

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

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies Y  Pulgadas  
O  Centímetros

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

Libras O  Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

/  /   
Mes                  Día                  Año

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

No  
 Sí

→ Pase a la Pregunta 7

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

No  
 Sí

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

No  
 Sí

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

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

No      Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso .....
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana .....
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos .....
- d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes .....
- e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad .....
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar .....
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental .....

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

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

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

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

No —————> **Pase a la Pregunta 12**

Sí

**Pase a la Pregunta 11**

**11. 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 habló 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. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

No Sí

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

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

No Sí

- a. Asma.....
- b. Anemia (falta de hierro) .....
- c. Problemas cardíacos.....
- d. Epilepsia (convulsiones) .....
- e. Problemas de la glándula tiroides .....
- f. Ansiedad.....

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

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

Marque UNA respuesta

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

Pase a la  
Pregunta 16

15. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

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

- No
- Sí →

Pase a la Página 5, Pregunta 20

Pase a la Página 4, Pregunta 17

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

No

Sí → **Pase a la Pregunta 19**

**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 que correspondan**

No me preocupaba si quedaba embarazada

Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento

El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios

Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba

Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)

Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo

Se me olvidó usar algún método anticonceptivo

Otra → Por favor, escríbala:

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

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

**Marque TODAS las que correspondan**

Píldora anticonceptiva

Condones

Inyección (Depo-Provera®)

Un implante anticonceptivo (Implanon®)

Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)

IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o ParaGard®)

Método del planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)

El hombre se retira (Coitus interruptus)

Otro → Por favor, escríbalo:

## DURANTE EL EMBARAZO

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

(Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

20. ¿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 22**

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

No  
 Sí

→ **Pase a la Página 6,  
Pregunta 23**

**Pase a la Pregunta 22**

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

No Sí

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 7, Pregunta 25.**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

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

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

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

- No  
 Sí  
 No sé

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

- No  
 Sí

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

Marque UNA respuesta

- No → **Pase a la Pregunta 29**  
 Sí, antes del embarazo  
 Sí, durante el embarazo

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Mes                      Año

- No me acuerdo

29. 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.....
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías .....
- c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....
- d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....
- e. Necesité consultar a un dentista por un **problema**.....
- f. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**.....

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

- No  
 Sí

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

- No  
 Sí

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

No → **Pase a la Pregunta 34**

Sí

33. 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

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

No

Sí

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sangrado vaginal.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan <i>graves</i> que tuvo que ir al doctor o al hospital.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé 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), 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 fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

No → **Pase a la Pregunta 42**

Sí

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

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

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

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

**Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 41.**

39. 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

40. ¿Dejó usted de fumar durante el tiempo antes o durante su embarazo *más 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 ya entrado mi embarazo

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

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumo ahora

42. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma?

**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 y durante el embarazo.

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

No → **Pase a la Pregunta 47**

Sí

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 46**

45. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 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 un período de 2 horas

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

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

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

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

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

**48. 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

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

- No  
 Sí

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

**50. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	20
Mes		Día		Año

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

- Parto vaginal → **Pase a la Página 12, Pregunta 53**  
 Parto por cesárea (c-section)

**Pase a la Página 12, Pregunta 52**

52. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)?

**Marque TODAS las que correspondan**

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)
- Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
- 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 (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
- Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor 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:

---

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

**Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario**

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

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

- No
- Sí
- No sé

55. 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 58**

56. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la Página 14, Pregunta 66**

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

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 65**
- Sí

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 60**

**Pase a la Pregunta 59**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Otra  → Por favor, escríbala:

**Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 14, Pregunta 63.**

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

- No
- Sí

**Pase a la Pregunta 62**

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

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Página 14, Pregunta 63.**

62. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si 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 aparato para extraerme la 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. En el hospital me dieron un número telefónico 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"/> |

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 65.**

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

- No
- Sí

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

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

- No
- Sí

**Pase a la Pregunta 68**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

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

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 69.**

68. ¿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
- Condomes
- Inyección (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo (Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o ParaGard®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro —————> Por favor, escríbalo:

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

- No
- Sí

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

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

71. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

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

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

## OTRAS EXPERIENCIAS

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

73. Durante su embarazo más reciente o después del parto, ¿le ofrecieron dos pruebas para detectar el VIH?

- No, no me ofrecieron ninguna prueba para el VIH
- No, solamente me ofrecieron una prueba
- Sí, me ofrecieron las dos pruebas

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

- No  
 Sí

**Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 79.**

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

**Marque UNA respuesta**

- Siempre  
 A menudo  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

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

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

77. Listadas a continuación hay algunas afirmaciones acerca de seguridad. Para cada una, marque **No**, si no le aplica, o **Sí**, si le aplica.

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

78. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna Tdap o le aconsejó que se la pusiera? La vacuna Tdap protege contra el tétano, difteria y la tos ferina.

- No  
 Sí  
 No sé

79. ¿Recibió usted la vacuna Tdap durante su embarazo?

- No  
 Sí

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

80. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?

Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

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

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

Personas

82. ¿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.*