

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
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Medipass
- 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

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 quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo y bebé saludable?

No → Pase a la Pregunta 9
 Sí

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 con un círculo Sí, si alguien habló con usted acerca de eso, o No, si nadie le habló de eso.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Tomar una vitamina con ácido fólico antes del embarazo | No | Sí |
| b. Tener peso saludable antes del embarazo | No | Sí |
| c. Poner al día mis vacunas antes del embarazo | No | Sí |
| d. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo | No | Sí |
| e. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia | No | Sí |
| f. Controlar cualquier enfermedad tal como la diabetes o la presión alta . . . | No | Sí |
| g. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad | No | Sí |
| h. Saber si hay riesgos de tomar medicinas con receta o sin receta durante el embarazo. | No | Sí |
| i. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé | No | Sí |
| j. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé . . . | No | Sí |
| k. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé . . . | No | Sí |

9. 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

10. Durante los 3 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguno de los siguientes problemas de salud? Para cada problema, marque con un círculo Sí, si tuvo ese problema o No, si no lo tuvo.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Asma | No | Sí |
| b. Presión sanguínea alta (hipertensión) . . | No | Sí |
| c. Anemia (falta de hierro). | No | Sí |
| d. Problemas cardíacos | No | Sí |
| e. Epilepsia (convulsiones) | No | Sí |
| f. Problemas de la glándula tiroides . . . | No | Sí |
| g. Depresión | No | Sí |
| h. Ansiedad | No | Sí |

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

No → Pase a la Pregunta 15
 Sí

12. ¿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

13. ¿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

14. Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿había tenido algún bebé por cesárea o c-section (cuando el doctor hace una cortada por medio del vientre de la madre para sacar al bebé)?

- No
 Sí

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

15. 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

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

- No
 Sí →

Pase a la **Página 4, Pregunta 20**

17. 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 19**

Pase a la **Pregunta 18**

18. ¿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:

Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la **Página 4, Pregunta 20.**

19. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿qué método estaba usando usted o su esposo o pareja para evitar un embarazo?

Marque todas las opciones que apliquen

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
 Vasectomía (esterilización masculina)
 La píldora anticonceptiva
 Condones
 Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera[®])
 Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
 Parche anticonceptivo (Orthoevra[®])
 Diafragma, capuchón o esponja cervical
 Anillo vaginal (Nuvaring[®])
 IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®])
 Método del ritmo o planificación familiar natural
 El hombre se retira (Coitus interruptus)
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
 Control de la natalidad de emergencia (la "píldora del día después")
 Otro → Por favor, escríbalo:

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.)

20. ¿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

21. ¿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 23**

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

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 24**
Pase a la Pregunta 23

23. ¿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 . . | 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 26.

24. ¿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
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Medipass
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

25. 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 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 |

26. 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 → **Pase a la Pregunta 30**
- No sé

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

- No → **Pase a la Pregunta 30**
- Sí

28. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

- No → **Pase a la Pregunta 30**
- Sí

29. ¿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:

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

- No
- Sí

6

31. 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

32. ¿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.

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

- No → **Pase a la Pregunta 39**
 Sí

34. 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

35. 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 38.

36. ¿Dejó usted de fumar durante el tiempo antes o durante su *más reciente* embarazo?

- 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 ya entrado mi embarazo

37. 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

38. ¿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

39. ¿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

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

40. 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 8, Pregunta 43**
- Sí

Pase a la Pregunta 41a

41a. 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 42a**

41b. 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

42a. 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 Página 8, Pregunta 43**

42b. 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.

43. 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 |

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

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

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

- No tuve a mi bebé en un hospital

48. ¿En qué fecha nació su bebé?

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

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

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 52**
- Parto por cesárea
(c-section)

50. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea?

Marque todas las opciones que apliquen

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea
- Mi bebé estaba en una posición mala
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a un problema médico
- Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal demostró que había problemas con el bebé durante el parto
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra(s) razón(es) ➤ Por favor, escríbala(s):

51. ¿Cuál de las siguientes declaraciones *mejor* describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?

Marque una respuesta

- Mi proveedor de salud recomendó la cesárea *antes* de mi parto
- Mi proveedor de salud recomendó la cesárea durante mi parto
- Yo pedí la cesárea *antes* de comenzar mi parto
- Yo pedí la cesárea durante mi parto

52. ¿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

53. ¿Cuánto peso aumentó durante su *más reciente* embarazo?

Libras **O** Kilos

- Yo **BAJÉ** de peso durante mi embarazo
- Mantuve el mismo peso
- No sé

54. ¿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
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Medipass
- 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.

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

- No
 Sí
 No sé

56. 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 59**

57. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Pregunta 68**
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 68**
 Sí

59. 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 62b**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 62a**

Pase a la Pregunta 61

61. ¿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

62a. ¿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

62b. ¿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 68.

63. 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

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

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

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

- No
- Sí

66. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? (Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.)

- No → **Pase a la Pregunta 68**
- Sí

67. ¿Fue su nuevo bebé a chequeos de rutina todas las veces que usted quiso?

- No
- Sí

68. ¿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 70**

Pase a la Pregunta 69

69. ¿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 → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Página 12, Pregunta 71.

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- La píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera[®])
- Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
- Parche anticonceptivo (Orthoevra[®])
- Diafragma, capuchón o esponja cervical
- Anillo vaginal (Nuvaring[®])
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®])
- Método del ritmo o planificación familiar natural
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)
- Otro → Por favor, escríbalo:

71. 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.

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 73.

72. Durante algunas de sus visitas prenatales ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera 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 uno, por favor marque con un círculo Sí, si alguien habló con usted acerca de eso, o No, si nadie habló con usted sobre eso.*

	No	Sí
a.	Cómo usted o su familia pueden estar expuestos a plomo en su medio ambiente.	
b.	Qué acciones puede usted tomar para prevenir que usted y su familia sean expuestos a envenenamiento con plomo	
c.	Cómo comer pescado contaminado con altos niveles de mercurio puede afectar a su bebé.	

Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 75.

73. A continuación aparece una lista con algunas cosas acerca de dejar de fumar. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si usted hizo eso durante su más reciente embarazo, o **No**, si usted no lo hizo.

Durante su más reciente embarazo, usted—

	No	Sí
a.	Fijó una fecha específica para dejar de fumar.	
b.	Usó folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarle a dejar de fumar.	
c.	Llamó a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fue a un sitio en Internet	
d.	Asistió a una clase o programa para dejar de fumar	
e.	Fue a sesiones de consejería para ayudarle a dejar de fumar.	
f.	Utilizó un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, “nasal spray” o un inhalador	
g.	Tomó una pastilla como Zyban [®] (también se conoce como Wellbutrin [®] o Bupropion [®]) o Chantix [®] (también se conoce como Varenicline) para dejar de fumar	
h.	Trató de dejar de fumar por su cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)	
i.	Otra cosa	

Por favor, escríbala:

74. A continuación aparece una lista de razones por las que a las personas se les hace difícil dejar de fumar. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si esa fue una razón para usted, o **No**, si no fue una razón para usted.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar | No | Sí |
| b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar | No | Sí |
| c. Miedo de aumentar de peso | No | Sí |
| d. Pérdida de la manera en que controla el estrés | No | Sí |
| e. Otras personas fumando alrededor de mí | No | Sí |
| f. Antojo de cigarrillo | No | Sí |
| g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar | No | Sí |
| h. Depresión que se empeora | No | Sí |
| i. Ansiedad que se empeora | No | Sí |
| j. Otra razón | No | Sí |
- Por favor, escríbala: →

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Página 14, Pregunta 80.

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

Horas

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

76. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé con un chupón?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

77. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes? Marque con un círculo **Sí**, si usted usó el servicio, o **No**, si no lo usó.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos | No | Sí |
| b. Visitas a su casa de una enfermera u otro profesional de salud. | No | Sí |
| c. Consejería para la depresión o la ansiedad | No | Sí |

78. Listadas a continuación hay algunas afirmaciones acerca de seguridad. Para cada una, por favor marque con un círculo **Sí**, si le aplica, o **No** si no le aplica.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Yo sé como aplicar respiración artificial | No | Sí |
| b. Mi casa tiene funcionando una alarma para detectar incendios. | No | Sí |
| c. Yo siempre mantengo los materiales de limpieza, medicinas y pesticidas lejos del alcance de los niños. | No | Sí |
| d. Mi nuevo bebé siempre o casi siempre viaja en un asiento de seguridad para bebés viendo hacia atrás del carro | No | Sí |
| e. El número del teléfono del Centro de Control de Envenenamiento (1-800-222-1222) lo tengo cerca del teléfono en mi hogar | No | Sí |
| f. Mi casa tiene funcionando una alarma para detectar monóxido de carbono. | No | Sí |
| g. Mi niño pequeño está siempre vigilado cuando está cerca de agua (tina, piscina, agua natural, etc.) | No | Sí |
| h. Yo siempre o casi siempre uso un termómetro cuando cocino carne o pollos. | No | Sí |
| i. Yo planeo que mi hijo pequeño use siempre casco cuando se balancee o maneje un juguete | No | Sí |

79. Las afirmaciones siguientes acerca de seguridad acuática y ahogamiento son verdaderas. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si usted tiene conocimiento, o **No** si no tiene conocimiento.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Ahogamiento es la principal causa de muerte en niños entre 1-4 años . . . | No | Sí |
| b. La mayoría de estas muertes ocurren en las piscinas | No | Sí |
| c. Los bebés y niños no gritan cuando se están ahogando | No | Sí |
| d. Un salvavidas o vigilante debe estar presente cuando los niños están jugando con agua | No | Sí |
| e. Los niños pueden ahogarse en baldes, inodoros, o bañeras aún con dos pulgadas de agua | No | Sí |
| f. Baldes de agua deben guardarse desocupados y boca abajo | No | Sí |
| g. Los inodoros deben permanecer tapados y los baños cerrados cuando no están en uso | No | Sí |

80. Conocimiento acerca envenenamiento con plomo. Para cada una, por favor marque con un círculo **Sí**, si tiene conocimiento, o **No** si no había oído hablar de esto.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Casas construidas antes de 1977 deben ser probadas para detectar plomo | No | Sí |
| b. Polvo proveniente de las pinturas es la principal causa de envenenamiento con plomo en los niños | No | Sí |
| c. Envenenamiento con plomo puede afectar el sistema nervioso y el cerebro de los niños cuando están en crecimiento | No | Sí |
| d. Pequeñas cantidades de plomo en el cuerpo puede hacer que los niños tengan problemas de aprendizaje y atención en el colegio | No | Sí |
| e. La única forma de saber si un niño ha absorbido plomo es solicitarle al proveedor de salud una prueba para detectar plomo | No | Sí |

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

81. 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

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

Personas

83. ¿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 Florida.

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

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