

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

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.

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

_____ Pies _____ Pulgadas _____ Centímetros

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

_____ Libras _____ 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

SÍ [Por favor, responda a las siguientes]

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

Sí

No

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

Sí

No

5. 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?

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"/> |

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

[Por favor, marque ✓ TODAS las que correspondan]

- Seguro médico privado
- Medicaid
- Algún otro tipo de seguro médico. Por favor, escríbalo: _____
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

7. 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?

- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana
- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de mi embarazo

8. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los siguientes 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 hablo acerca del tema, o SÍ, si alguien habló acerca de eso.]

	NO	SÍ
a. Tomar vitaminas con ácido fólico antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tener un peso saludable antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Poner al día mis vacunas antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Controlar cualquier enfermedad tal como la diabetes o la presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Recibir orientación o tratamiento para la infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Cómo el uso de drogas ilegales puede afectar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? [Para cada condición, marque ✓ Sí, si tuvo esa condición, o No, si no la tuvo.]

	NO	SÍ
a. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Anemia (falta de hierro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Problemas de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Presión sanguínea alta o hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	El síndrome de ovario poliquístico (SOP), la insuficiencia ovárica primaria, la endometriosis, fibromas uterinos, o infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

11. ¿Por cuántos meses había estado tratando de quedar embarazada? [No cuente largos períodos de tiempo en que usted y su pareja estaban separados o no tenían relaciones sexuales.]

- De 0 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- De 7 a 12 meses
- De 13 a 24 meses
- Más que 24 meses

- No quería quedar embarazada** – [POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES]

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

- SÍ**- Hicimos algo para evitar el embarazo [Por favor, responda a las siguientes]

➔ **Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?** [Por favor, marque ✓ TODAS las que correspondan]

- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera®)
- Implante anticonceptivo (Implanon®) o parche (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o Paraguard®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo) o el hombre se retira (Coitus interruptus)
- Otro Por favor, escríbalo: _____

- NO**- No hicimos nada para evitar el embarazo [Por favor, responda a las siguientes]

➔ **¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?** [Por favor, marque TODAS las que correspondan]

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otro Por favor, escríbala: _____

12. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad durante *el mes que quedó embarazada de su nuevo bebé?* [Por favor, marque ✓ TODAS las que correspondan]

- Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (incluye Clomid®, Serophene®, Pergonal® u otros medicamentos que estimulan la ovulación)
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en que se colecta el semen, no óvulos, y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer)
- Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro [IVF], transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT], inyección de semen intracitoplásmica [ICSI], transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donante).
- Otro tratamiento médico. Por favor, escríbalo: _____
- No estaba usando ningún tratamiento para la fertilidad durante *el mes* cuando quedé embarazada de mi nuevo bebé

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 ser útil ver el calendario.)

13. ¿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 Nacional de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)]

_____ Semanas **O** _____ Meses

- No recibí cuidado prenatal

→ ¿Recibió cuidado prenatal tan pronto en su embarazo como lo hubiera querido?

- SÍ**
- NO** – No recibí cuidado prenatal tan pronto en su embarazo como lo hubiera querido
- NO** – No recibí cuidado prenatal [Por favor, responda a las siguientes]

→ ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería?

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

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

[Por favor, 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
- Algún otro tipo de seguro médico. Por favor, escríbalo: _____
- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi cuidado prenatal

15. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud 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. <u>Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Cómo fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Darle pecho a mi bebé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Cómo tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <u>Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <u>Cómo usar drogas ilegales podría afecta a mi bebé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. <u>Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. <u>Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza mas de 3 semanas antes de la fecha esperada)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. <u>Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. <u>El maltrato física que algunos esposos o parejas dan a las mujeres</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. <u>Cómo puede evitar la exposición al plomo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. <u>Cómo comer pescado que contiene altos niveles de mercurio podría afectar a mi bebé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Ha tratado de evitar o limitar la cantidad de pescado que come que contiene altos niveles de mercurio?

- SÍ NO

17. ¿Le ofrecieron dos pruebas del VIH (el virus que causa SIDA) durante el embarazo o parto?

NO

SÍ [Por favor, responda a las siguientes]

➔ **En cualquier momento durante su embarazo más reciente o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH?**

[Por favor, marque ✓ TODAS las que correspondan]

- NO – No me ofrecieron ninguna prueba de VIH
- NO – Sólo me ofrecieron 1 prueba de VIH
- SÍ – Me ofrecieron 2 pruebas de VIH

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

NO

SÍ [Por favor, responda a la siguiente]

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

NO

SÍ

19. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció la vacuna Tdap o le *aconsejó* que se la pusiera? (La vacuna Tdap protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina)

NO

SÍ [Por favor, responda a la siguiente]

➔ ¿*Recibió* la vacuna Tdap durante su embarazo?

NO

SÍ

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

NO

SÍ [Por favor, responda a la siguiente]

➔ Durante su embarazo *más reciente*, cuando fue a sus citas de WIC, ¿habló usted sobre dar pecho con una consejera en lactancia materna o con otro miembro del personal de WIC?

NO

SÍ

21. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía depresión?

SÍ

NO

22. 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)?

SÍ

NO

23. 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 diente 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 <u>seguro</u> para pagar el cuidado dental durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Necesité consultar a un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo más reciente? [Para cada una, marque ✓

NO si no tuvo la condicion, o SÍ, si la tuvo.]

	NO	SÍ
a. Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Infección de riñón o vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan graves que tuve que ir al doctor o al hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebe antes de tiempo (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluye la hipertensión inducida por el embarazo [PIH]), preeclampsia o toxemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas [PROM])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me hicieron una transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Me lastimé en un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

25. En los últimos 2 años, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?

NO

SÍ [Por favor, responda a las siguientes]

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

14 o más bebidas a la semana

7 a 13 bebidas a la semana

4 a 6 bebidas a la semana

1 a 3 bebidas a la semana

Menos de 1 bebida a la semana

No tomaba en ese entonces

→ En los **3 meses** antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

6 veces o más

4 a 5 veces

2 a 3 veces

1 vez

No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

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

14 o más bebidas a la semana

7 a 13 bebidas a la semana

4 a 6 bebidas a la semana

1 a 3 bebidas a la semana

Menos de 1 bebida a la semana

No tomaba en ese entonces

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos alrededor de la época del embarazo.

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

NO

SÍ [Por favor, responda a las siguientes]

→ En los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 41 cigarrillos o más | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> De 21 a 40 cigarrillos | <input type="checkbox"/> De 1 a 5 cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarrillos | <input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarrillo |

→ En los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 41 cigarrillos o más | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> De 21 a 40 cigarrillos | <input type="checkbox"/> De 1 a 5 cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarrillos | <input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarrillo |

→ ¿Dejó usted de fumar durante el tiempo antes o durante su embarazo mas reciente?

- No
- No, pero fumaba menos
- Sí, dejé de fumar antes de enterarme que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar más tarde en el embarazo

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

- No
- Sí
- No recibí cuidado prenatal

¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 41 cigarrillos o más | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> De 21 a 40 cigarrillos | <input type="checkbox"/> De 1 a 5 cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarrillos | <input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarrillo |

27. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuántas horas por día, en un día normal, estaba en la misma habitación o vehículo con otra persona que estaba fumando?

_____ Horas _____ Nunca estaba en la misma habitación o vehículo con alguien que fumaba



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.

28. 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 ser 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 quede 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. Cortaron 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 o 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"/>

29. 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?

SÍ

NO

30. 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?

SÍ

NO



Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

31. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

____ / ____ / 20____
Mes Día Año

32. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?

- Parto vaginal
- Parto por cesárea (c-section) [Por favor, responda a las siguientes]
 - ➔ **¿Cuál fue la razón que por la que su nuevo bebé nació por cesárea?**
[Por favor, marque ✓ TODAS las que correspondan]
 - Había tenido anteriormente un parto por cesárea
 - Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
 - Se había pasado la fecha esperada del parto
 - A mi proveedor de salud le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
 - El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
 - Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
 - Mi proveedor de salud trató de inducir mi parto, pero no funcionó
 - El parto estaba tomando demasiado tiempo
 - El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
 - Deseaba programar el parto
 - No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
 - Otra → Por favor, escríbala: _____

33. Al final de su embarazo más reciente, ¿cuánto peso había aumentado? Marque UNA respuesta

- 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.

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

- Menos de 24 horas (menos de 1 día) Más que 14 días
 De 24 a 48 horas (1 a 2 días) Mi bebé todavía está en el hospital
 De 3 a 5 días Mi bebé no nació en el hospital
 De 6 a 14 días

→ Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
 Sí

35. ¿Su bebé está vivo?

- NO** Lamentamos mucho su pérdida → [Por favor, pase a la Página 12]
 SÍ [Por favor, responda a las siguientes]

→ En estos momentos, ¿vive usted con su bebé?

- No
 Sí

→ ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé con un chupón? [Marque UNA respuesta]

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

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

- De lado
 Boca arriba
 Boca abajo

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

→ ¿Por cuántas horas por día, en un día normal, está su nuevo bebé en la misma habitación o vehículo con otra persona que está fumando?

___ Horas ___ Mi bebé nunca está en la misma habitación o vehículo con alguien que está fumando

→ ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- SÍ** → [Pase a la Página 12]
 NO

→ ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé? [Marque todas que correspondan]

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamento No quería dar pecho
 Tenía otros niños que cuidar Traté pero era demasiado difícil
 Tenía demasiadas tareas domésticas Otra → Por favor, escríbala: _____

36. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su bebé.

[Para cada una, marque **NO**, si no sucedió eso, o **SÍ**, se sucedió.]

	NO	SÍ
a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Le di pecho a mi bebé en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. En el hospital me dieron un extractor de leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Un En el hospital me dieron un numero telefonico para obtener ayuda relacionada con dar pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. ¿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.

SÍ [Por favor, responda a las siguientes]

→ **¿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®) o 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: _____

NO [Por favor, responda a las siguientes]

→ **¿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

38. 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.

SÍ

NO

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

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

40. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora? [Por favor, marque ✓ TODAS las que correspondan]

- Seguro médico privado
- Medicaid
- Algún otro tipo de seguro → Por favor escríbalo: _____
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

41. ¿Se obtiene el agua que utiliza en su casa, apartamento, o remolque del suministro de agua de la ciudad o condado, o de un pozo privado?

- Suministro de agua de la ciudad o condado
- Pozo privado
- Otra fuente de agua → Por favor escríbala: _____
- No sé

42. ¿Cuál es el grado escolar más alto que ha terminado?

- Nunca asistí a la escuela
- Escuela secundaria (o recibí el GED)
- 8° grado o menos
- Algunos cursos en la universidad o colegio comunitario
- Escuela secundaria, pero no terminé
- Graduada de la universidad, o más

43. ¿Qué idioma hablan en casa? Si hablan más de uno, elija el que usa con mayor frecuencia.

- Inglés
- Inglés y español igualmente
- Español
- Otro idioma. Por favor escríbalo: _____

44. ¿En qué país nació usted?

- Los Estados Unidos
- Otro país → Por favor escríbalo: _____
- ¿En qué año empezó a vivir en los Estados Unidos? _____

45. 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.]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> De 0 a \$15,000 | <input type="checkbox"/> \$37,001 a \$44,000 |
| <input type="checkbox"/> \$15,001 a \$19,000 | <input type="checkbox"/> \$44,001 a \$52,000 |
| <input type="checkbox"/> \$19,001 a \$22,000 | <input type="checkbox"/> \$52,001 a \$56,000 |
| <input type="checkbox"/> \$22,001 a \$26,000 | <input type="checkbox"/> \$56,001 a \$67,000 |
| <input type="checkbox"/> \$26,001 a \$29,000 | <input type="checkbox"/> \$67,001 a \$79,000 |
| <input type="checkbox"/> \$29,001 a \$37,000 | <input type="checkbox"/> \$79,001 o más |

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

_____ Personas

47. ¿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 Florida.

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!
Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Florida.***

