

Por favor, marque sus respuestas. Siga las instrucciones que se incluyen en las preguntas. Si no hay instrucciones, marque el cuadro junto a su respuesta o escríbala sobre la línea. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Primero quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de *usted* y del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

1. En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si usted no lo hizo.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso | No | Sí |
| b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos | No | Sí |
| d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes | No | Sí |
| e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta. | No | Sí |
| f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar . . . | No | Sí |
| h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental . . | No | Sí |

2. Durante el *mes antes* de su embarazo de su nuevo bebé, ¿tenía usted algún tipo de cobertura de seguro médico que aparecen en la lista a continuación?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)
- adultBasic
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

3. Durante el *mes antes* de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

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

_____ Libras **O** _____ Kilos

2

5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies Y Pulgadas

O Metros

6. ¿En qué fecha nació usted?

/ / 19
Mes Día Año

7. Antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía diabetes tipo 1 o tipo 2? Esto no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes del embarazo que empieza durante el embarazo.

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 11**
 Sí

9. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé pesó *más* de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) al nacer?

- No
 Sí

10. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su *nuevo* bebé.**11. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿cómo se sentía 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

Si usted quería quedar embarazada después, conteste la Pregunta 12, si no pase a la Pregunta 13.

12. ¿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

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

14. 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 [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

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

Marque todas las opciones que apliquen

- No me preocupaba 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:

DURANTE EL EMBARAZO

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

16. ¿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

17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado 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 del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

Semanas **O** Meses

No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Página 4, Pregunta 19

Pase a la Página 4, Pregunta 18

18. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 20

19. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal o que lo obtuviera tan pronto como lo hubiera querido? Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si le pasó a usted, o **Falso**, si no le pasó, o si no le aplica.

Cierto Falso

- a. No podía conseguir una cita cuando quería Cierto Falso
- b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas Cierto Falso
- c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico. . . Cierto Falso
- d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería Cierto Falso
- e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas Cierto Falso
- f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela. Cierto Falso
- g. No tenía mi tarjeta de Medicaid/ Medical Assistance/Health Choices Cierto Falso
- h. No tenía quien cuidara a mis hijos Cierto Falso
- i. No sabía que estaba embarazada. . Cierto Falso
- j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada Cierto Falso
- k. No quería recibir cuidado prenatal Cierto Falso

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 25.

20. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado 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:

21. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por su *cuidado prenatal*?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)
- adultBasic
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

22. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de 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 círculo **No**, si nadie le habló sobre el tema.**

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé. | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé | No | Sí |
| c. Cómo 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. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo . . . | No | Sí |
| f. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé. | No | Sí |
| g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia. | No | Sí |
| h. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada). | No | Sí |
| i. Qué hacer si el parto comienza antes de tiempo | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) . . | No | Sí |
| k. Qué hacer si me llevo a sentir deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé . . . | No | Sí |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres . . | No | Sí |

23. Nos gustaría saber cómo usted se sintió sobre el cuidado prenatal que recibió durante su *más reciente* embarazo. Si fue a más de un lugar para recibir cuidado prenatal, responda sobre el lugar en el que recibió *la mayoría* de su cuidado. Para cada una, marque con un círculo **Sí, si estuvo satisfecha o **No**, si no lo estuvo.**

¿Estuvo satisfecha con—

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. El tiempo que tenía que esperar al llegar al lugar para las consultas? . . | No | Sí |
| b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba con usted durante las consultas? | No | Sí |
| c. El consejo que recibió sobre cómo cuidarse usted misma? | No | Sí |
| d. La comprensión y el respeto que el personal le demostró? | No | Sí |

24. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cuantos kilos o libras debería aumentar durante su embarazo?

- No
- Sí

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

- No
- Sí →
- No sé

Pase a la Página 6, Pregunta 29

Pase a la Página 6, Pregunta 26

6

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

- No → **Pase a la Pregunta 29**
 Sí

27. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

- No → **Pase a la Pregunta 29**
 Sí

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

Marque todas las opciones que apliquen

- 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 → Por favor, escríbala:

29. Durante su *más reciente* embarazo, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
 Sí

30. Durante su *más reciente* embarazo, ¿alguna vez le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?

- No
 Sí

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

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

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

32. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 2 años?

- No → **Pase a la Pregunta 37**
 Sí

33. 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
 No fumaba en ese entonces

34. 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
 No fumaba en ese entonces

Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 36.

35. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que dejara de fumar?

- No
 Sí
 Dejé de fumar antes de mi primera consulta de atención prenatal
 No recibí cuidado prenatal

36. ¿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
 No fumo ahora

37. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor 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

8

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes, durante y después del embarazo.

38. En los últimos 2 años, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 41**
 Sí

39a. En 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 → **Pase a la Pregunta 40a**

39b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

40a. En 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 → **Pase a la Pregunta 41**

40b. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

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

41. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su 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 en donde vivir | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió su 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. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí . . . | No | Sí |

42. 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 44**

Pase a la Pregunta 43

43. 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 |

44. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

45. Durante su más reciente embarazo, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra 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.)

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

| |
|---|
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 Mes Día Año |
|---|

10

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

____ / ____ / 20
Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

48. ¿En qué fecha nació su bebé?

____ / ____ / 20
Mes Día Año

49. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

____ / ____ / 20
Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

50. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por el parto de su nuevo bebé?

Marque **todas** las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)
- adultBasic
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi parto

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

- No
- Sí
- No sé

52. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 55**

53. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 64**
- Sí

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 64**
- Sí

55. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 58b**
- Sí

Pase a la Pregunta 56

56. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 58a**

57. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

- Semanas **O** Meses
 Menos de 1 semana

58a. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?

- Semanas **O** Meses
 Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

58b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

- Semanas **O** Meses
 Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Mi bebé no ha comido ningún alimento

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 62.

59. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?

Marque una respuesta

- De lado
 Boca arriba
 Boca abajo

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

61. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 64**
 Sí

63. ¿Qué tipo de cobertura de los seguros médicos tiene su nuevo bebé?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
 Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
 Medicaid/Medical Assistance/Health Choices
 TRICARE u otro seguro médico militar
 Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)
 Otro recurso(s) → Por favor, escríbalo:

 No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

64. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?
 (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 66

65. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque todas las opciones que apliquen

- 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 ahora
- Otra \longrightarrow Por favor, escríbala:

66. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:

| | | | | |
|--------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Rara vez | A veces | A menudo | Siempre |

- a. Me sentí decaída, deprimida o triste. . .
- b. Me sentí sin esperanzas
- c. Sentí que hacía menos que antes . . .

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

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

Marque una respuesta

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

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

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

69. En algún momento durante su *más reciente* embarazo, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?

- No
- Sí

70. En algún momento durante su *más reciente* embarazo o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

- No
- Sí

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

Durante su *más reciente* embarazo—

- | | 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 caricias o actividades sexuales cuando usted no quería | No | Sí |

72. Esta pregunta trata sobre el cuidado dental durante su *más reciente* embarazo. 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 profesional de atención dental o médica de otro tipo me habló acerca de cómo cuidarme los dientes y las encías. | No | Sí |

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

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 declaración, 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 un detector de humo que funciona. | No | Sí |
| d. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | No | Sí |

75. A continuación aparece una lista de declaraciones sobre los asientos de seguridad de 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 |

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

Desde el nacimiento de su nuevo bebé—

- | | 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 caricias o actividades sexuales cuando usted no quería | No | Sí |

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

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Dinero de familiares o amigos
- Dinero de un negocio, inversiones o dinero por propiedades que tiene alquiladas
- Un sueldo o salario de un trabajo (de usted o el de su esposo o pareja)
- Cupones de alimentos o WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)
- Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, asistencia pública, asistencia general, 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:

78. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, 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.)

- 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

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

Personas

80. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20
Mes Día Año

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 ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Pennsylvania.