

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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 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"/> |

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 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

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 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"/> |

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?

/ / 20
 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. Después 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, ¿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 51**

49. ¿Su bebé está vivo?

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

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
- Sí

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
- Sí → **Pase a la Pregunta 53**

52. ¿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 Pregunta 56.

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

- No
- Sí → **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

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.

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 type="checkbox"/> |
| b. Mi estatus de Medicaid o seguro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi estatus civil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otra | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | <input type="checkbox"/> | <input 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 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 oído sobre el programa o **Sí**, si ha oído 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 preescolar (HIPPI)..... | <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?

/ / 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 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.