

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

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 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 quedar embarazada
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces a la semana
 Todos los días de la semana

6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- No → **Pase a la Página 3, Pregunta 9**
 Sí

Pase a la Página 2, Pregunta 7

7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

8. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo bebé*.

9. 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 o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

Si usted no tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta 10. Sino, pase a la Pregunta 11.

10. ¿Cuál fue la razón por la que **no** tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía
- Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet
- Mi ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS)
- Mi ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sabía cómo obtener seguro médico
- Otra → Por favor, escríbala:

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

Marque TODAS las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Página 4, Pregunta 12**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

12. ¿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 o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

13. 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 que quería

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 17

Pase a la Pregunta 15

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 incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No → **Pase a la Pregunta 17**
- Sí

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

Marque TODAS las que correspondan

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Sklya®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- 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.)

17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

{ _____ 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 Página 6, 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 22.

20. **Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

No Sí

- a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....
- b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas
- c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....
- d. Si yo estaba tomando alcohol
- e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
- f. Si me sentía decaída o deprimida
- g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth
- h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)
- i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé
- j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé

21. **¿Cómo le sugirió el doctor, enfermera u otro profesional de salud que le proporcionó cuidado prenatal, que tuviera a su nuevo bebé?**

Marque UNA respuesta

- Me sugirió que tuviera a mi bebé por la vagina (naturalmente)
- Me sugirió que me hiciera una cesárea
- No me sugirió como dar a luz a mi bebé

22. **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

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

Marque UNA respuesta

- No
- Sí, antes de mi embarazo
- Sí, durante mi embarazo

24. **Durante su embarazo más reciente, ¿recibió usted la vacuna Tdap?** La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.

- No
- Sí
- No sé

25. **Durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?**

- No
- Sí

26. **Esta pregunta es sobre otro 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. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo
- d. **Necesité** consultar a un dentista por un **problema**.....
- e. **Fui** a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**

27. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo *más reciente*? Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista, o **Sí**, si le impidió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle 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

→ **Pase a la Pregunta 30**

↓ **Pase a la Pregunta 29**

29. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada uno, marque **No**, si no le habló sobre el tema, o **Sí**, si le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacerme exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El maltrato físico o emocional que algunos esposos o parejas dan a las mujeres..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi bienestar emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante <i>este</i> embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dio a usted una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?

- No
- Sí
- No sé

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

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

- No →
- Sí

Pase a la Pregunta 37

33. 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

34. 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 en ningún momento durante los *3 meses antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta 36.

35. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparece en la lista a continuación acerca de dejar de fumar? Para cada una, marque **No**, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Fijé una fecha específica para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usé folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarme a dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Llamé a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fui a un sitio de Internet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asistí a una clase o programa para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fui a sesiones de consejería para ayudarme a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utilizé un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, "nasal spray" o un inhalador..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tomé una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tomé una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Traté de dejar de fumar por mi cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

36. ¿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

37. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa durante su embarazo *más reciente*, incluso si nadie que vivía en su casa fumaba?

Marque UNA respuesta

- A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en cualquier parte de mi casa

Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.

E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

38. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 39. Sino, pase a la Página 10, Pregunta 41.

39. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

40. En los **últimos 3 meses** de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

41. 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 44**
- Sí

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 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 un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

44. 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

45. 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

46. En los **12 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

48. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Mes		Día		Año

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

- Parto vaginal
 Parto por cesárea (c-section)

50. 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 53**

51. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
 Sí → **Pase a la Página 14, Pregunta 68**

Pase a la Pregunta 52

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

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 66**
 Sí

53. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes? Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

54. ¿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 Página 12, Pregunta 56**

Pase a la Página 12, Pregunta 55

55. ¿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
- Regresé a la escuela
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

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

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

- No
- Sí _____ → **Pase a la Pregunta 59**



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

- Menos de 1 semana

_____ Semanas _____ Meses

58. ¿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, o era demasiado doloroso
- 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 tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo o pareja no apoyaba que diera pecho
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

59. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé ahora?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS Plus)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

60. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
 Sí

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 14, Pregunta 66.

61. 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

62. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

Pase a la Pregunta 64

63. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme usted?

- No
 Sí

64. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo usualmente durmió su nuevo bebé en las últimas 2 semanas? Para cada una, marque **No, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir (<i>sleeping sack</i>) o saquito cobertor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna (<i>bumper pads</i>) transpirables o no transpirables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

65. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las siguientes cosas? Para cada uno, marque **No, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play"..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

66. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o 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

→ **Pase a la Pregunta 68**

67. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque **No**, si no le habló sobre el tema, o **Sí**, si le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Depresión posparto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres nuevos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo dejar de fumar o evitar fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

68. ¿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 incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 70**

69. ¿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

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

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 71.

70. ¿Qué clase de anticonceptivos 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 o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

71. 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 →

Pase a la Página 16, Pregunta 73

72. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta
- No podía conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la Página 16, Pregunta 74.

73. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

76. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿experimentó usted discriminación, acoso, o le hicieron sentir inferior a causa de alguna de las cosas que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo experimentó, o **Sí**, si lo experimentó.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi estatus de seguro o Medicaid..... | <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"/> |

77. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, marque **No**, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted estaba recibiendo beneficios de Medicaid (o FAMIS/FAMIS MOMS) antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 80.

78. ¿Trató de obtener beneficios de Medicaid, FAMIS o FAMIS MOMS durante su embarazo más reciente?

No → **Pase a la Pregunta 80**

Sí

79. ¿Tuvo algún problema para obtener Medicaid, FAMIS o FAMIS MOMS durante su embarazo más reciente?

No

Sí

80. ¿Se preocupaba usted de que usar el cinturón de seguridad durante su embarazo podría lastimar a su nuevo bebé?

No

Sí

81. 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. Text4bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Clínicas de planificación familiar del departamento de salud de Virginia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Care Connection for Children (Conexión de cuidado para los niños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Loving Steps (Amar a los pasos)/Healthy Start (comienzo saludable)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asociación de enfermera y familia (NFP) . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Healthy Families (Familias saludables)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Part C Early Intervention (La intervención temprana de parte C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. El proyecto de LINK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. CHIP de Virginia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Estación para verificar la seguridad de los asientos infantiles de auto (Safety Seat Check Station)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Programa de asientos infantiles de auto para familias con bajos recursos (Low Income Safety Seat Program) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Head Start..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Early Head Start | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

82. 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 \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

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

Número de Personas

84. ¿Cuál es la fecha de hoy?

	/		/	20
Mes		Día		Año

Las últimas preguntas son sobre su capacidad para realizar diferentes actividades.

D1. ¿Tiene dificultad para ver, aún cuando tiene puestos lentes, espejuelos o anteojos?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D2. ¿Tiene dificultad para oír, aún cuando lleva puesto aparatos auditivos o audífonos?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D3. ¿Tiene alguna dificultad para caminar o subir escalones?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D4. ¿Tiene dificultad para recordar las cosas o para concentrarse?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D5. ¿Tiene dificultad para el cuidado propio, tal como lavarse todo el cuerpo o vestirse?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D6. ¿Usando su idioma cotidiano, tiene dificultad para comunicar, por ejemplo entendiendo a otros o hacerse entendida?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

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.

