de hoy?

Mes	Día	Año

16

Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de Pennsylvania.

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

Sus respuestas nos ayudan en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Pennsylvania.

11 Diciembre 2006