

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

1. Justo antes de que quedara embarazada, ¿tenía usted seguro médico? No cuente el Medicaid.

- No
 Sí

2. Justo antes de que quedara embarazada, ¿recibía usted beneficios de Medicaid?

- No
 Sí

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

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

4. ¿En qué fecha nació usted?

19
 Mes Día Año

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

Libras **O** Kilos

6. ¿Cuánto mide usted sin zapatos?

Pies **Y** Pulgadas

O Centímetros

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

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Asma | No | Sí |
| b. Presión arterial alta (hipertensión) . . . | No | Sí |
| c. Nivel de azúcar alto (diabetes) | No | Sí |
| d. Anemia (falta de hierro) | No | Sí |
| e. Problemas cardíacos | No | Sí |

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

- No ➔ **Pase a la Página 2, Pregunta 11**
 Sí

9. 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

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

- No
 Sí

2

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

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

Marque una respuesta

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

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 15

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

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 17

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

Marque todas las que correspondan

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

Si no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 17.

15. ¿Recibió tratamiento de un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? (Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad, como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.)

- No →
- Sí

Pase a la Pregunta 17

16. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos durante el mes que quedó embarazada de su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan

- Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid®, Serophene®, Pergonal®, u otros medicamentos que estimulan la ovulación)
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en los que semen se colecta y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos)
- Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO óvulos como 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, transferencia de embriones de donante)
- Otro tratamiento médico —————> Por favor escríbalo:

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

17. ¿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

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

_____ Semanas O _____ Meses

- No recibí atención prenatal

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

- No
- Sí
- Yo no quería recibir atención prenatal —————>

**Pase a la Página 4,
Pregunta 21**

20. A continuación se presenta una lista de problemas que pueden tener algunas mujeres para obtener atención prenatal.

Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si esto fue un problema para usted durante su embarazo más reciente o **No**, si no fue un problema o si no le corresponde.

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

Por favor escríbalo:

Si usted no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 23.

21. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- Medipass
- Healthy Start
- Otra forma —————> Por favor escríbala:

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

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

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

- No —————> **Pase a la Pregunta 25**
- Sí
- No sé —————> **Pase a la Pregunta 25**

24. ¿Cuándo fue su más reciente prueba para detectar el VIH?

Marque una respuesta

- Durante los primeros 3 meses de embarazo
- Durante los segundos 3 meses de embarazo
- Durante los últimos 3 meses de embarazo
- No estoy segura, pero durante el embarazo y antes del parto
- Durante el parto
- Después del parto pero antes de salir del hospital

Si le habían hecho la prueba para detectar el VIH durante su embarazo o parto más reciente, pase a la Página 6, Pregunta 28.

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

- No —> **Pase a la Página 6, Pregunta 28**
- Sí

26. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

- No —> **Pase a la Página 6, Pregunta 28**
- Sí

6

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

Marque todas las que correspondan

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

28. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar la vitamina ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

- No → **Pase a la Pregunta 30**
- Sí

29. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes?

Marque todas las que correspondan

- Un artículo de periódico o revista
- En la radio o televisión
- De un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica
- En un libro
- De familiares o amigos
- Otra → Por favor escríbala:

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

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

- No
- Sí

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

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

Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Pregunta 33.

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

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

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

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

- No ➔ **Pase a la Página 8, Pregunta 37**
 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
 Ninguno (0 cigarrillos)

8

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
- Ninguno (0 cigarrillos)

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

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

37. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años? (Una bebida es 1 copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de bebida alcohólica fuerte [licor], o una bebida preparada.)

- No → **Pase a la Pregunta 40**
- Sí

38a. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

38b. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

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

39a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

39b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

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

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. La siguiente pregunta es acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

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

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

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

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

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

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

10

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

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

Mes Día Año

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

Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

45. ¿En qué fecha nació su bebé?

Mes Día Año

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

Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

47. ¿Cómo pagó por el parto?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- Medipass
- Healthy Start
- Otra forma → Por favor escríbala:

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

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

- No
- Sí
- No sé

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

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

50. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 67**
- Sí

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 67**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 54**

53. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho
 Yo estaba enferma o estaba tomando medicamento
 Tenía otros niños que cuidar
 Tenía demasiadas tareas domésticas
 No me gustó dar pecho
 No quería perder mi libertad de ir y venir
 Me daba vergüenza dar pecho
 Regresé al trabajo o a la escuela
 Quería recuperar mi cuerpo
 Otra → Por favor escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 57.

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 56**

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

Semanas **O** Meses

- Menos de 1 semana

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

Semanas **O** Meses

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

Si su bebé no nació en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 58.

12

57. Esta pregunta trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si sucedió eso o **No**, si no sucedió.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. El personal del hospital me dio información sobre cómo dar pecho . . . | No | Sí |
| b. Mi bebé se quedó en mi habitación conmigo en el hospital. | No | Sí |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital. | No | Sí |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida | No | Sí |
| e. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | No | Sí |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna. | No | Sí |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho al bebé cuando el bebé quisiera | No | Sí |
| h. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | No | Sí |
| i. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | No | Sí |
| j. Mi bebé usó un chupón en el hospital | No | Sí |

58. ¿Alguna persona le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé?

- No → **Pase a la Pregunta 60**
- Sí

59. ¿Quién le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre, o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Mis amigos(as)
- El doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica que atendió a mi bebé
- Mi doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica
- Otra → Por favor escríbala:

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 67.

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

Horas

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

61. ¿Cómo acuesta ahora a su bebé *la mayoría del tiempo* para que se 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. ¿Tuvo su nuevo bebé una consulta con un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica durante la primera semana después de haber salido del hospital?

- No
- Sí

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

- No
- Sí

65. ¿Ha recibido su nuevo bebé chequeos de rutina tantas veces como usted hubiera querido?

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 67

66. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que su bebé recibiera chequeos de rutina?

Marque todas las que correspondan

- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por los chequeos
- No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio
- No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos
- No pude conseguir una cita
- Mi bebé estaba demasiado enfermo para recibir atención de rutina
- Otra → Por favor escríbala:

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 14, Pregunta 69**

14

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

Marque todas las que correspondan

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

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo nada para prevenir el embarazo ahora, pase a la Pregunta 70.

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

Marque todas las que correspondan

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- La píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección una vez al mes (Lunelle®)
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®)
- Diafragma, capuchón, o esponja cervical
- Anillo cervical (NuvaRing® u otros)
- Dispositivo intrauterino (incluyendo Mirena®)
- Método del ritmo o planificación familiar natural
- Coitus interruptus; el hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro \longrightarrow Por favor escríbalo:

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

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

Marque todas las que correspondan

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

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

Marque una respuesta

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

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

Personas

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

73. Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica que usted tenía una infección de las vías urinarias, una enfermedad de transmisión sexual, o una infección vaginal, incluyendo vaginosis bacteriana o Estreptococo Grupo B (Beta Strep)?

- No → **Pase a la Página 16, Pregunta 75**
- Sí

16

74. ¿Qué enfermedad o infección le dijeron que tenía?

Marque todas las que correspondan

- Verrugas genitales (VPH)
- Herpes
- Clamidia
- Gonorrea
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Sífilis
- Estreptococo Grupo B (Beta Estrep)
- Vaginosis bacteriana
- Tricomoniasis
- Infección micótica
- Infección de las vías urinarias
- Otra —————> Por favor escríbala:

75. En cualquier momento durante su embarazo más reciente o después del parto, ¿sufrió de depresión que duró más de 2 semanas?

- No
- Sí

Si usted estaba recibiendo beneficios de Medicaid antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 78.

76. ¿Trató de obtener beneficios de Medicaid durante su embarazo más reciente?

- No —————> **Pase a la Pregunta 78**
- Sí

77. ¿Tuvo algún problema para obtener Medicaid durante su embarazo más reciente?

- No
- Sí

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 79.

78. ¿Hubo algún momento en el que su bebé necesitaba un médico y usted no tenía dinero para llevarlo?

- No
- Sí

79. ¿Cuál es la fecha de hoy?

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 ayudan en nuestros esfuerzos para mantener sanos a
las mamás y los bebés de Florida.***