

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 —————→ **Pase a la Pregunta 7**

Sí

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
- FAMIS/FAMIS MOMS
- 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
- Sí

11. 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 (<u>NO</u> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

12. 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 14

Pase a la Pregunta 13

13. ¿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

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

15. 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 Página 4, Pregunta 17**

Pase a la Pregunta 16

16. ¿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:

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.)

- 17. ¿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 19

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

No
 Sí —————→

Pase a la Pregunta 20

Pase a la Pregunta 19

- 19. ¿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 6, Pregunta 22.

20. 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
- FAMIS/FAMIS MOMS
- 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*

21. 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 checked="" type="checkbox"/>
b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Darle pecho a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

22. 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

23. 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

24. 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 26**

- { Sí, antes del embarazo
- { Sí, durante el embarazo

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

	/	20
--	---	----

Mes Año

- No me acuerdo

26. 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**.....

27. 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

28. 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

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

- No
- Sí

30. 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

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

- No → **Pase a la Pregunta 35**
- Sí

32. En los *3 meses anteriores* 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

33. 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

34. ¿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

35. ¿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.

36. 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
- Sí

Pase a la Pregunta 39

37. 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

38. 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.

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

40. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

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

41. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron *según su raza*?

- No
- Sí

42. Durante los 12 meses antes del nacimiento su nuevo bebé, ¿faltó usted a alguna cita con un doctor porque le preocupaba la reacción de su pareja si usted hubiera asistido a la cita?

- No
- Sí

43. 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

44. 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.

45. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

____ / ____ / ____
Mes Día Año

46. 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.

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

- No
- Sí
- No sé

48. Después de que nació su bebé,  cu nto tiempo se quedó el 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 51**

49.  Su bebé est  vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- S i → **Pase a la Página 12, Pregunta 62**

50. En estos momentos,  vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
- S i

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

- No
- S i → **Pase a la Pregunta 53**

52.  Cu les 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
- Trat  pero era demasiado d f cil
- No quer  dar pecho
- Regres  al trabajo o a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 56.

53.  Todav a le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

- No
- S i → **Pase a la Pregunta 56**

54.  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

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

Marque TODAS las que correspondan

- 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 o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o yo tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- 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:

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

- No
- Sí

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 61.

57. 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

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

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

59. ¿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 Página 12, Pregunta 61**
- Sí

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

- No
- Sí

61. 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

62. ¿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 64**

63. ¿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 65.

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

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure®, Adiana®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo (Implanon®)
- 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:

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

- No
- Sí

66. 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 —————→ **Pase a la Pregunta 68**

Sí

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

No
 Sí

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

Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

69. 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

70. ¿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
- FAMIS/FAMIS MOMS
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algun 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.

71. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada? Por ejemplo, ¿le escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

No
 Sí

72. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿experimentó usted discriminación, el acoso o se le hizo sentir inferior a causa de la cosas listadas abajo? Para cada una, marque **No**, si no experimentó discriminación a causa de la cosa, o **Sí**, si la experimentó a causa de la cosa.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Mi estatus de Medicaid o seguro..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Mi peso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Mi estatus civil | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala: _____ →

73. En algún momento durante su embarazo más reciente 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

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 76.

74. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad. Para cada una, marque **No, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 76.

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

_____ Horas

- Una hora al día o menos
 Mi bebé nunca está en el mismo cuarto o automóvil con una persona que está fumando

76. Por favor díganos si ha oído hablar de los siguientes programas de Virginia. Para cada una, marque **No**, si no ha oido sobre el programa o **Sí**, si ha oido del programa.

	No	Sí
a. Línea para dejar de fumar ahora de Virginia (1-800-QUIT-NOW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 2-1-1 VIRGINIA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. TEXT4BEBE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Clínicas de planificación familiar del departamento de salud de Virginia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Planea primero/Renuncia de planificación familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Care Connection for Children (Conexión de cuidado para los niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El programa de Baby Care (cuidado de bebé).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Loving Steps (Amar a los pasos)/ Healthy Start (comienza saludable)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Resource Mothers (Madres de recursos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Parents as Teachers (Padres como maestros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Inicio programa de instrucción para los niños en edad prescolar (HIPPY).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Asociación de enfermera y familia (NFP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Healthy Families (Familias saludables)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Part C Early Intervention (La intervención temprana de parte C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. El proyecto de LINK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. CHIP de Virginia (VA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. ¿Recibió usted la vacuna Tdap antes, durante o después de su embarazo más reciente? La vacuna Tdap protege contra el tétano, difteria y la tos ferina. Tdap era nueva en el año de 2005.

Marque UNA respuesta

- No
- Sí, recibí Tdap antes de mi embarazo
- Sí, recibí Tdap durante mi embarazo
- Sí, recibí Tdap después de mi embarazo
- No sé

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

78. 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

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

Personas

80. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /
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 Virginia.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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