

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

2. *Justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
Mes Día Año

4. *Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No → **Pase a la Pregunta 7**
 Sí

5. 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

6. ¿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 *antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé.

7. 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 **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

	No	Sí
a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid, Medical Assistance, o Health Choices
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

9. Durante el *mes antes* de quedar 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 en el *mes antes* de mi embarazo
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo mejorar su salud antes de un embarazo?

- No
- Sí

11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

Para cada una, marque No, si no tuvo la condición, o Sí, si la tuvo.

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (NO es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo).....
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión...
- c. Depresión.....

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

12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de lo que quería

Pase a la Pregunta 14

Pase a la Pregunta 13

13. ¿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 5 años
- Más de 5 años

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 18**

15. 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 quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

Pase a la Pregunta 16

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

Marque TODAS las que correspondan

- 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 quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja **no estaba** haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta 18.

17. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?

Marque TODAS las que correspondan

- Píldora anticonceptiva
- Condomes
- Inyección (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo (Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o ParaGard®)
- Método del planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- Otro —————> Por favor, escríbalo:

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. 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.)

18. ¿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 Pregunta 20

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

No

Sí —————>

Pase a la Pregunta 21

Pase a la Pregunta 20

20. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

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

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 23.

21. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid, Medical Assistance, o Health Choices
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- _____
- No tenía ningún seguro médico para 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 No, si nadie le habló sobre el tema, o Sí, si alguien le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No
 Sí
 No sé

24. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna contra la influenza o le aconsejó que se la pusiera?

- No
 Sí

25. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No Pase a la Pregunta 27
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

26. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

/
 Mes Año

- No me acuerdo

27. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes durante su embarazo *más reciente*.
Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

29. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 33**
 Sí

Pase a la Pregunta 30

30. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar durante su embarazo *más reciente*?

- Una enfermera
 Una asistente de enfermería
 Una maestra o educador de salud
 Una trabajadora social
 Otra persona → Por favor, escríbala:

No sé

31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender como prepararse para su nuevo bebé?

- Una vez
 De 2 a 4 veces
 5 veces o más

32. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque **No, si no le habló sobre el tema o **Sí**, si le habló sobre el tema.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El maltrato físico o emocional que algunos esposos o parejas dan a las mujeres..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi bienestar emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No
 Sí

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿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

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

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

No → **Pase a la Pregunta 39**

Sí

36. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? 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

37. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? 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

38. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? 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

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

39. 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 Página 10, Pregunta 42**

Sí



40. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 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

41. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 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

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.

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redujeron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

- No
 Sí

44. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez recibió alimentos de una iglesia, de una despensa de comida, del banco de alimentos o comió en un comedor de beneficencia debido a una emergencia?

- No
 Sí

45. 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 47

Pase a la Pregunta 47

46. 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 **No, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Falté a una cita con mi doctor o a otras citas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Limité ir al supermercado o hacer otras compras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me quedé con otros familiares o amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. 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

48. Durante su embarazo *más reciente*, ¿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.

49. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

50. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté libras
 No aumenté peso, pero bajé libras
 Mi peso no cambió durante mi embarazo
 No sé

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 (NICU)?

- 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 → *Lamentamos mucho su pérdida.*
 Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 65**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 64**
 Sí

55. ¿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 Página 12, Pregunta 58**
 Sí

Pase a la Página 12, 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 58**

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

58. ¿Qué tipo de *seguro médico* tiene su nuevo bebé ahora?

Marque TODAS las que correspondan

Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres

Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros

Medicaid, Medical Assistance, o Health Choices

Children's Health Insurance Program (CHIP)

TRICARE u otro seguro médico militar

Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

59. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló.

No Sí

- a. Ayuda o información sobre dar pecho.....
- b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada....
- c. Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar después del parto.....
- d. Depresión posparto.....
- e. Grupos de apoyo para nuevos padres....
- f. Recursos en mi comunidad tales como programas de visita de una enfermera, líneas telefónicas de ayuda, orientación, etc.....
- g. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo ...

60. ¿Le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre cómo acostar a su nuevo bebé para dormir?

No

Sí

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 64.

61. 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

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

63. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*. Para cada una, marque **No**, si no corresponde a su bebé normalmente, o **Sí**, si corresponde a su bebé normalmente.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores gruesos o de felpa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi nuevo bebé duerme con almohadas especiales para controlar la postura (infant positioner)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

64. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse y a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

65. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

Pase a la Página 14, Pregunta 67

Pase a la Página 14, Pregunta 66

66. ¿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 que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para conseguir anticonceptivos cuando los necesito
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
- Estoy embarazada ahora
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 68.

67. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure[®], Adiana[®])
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera[®])
- Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra[®]) o Anillo vaginal (NuvaRing[®])
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®] o ParaGard[®])
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

68. *Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.*

- No
- Si

69. *Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?*

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

70. Desde que nació 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

71. ¿Qué tipo de *seguro médico* tiene *usted ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
 Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
 Medicaid, Medical Assistance, o Health Choices
 Children's Health Insurance Program (CHIP)
 TRICARE u otro seguro médico militar
 Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

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

- No
 Sí

73. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *dijo que tenía depresión*?

- No
 Sí

74. En algún momento durante su embarazo *más reciente* 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

75. Esta pregunta es sobre cosas que le **podieron haber sucedido durante su embarazo *más reciente***. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **SÍ**, si le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 78.

76. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad. Para cada una, marque **No**, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 78.

77. A continuación aparece una lista de declaraciones sobre los asientos de seguridad de carro. Para cada una, marque **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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los asientos de seguridad no deben colocarse frente a la bolsa de aire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

- No
 Sí

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

80. Desde que nació 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

81. ¿Recibió usted la vacuna Tdap antes, durante o después de su embarazo más reciente? La vacuna Tdap protege contra el tétano, difteria y la tos ferina. Tdap era nueva en el año de 2005.

Marque UNA respuesta

- No
 Sí, recibí Tdap antes de mi embarazo
 Sí, recibí Tdap durante mi embarazo
 Sí, recibí Tdap después de mi embarazo
 No sé

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

82. 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.

- De \$0 a \$15,000
- De \$15,001 a \$19,000
- De \$19,001 a \$22,000
- De \$22,001 a \$26,000
- De \$26,001 a \$29,000
- De \$29,001 a \$37,000
- De \$37,001 a \$44,000
- De \$44,001 a \$52,000
- De \$52,001 a \$56,000
- De \$56,001 a \$67,000
- De \$67,001 a \$79,000
- \$79,001 ó más

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

Personas

84. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20

Mes Día Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Pennsylvania.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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