

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
- FAMIS
- 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

2

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
 Sí

8. 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

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

- No → **Pase a la Pregunta 12**
 Sí

10. ¿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

11. ¿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 cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.

12. 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

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

14. 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 17**

Pase a la Pregunta 15

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

16. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud 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

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.)

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 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 Página 4,
Pregunta 20**

Pase a la Página 4, Pregunta 19

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 21

20. ¿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 24.

21. ¿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
- FAMIS
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

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

23. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó si usted estaba fumando cigarrillos?

- No
 Sí

24. 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 Pregunta 26**
 No sé

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

27. 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

6

28. ¿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 abrupa 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.

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

- No → **Pase a la Pregunta 34**
- Sí

30. 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

31. 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 33.

32. 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

33. ¿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

34. ¿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.

35. 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 38**
- Sí

36a. 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 Página 8, Pregunta 37a**

36b. 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

37a. 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 Pregunta 38

37b. 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.

38. 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 |

39. 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

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

- No
 Sí

41. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

42. 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

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

- No
 Sí

44. Durante su *más reciente* embarazo, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna 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.)

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

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

47. ¿En qué fecha nació su bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

48. ¿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

49. ¿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
- FAMIS
- 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.

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

- No
- Sí
- No sé

51. 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 54**

Pase a la Pregunta 52

52. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 65**
- Sí

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 65**
- Sí

54. 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
- Sí → **Pase a la Pregunta 56**

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho
- 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
- Me daba vergüenza dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Quería mi cuerpo para mí misma
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 59b.

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

- No
 Sí

→ Pase a la Pregunta 59a

57. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

- ____ Semanas O ____ Meses
 Menos de 1 semana

58. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
 La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
 Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
 Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
 Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo
 Pensé que no estaba produciendo suficiente leche
 Tenía demasiadas tareas domésticas
 Consideré que era el momento oportuno de dejar de dar pecho
 Me enfermé y no podía dar pecho
 Regresé al trabajo o a la escuela
 Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
 Otra → Por favor, escríbala:

59a. ¿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

59b. ¿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 Página 12, Pregunta 65.

60. 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

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

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

- No
- Sí

63. ¿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 65**
- Sí

64. ¿A dónde lleva generalmente a su bebé para los chequeos de rutina?

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico privado o clínica de una HMO
- Clínica de la salud de la comunidad
- Clínica gratis
- Otro → Por favor, escríbalo:

65. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo actualmente para evitar un embarazo? (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar 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 67**

Pase a la Pregunta 66

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

Marque todas las 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:

67. Después de que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre el uso de anticonceptivos?

- No
- Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 70**
- Sí

69. En esa consulta, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre la planificación familiar o los métodos anticonceptivos?

- No
- Sí

70. 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.

71. Durante su *más reciente* embarazo, ¿aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, estaba usted en la misma habitación o automóvil con una persona que estaba fumando?

- _____ Horas
- Menos de una hora al día
 - Nunca estuve en la misma habitación o automóvil con una persona que estaba fumando

72. En algún momento durante su *más reciente* embarazo o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

- No
- Sí

73. Esta pregunta trata sobre el cuidado dental durante su *más reciente* embarazo. Para cada una, marque con un círculo **Sí, si es cierta, o **No**, si no lo es.**

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| | No | Sí |
| a. Necesité ir al dentista por un problema | No | Sí |
| b. Fui a un dentista o clínica dental | No | Sí |
| c. Un profesional de atención dental o médica de otro tipo me habló acerca de cómo cuidarme los dientes y las encías | No | Sí |

74. Durante su *más reciente* embarazo, ¿recibió usted alguno de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque con un círculo **Sí, si recibió el servicio, o **No**, si no lo recibió.**

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

75. Durante su *más reciente* embarazo, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque con un círculo **Sí**, si la hubiera recibido, o **No**, si no.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Alguien que me prestara \$50 | No | Sí |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama. | No | Sí |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte | No | Sí |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas | No | Sí |

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

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

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Cuando salí del hospital, llevé a mi bebé a la casa en un asiento de seguridad | No | Sí |
| b. Siempre, o casi siempre, pongo a mi bebé en un asiento de seguridad cuando viajo en carro. | No | Sí |
| c. En mi casa hay un detector de humo que funciona | No | Sí |
| d. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | No | Sí |

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

- No
 Sí

78. ¿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

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

79. 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

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

Personas

81. ¿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 Virginia.

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

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