**Attachment 1a- PRAMS Phase 8 Questions for Cognitive Testing (English version)**

**Note to reviewers: During the cognitive interview skip patterns will be explored.**

The Public Health Service Act provides us with the authority to do this research (42 United States Code 242k). All information which would permit identification of any individual, a practice, or an establishment will be held confidential, will be used for statistical purposes only by NCHS staff, contractors, and agents only when required and with necessary controls, and will not be disclosed or released to other persons without the consent of the individual or the establishment in accordance with section 308(d) of the Public Health Service Act (42 USC 242m) and the Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act (PL-107-347).

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 85 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road, MS D-24, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

OMB #0920-0222; Expiration Date: 06/30/2015

**ENGLISH VERSION QUESTIONS**

1. **In the *12 months before* you got pregnant with your new baby, did you have a routine or annual checkup with your regular health care provider?**  This may also be called a well-woman visit.

No

Yes🡺 **Go to Question 3**

1. **Why didn’t you have a routine or annual check-up in the *12 months before* you got pregnant with your new baby?** Check ALL that apply. Then go to Question 6.

I didn’t have health insurance to cover the cost of the visit

I felt fine and did not think I needed to have a visit

I couldn’t get an appointment that fit my schedule

I had no way to get to the clinic or doctor’s office

I couldn’t take time off from work

I couldn’t take time off from school

Other 🡺 Please tell us:

1. **In the *12 months before* you got pregnant with your new baby, where did you go for your**

**annual checkup?** Check ONE answer

Private doctor’s office of my family doctor

Private doctor’s office of my OB/GYN

Hospital clinic

Health department clinic

Other 🡺 Please tell us:

1. **How satisfied were you with the overall quality of care you received during your annual checkup in the *12 months before* you got pregnant?**

Very Satisfied

Satisfied

Dissatisfied

Very dissatisfied

1. **At your routine or annual checkup in the *12 months before* you got pregnant, did a doctor, nurse or other health care worker do any of the following things?** For each item, check **No** if they did not or **Yes** if they did.

 **No Yes**

* 1. Advise me to take a vitamin with folic acid 🗆 🗆
	2. Talk to me about maintaining a healthy weight 🗆 🗆
	3. Talk to me about controlling any medical conditions such as diabetes

or high blood pressure 🗆 🗆

* 1. Talk to me about my desire to have or not have children 🗆 🗆
	2. Talk to me about using birth control to prevent pregnancy 🗆 🗆
	3. Talk to me about how I could improve my health before a pregnancy 🗆 🗆
	4. Ask me if I was smoking cigarettes 🗆 🗆
	5. Ask me if someone was hurting me emotionally or physically 🗆 🗆
	6. Ask me if I was feeling down or depressed 🗆 🗆
	7. Ask me about the kind of work I do 🗆 🗆
	8. Test me for sexually transmitted 🗆 🗆

 infections such as chlamydia, gonorrhea, or syphilis 🗆 🗆

* 1. Test me for HIV (the virus that causes AIDS) 🗆 🗆

1. **What kind of *health insurance* did you have *the month before* you got pregnant and for *prenatal care*?** Checkthe boxes that describe your health insurance one month before your pregnancy and during your pregnancy. Check ALL that apply for each time period.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Type of Insurance** | **Month before Pregnancy** | **During Pregnancy** |
| 1. **Private health insurance from my job or the job of my husband or partner**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Private health insurance from my parents**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Health insurance from the Health Care Market Place (health care exchange)**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Health insurance purchased directly from an insurance company**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Medicaid**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **TRICARE or other military health care**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Indian Health Service or tribal**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Other=> Please tell us**
 | 🗆-------------------------- | 🗆---------------- |
| 1. **I did not have health insurance (Go to Question 7)**
 | 🗆 | 🗆 |

If you did not have health insurance during the month before pregnancy, go to Question 7, otherwise go to Question 8.

1. **What was the reason that you did not have any health insurance during the *month before* you got pregnant with your new baby?** Check ALL that apply

Health insurance was too expensive

I could not get health insurance from my job or the job of my husband or partner

I applied for health insurance, but was waiting to get it

I applied for health insurance, but was refused because of a preexisting medical condition

I had problems with the health insurance application

My income was too high for the public program I wanted to apply for

I didn’t know how to get health insurance

I am not a US citizen or I don’t have the right residency documents

Other 🡺 Please tell us

1. **During the *12 months before you got pregnant* with your new baby, did any of the following people push, hit, slap, kick, choke, or physically hurt you in any other way?** For each option check **No** if they did not do anything to you or **Yes** if they did.

 **No Yes**

1. My current husband or partner
2. My ex-husband or ex-partner 🗆 🗆
3. Another family member 🗆 🗆
4. Someone else 🗆 🗆
5. **During the 3 months before you got pregnant with your new baby, did you have any thyroid problems?**

No

Yes, I had hypothyroidism

Yes, I had hyperthyroidism

Yes, I had both hypothyroidism and hyperthyroidism

I don’t know

1. **Have you or your husband or partner ever experienced infertility (difficulty getting pregnant)?**

No 🡺 Go to Question 12

Yes, I have

Yes, my husband or partner has

Yes, we both have

Yes, but the cause was unknown

1. **Have you been diagnosed with polycystic ovary syndrome, known also as PCOS?**

No

Yes

I don’t know

1. **At any time during *your most recent* pregnancy, did you work at a job for pay?**

No 🡺 Go to Question 17

Yes

1. **During your *most recent pregnancy*, which of the following describes your usual work shift at your *main* job?** Check ONE answer.

Day shift (most working hours between 8 am and 4 pm)

Evening shift (most working hours between 4 pm and midnight)

Night shift (most working hours between midnight and 8 am)

Rotating shift, including nights

Rotating shift, not including nights

Irregular night shift (your shift was unpredictable, and included some nights each month)

Irregular day/evening shift (your shift was unpredictable, but did not include nights)

1. **During *your most recent* pregnancy, please tell us how much time per day you spent doing each of the following activities at your *main* job.** Please check the box that describes the amount of time each day you spend doing each thing.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activity** | **Hardly ever** | **Less than half the time** | **More than half the time** | **Almost all the time** |
| 1. **Standing**
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Sitting**
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Bending at the waist**
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Lifting 20 pounds or more (similar to a large bag of dry animal food)**
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Pushing or pulling**
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |

1. **Please tell us about your MAIN job during *your most recent* pregnancy.  What was your job title and what were your usual activities or duties?**

Job title: Open-ended verbatim response

Job duties: Open-ended verbatim response

1. **Thinking about your MAIN job *during your most recent pregnancy*, what type of company did you work for (what did the company do or make)?**

Open-ended verbatim response

Don’t know

1. **During *your most recent* pregnancy, were you told by a doctor, nurse, or other health care worker that you had any of the following conditions:**

 **No Yes**

* 1. Gestational diabetes (diabetes that started during *this* pregnancy)
	2. High blood pressure (that started during *this* pregnancy), pre-eclampsia or eclampsia
	3. Depression
1. **During *your most recent* pregnancy, did your doctor, nurse or other health care provider tell you to test your blood for high levels of sugar (or glucose) at home every day by doing a finger prick?**

No

Yes

1. ***During any of your prenatal care visits*, did a doctor, nurse, or other health care worker do a blood test or other laboratory test for any of the following conditions?** For each item, check **No** if they did not or **Yes** if they did it.

  **No Yes**

1. Anemia (low iron in the blood) 🗆 🗆
2. Gestational diabetes 🗆 🗆
3. Sexually Transmitted infections such as chlamydia or gonorrhea 🗆 🗆
4. Syphilis 🗆 🗆
5. Birth defects in the baby 🗆 🗆

1. **At any time during *your most recent* pregnancy or delivery, did you have a test for HIV (the virus that causes AIDS)?**

No

Yes 🡺 **Go to Question 22**

I don’t know**🡺Go to Question 22**

1. **Why didn’t you have an HIV test during your most recent pregnancy or delivery?**

Check ALL that apply

I was not offered the test

 I did not want to have the test

I already knew my HIV status

I did not think I was at risk for HIV

I did not want people to think I was at risk for HIV

I was afraid of getting the result

I was tested *before* this pregnancy, and did not think I needed to be tested again

 Other **🡺Please tell us: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **During *your most recent* pregnancy, did you receive a Tdap shot or vaccination?**  Tdap is a tetanus booster shot that also protects against pertussis (whooping cough). Check ONE answer

No, I have never received Tdap

No, but I received Tdap *before* my pregnancy

No, but I received Tdap *after* my pregnancy

Yes, I received Tdap *during* my pregnancy

I don’t know

1. **Did your husband or partner push, hit, slap, kick, choke, or physically hurt you in any other way during any of the following time periods?** For each time period, check **No** if it did not happen then, or **Yes** if it did.

 **No Yes**

* 1. In the 12 months before I got pregnant 🗆 🗆
	2. During my most recent pregnancy 🗆 🗆
	3. Since my new baby was born 🗆 🗆

**Note to reviewers: Versions 1, 2, and 3 of the tobacco questions will be randomly assigned.**

**Version 1 – E-cigarettes and Hookah**

1. **In the *3 months before* you got pregnant, did you ever use e-cigarettes? If so, how many times did you use e-cigarettes on an average day?** *E-cigarettes* are battery-powered devices that look like cigarettes, but produce vapor instead of smoke.

I did not use e-cigarettes during the 3 months before I got pregnant

Less than 1 time a day

1 to 5 times a day

6 to 10 times a day

11 to 20 times a day

21 to 40 times a day

41 times or more a day

1. **In the *last 3 months* of your pregnancy, did you use e-cigarettes? If so, how many times did you use e-cigarettes use on an average day?**

I did not use e-cigarettes during the last 3 months of my pregnancy

Less than 1 time a day

1 to 5 times a day

6 to 10 times a day

11 to 20 times a day

21 to 40 times a day

41 times or more a day

1. **In the *3 months before* you got pregnant, did you ever smoke hookah? If so, how often did you smoke it in an average month?** A hookah is a water pipe that is used to smoke tobacco.

I did not smoke hookah during the 3 months before I got pregnant

Once a month

2-3 times per month

Once a week

2-3 times per week

Daily

1. **In the *last 3 months* of your pregnancy did you ever smoke hookah? If so, how often did you smoke it in an average month?**

I did not smoke hookah during the last 3 months of my pregnancy

Once a month

2-3 times per month

Once a week

2-3 times per week

Daily

**Version 2 – E-cigarettes and Hookah**

**The following section is about using e-cigarettes and hookah before and during pregnancy.**

**E*-cigarettes*** are battery-powered devices that look like cigarettes, but produce vapor instead of smoke.

**Hookahs** are water pipes that are used to smoke tobacco.

1. **Did you ever use e-cigarettes in the *3 months before* you got pregnant or in the *last 3 months* of your pregnancy? If so, how many did you use on an average day?** Checkthe boxes that describe how often you used e-cigarettes before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **How often you used e-cigarettes** | **3 months before pregnancy** | **Last 3 months of pregnancy** |
| 1. **I did not use e-cigarettes**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Less than 1 time a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **1 to 5 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **6 to 10 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **11 to 20 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **21 to 40 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **41 times or more a day**
 | 🗆 | 🗆 |

1. **Did you ever smoke hookah in the *3 months before* you got pregnant or in the *last 3* months of your pregnancy? If so, how often did you smoke in an *average month*?** Checkthe boxes that describe how often you used hookah before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **How often you smoked hookah** | **3 months before pregnancy** | **Last 3 months of pregnancy** |
| 1. **I did not smoke hookah**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Once a month**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **2-3 times a month**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Once a week**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **2-3 times a week**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Daily**
 | 🗆 | 🗆 |

**Version 3 – Tobacco Products**

**Filter Question**

1. ***In the past 2 years* have you ever used any of the following tobacco products?** For each item, check Y if you used it or N if you didn’t.

**No Yes**

* 1. E-cigarettes (battery-powered devices that look like cigarettes) 🗆 🗆
	2. Hookah (a water pipe that is used to smoke tobacco) 🗆 🗆
	3. Chew or snuff 🗆 🗆
	4. Lozenges 🗆 🗆

**If you used e-cigarettes or hookah, go to Question 31, otherwise go to Questions 33.**

1. **How many e-cigarettes did you use on an average day in the *3 months before* you got pregnant and in the *last 3 months* of your pregnancy? Check** the boxes that describe how often you used e-cigarettes before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **How often you used e-cigarettes** | **3 months before pregnancy** | **Last 3 months of pregnancy** |
| 1. **I did not use e-cigarettes**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Less than 1 time a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **1 to 5 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **6 to 10 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **11 to 20 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **21 to 40 times a day**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **41 times or more a day**
 | 🗆 | 🗆 |

**If you did not smoke hookah go to question 33.**

1. **How often did you smoke hookah or waterpipe in the *3 months before* you got pregnant and in the *last 3* months of your pregnancy? Check** the boxes that describe how often you used hookah before and during your pregnancy. Check ONE answer for each time period.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **How often you used hookah** | **3 months before Pregnancy** | **Last 3 months of Pregnancy** |
| 1. **I did not use hookah**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Once a month**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **2-3 times a month**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Once a week**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **2-3 times a week**
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. **Daily**
 | 🗆 | 🗆 |

1. **Did you smoke any cigarettes in the *3 months before* you got pregnant or in the *last 3* months of your pregnancy?**

No **→ Go to Question 37**

Yes

1. **During *your most recent pregnancy*, did your health insurance pay for counseling,**

**medications, or any other method to help you quit smoking?**

No

Yes, but I had to make a co-payment

Yes, with no co-payment

I don’t know

I did not have health insurance

1. **During *your most recent pregnancy*, did you know that your health insurance would help**

**cover the costs for services or medications to help you quit smoking?**

No 🡺 **Go to Question 37**

 Yes

1. **How did you learn about coverage offered by your health insurance for methods to help you quit smoking?**

A doctor, nurse or other health care provider told me

I spoke to someone from my health insurance company

A family member or friend told me

I read materials provided by my health insurance company or went to their website

Other🡪 Please tell us:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **After your new baby was born, did a trained health care provider talk with you about breastfeeding or help you learn how to breastfeed your baby?** For each item, check **No** if they did not or **Yes** if they did.

**No Yes**

 A doctor talked with me or helped me 🗆 🗆

A nurse or midwife talked with me or helped me 🗆 🗆

A breastfeeding or lactation specialist talked with me or helped me 🗆 🗆

Another trained health care provider talked with me or helped me 🗆 🗆

Please tell us: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **What kind of help did you receive from the provider who talked with you about breastfeeding**?

For each item, check **No** if it did not receive this help or **Yes** if you did.

 **No Yes**

Help getting my baby to latch on

Tips on how to breastfeed my baby 🗆 🗆

Information about the benefits of breastfeeding 🗆 🗆

Information about pumping my breast milk when I have to be apart from my baby 🗆 🗆

Information about where to get a breast pump 🗆 🗆

Help using the breast pump 🗆 🗆

Information about where to get help with breastfeeding if I needed it later 🗆 🗆

Other🡪 Please tell us:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Since your new baby was born,* have you had a postpartum checkup for yourself?** A postpartum checkup is the regular checkup a woman has about 4-6 weeks after she gives birth.

No 🡺 Go to Question 41

Yes

1. ***During your postpartum checkup,* did yourdoctor, nurse, or other health care provider do any of the following things?** For each item, check **No** if they did not do it or **Yes** if they did.

 **No Yes**

1. Advise me to take a vitamin with folic acid 🗆 🗆
2. Talk to me about healthy eating, exercise, and losing weight gained during pregnancy 🗆 🗆
3. Test me for diabetes 🗆 🗆
4. Ask me if I was smoking cigarettes 🗆 🗆
5. Ask me if someone was hurting me emotionally or physically 🗆 🗆
6. Ask me if I was feeling down or depressed 🗆 🗆
7. Talk to me about how long to wait before getting pregnant again 🗆 🗆
8. Talk to me about birth control methods I can use after giving birth 🗆 🗆
9. Give or prescribe me a contraceptive method such as the pill, patch, NuvaRing or condoms 🗆 🗆
10. Give me a contraceptive shot (Depo-Provera®) 🗆 🗆
11. Insert an IUD (Mirena®,ParaGard®,or Skyla®) 🗆 🗆
12. Insert a contraceptive implant (Nexplanon® or Implanon®)🗆 🗆

1. **What kind of breastfeeding support did you need and what kind of support did you receive after you left the hospital?** For each one, check **Need** if it was a type of breastfeeding support you needed and **Receive** if it was a type of breastfeeding support you received.

 **Need Receive**

Someone to answer my questions 🗆 🗆

Help getting my baby positioned correctly 🗆 🗆

Help knowing if my baby was getting enough milk 🗆 🗆

Help with managing pain or bleeding nipples 🗆 🗆

Information about where to get a breast pump 🗆 🗆

Help using the breast pump 🗆 🗆

Information about breastfeeding support groups 🗆 🗆

Other🡪 Please tell us:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **After leaving the hospital, did you get any advice, help, or support for breastfeeding from a**

**health care provider, family member, friend or support group?**

No🡪 Go to Question 44

Yes

1. **Which of the following sources gave you breastfeeding support after you left the hospital?**

Check ALL that apply

Breastfeeding specialist or lactation consultant from the hospital

Your doctor or other health care provider

Your baby’s doctor or health care provider

Breastfeeding support group

Breastfeeding hotline or toll-free number

Family or friends

Other🡪 Please tell us:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Did you use a breast pump to express milk to feed to your new baby?**

No 🡺 Go to Question 49

Yes

1. **Are you still using a breast pump to express milk to feed your baby?**

No 🡺 Go to Question 49

Yes

1. **Did your health insurance pay for the cost of the breast pump**?

No

Yes, but I had to make a co-payment

Yes, with no co-payment

I don’t know

I did not have health insurance

1. **Where did you get the breast pump that you use most of the time**?

The hospital gave it to me

I rented it from the hospital

I rented it from a health care provider

I bought it from a health care provider

I bought it from a medical equipment supplier

I bought it new from a store

I bought it used

I received it new as a gift

Someone gave it to me used

I had it from a previous child

Other 🡺

1. **What kind of breast pump do you use most of the time?**

Electric plug-in breast pump

Battery-operated breast pump

Manual breast pump

1. **Did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about how your new baby should sleep, such as sleep position and sleep location?**

No

Yes

1. **Listed below are some things that describe how your new baby usually sleeps.** For each item, check **No** if it doesn’t usually apply to your baby or **Yes** if it usually applies to your baby.

**No Yes**

a. My new baby sleeps with pillows or cushions 🗆 🗆

b. My new baby sleeps with bumper pads 🗆 🗆

c. My new baby sleeps with a comforter, quilt or thick blankets 🗆 🗆

d. My new baby sleeps with a thin blanket or sheet 🗆 🗆

e. My new baby sleeps with stuffed toys 🗆 🗆

f. My new baby sleeps with an infant sleep positioner or wedge   🗆 🗆

g. My new baby sleeps with a Boppy or U-shaped pillow  🗆 🗆

h. My new baby sleeps with me 🗆 🗆

i. My new baby sleeps with other adults 🗆 🗆

j. My new baby sleeps with other children  🗆 🗆

1. **Listed below are some places in which babies commonly sleep. Please indicate which describes where your baby usually sleeps?** Check ONE answer

Crib or portable crib

Bassinet or cradle

Adult bed or mattress

Waterbed

Futon, couch, or sofa

Chair or recliner

Playpen or pack n’ play

Car seat

Stroller

Swing

Someplace else 🡺 Please tell us \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Since your new baby was born, how often have you been frustrated when you tried to obtain health care services for him or her?**

Never 🡺 Go to Question 54

Rarely 🡺 Go to Question 54

Sometimes

 Often

 Always

1. **Why have you felt frustrated when you tried to obtain health care services for your new baby?** Check ALL that apply

The services that I needed were not available in my area

 There were waiting lists or other problems getting an appointment

 My health insurance would not pay for the services that I needed

 Other 🡺 Please tell us

1. ***Since your new baby was born*, have you received information about infant products (such as cribs, medicines, toys) that should be taken off the market (product recalls)?**

No 🡺 Go to Question 56

Yes

1. **From where did you receive information about infant product recalls?** Check ALL that apply

Product manufacturers

Doctor, nurses, or other health care worker

Newspaper, radio, TV, internet

Friends or family members

In-store recall notices

Other source 🡺 Please tell us \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Have any of your close family members who are related to you by blood (mother, father, sisters, or brothers) had any of the conditions listed below?** For each item, check **No** if no one in your family has the condition, **Yes** if someone in your family has the condition, or **Don’t Know** if you don’t know.

**No Yes Don’t Know**

a. Diabetes 🗆 🗆 🗆

b. Heart attack before age 55 🗆 🗆 🗆

c. High blood pressure (hypertension) 🗆 🗆 🗆

d. Breast cancer before age 50 🗆 🗆 🗆

e. Ovarian cancer 🗆 🗆 🗆

1. **How long has it been since you had your teeth cleaned by a dentist or a dental hygienist?**

Within the past year (less than 12 months)

More than 1 year ago, but less than 2 years

2 to less than 5 years ago

5 or more years ago

I have never had my teeth cleaned

1. **Below is a list of things that some people do to prepare in the event of an emergency situation. For each one, please tell us if you have done it or not.** For each item, circle **Y** (Yes) if it is something you have done to prepare for an emergency, or circle **N** (No) if it is not.

a. I have an emergency meeting place for family members (other than my home) ………………………….N Y

b. I have a plan for how my family and I would keep in touch if we were separated ……………………….N Y

c. I have an evacuation plan if I need to leave my home and community ......................................... N Y

d. I have an evacuation plan for my child or children in case of emergency (permission for day care or school to release my child to another adult) ............................................................................N Y

e. I have copies of important documents like birth certificates and insurance policies in a safe place

 outside my home ..............................................................................................................................N Y

f. I have emergency supplies in my home for my family such as enough extra water, food, and medicine to last for at least three days ……………………………………….……………………………………..N Y

g. I have emergency supplies that I keep in my car, at work, or at home to take with me if I have to leave quickly ……………………………………………………………………………………………………………………….N Y

h. My family and I have practiced what to do in an emergency at home….……..……….…………………….N Y

1. **In a large disaster or emergency, what is the MAIN way you would communicate with relatives and friends?** Check ONE answer

Regular home telephones (landlines)

Cell phones

Email

Social media such as Facebook

Pager

2-way radios

Other 🡺 Please tell us \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **What kind of *health insurance* do you have *now*?** Check ALL that apply

Private health insurance from my job or the job of my husband or partner – end interview

Private health insurance from my parents – end interview

Health insurance from the Health Care Market Place (health care exchange) – end interview

Health insurance purchased directly from an insurance company – end interview

Medicaid – end interview

TRICARE or other military health care – end interview

Indian Health Service or tribal – end interview

Some other kind of health insurance => Please tell us\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – end interview

I do not have health insurance *now –* Go to question 57

**61.** **What is the reason that you do not have any health insurance *now*?** Check ALL that apply

Health insurance is too expensive

I cannot get health insurance from my job or the job of my husband or partner

I applied for health insurance, but I am still waiting to get it

I had problems with the health insurance application

My income is too high for the public program I want to apply for

I don’t know how to get health insurance

I am not a US citizen or I don’t have the right residency documents

Other 🡺 Please tell us

**Attachment 1b- PRAMS Phase 8 Questions for Cognitive Testing (Spanish version)**

**Note to reviewers: During the cognitive interview skip patterns will be explored.**

The Public Health Service Act provides us with the authority to do this research (42 United States Code 242k). All information which would permit identification of any individual, a practice, or an establishment will be held confidential, will be used for statistical purposes only by NCHS staff, contractors, and agents only when required and with necessary controls, and will not be disclosed or released to other persons without the consent of the individual or the establishment in accordance with section 308(d) of the Public Health Service Act (42 USC 242m) and the Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act (PL-107-347).

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 85 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road, MS D-24, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

OMB #0920-0222; Expiration Date: 06/30/2015

**SPANISH VERSION QUESTIONS**

1. **En los *12 meses* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue usted a su control anual o habitual con su proveedor de atención médica?**  A esta visita también se le puede llamar visita de control de la mujer sana.

No

Sí 🡺 **Pase a la pregunta 3**

1. **¿Por qué usted no fue al control anual o habitual en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?** Marque TODAS las opciones que correspondan. **Pase a la pregunta 6**

No tenía seguro médico para cubrir el costo de la visita

Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la visita de control

No pude conseguir una cita que se ajustara a mi horario

No tenía medios para ir hasta el centro médico o al consultorio médico

No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo

No pude conseguir que me dieran tiempo libre en la escuela

Otra razón 🡺 Por favor indique cuál:

1. **En los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dónde se hizo usted**

**el control anual?** Marque UNA respuesta.

El consultorio privado de mi doctor de familia

El consultorio privado de mi ginecólogo-obstetra

Centro hospitalario

Centro médico del departamento de salud

Otro lugar 🡺 Por favor indique cuál:

1. **Indique su nivel de satisfacción general con respecto a la atención que recibió durante su control anual en los *12 meses antes* de quedar embarazada.**

Muy satisfecha

Satisfecha

Insatisfecha

Muy insatisfecha

1. **En su control anual o habitual en los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿el doctor, la enfermera u otro profesional de salud le habló de alguno de los siguientes temas?** En cada caso, marque **No**, si no le habló, o **Sí**, si le habló.

  **No**  **Sí**

* 1. Me recomendó que tomara una vitamina que tuviera ácido fólico 🗆 🗆
	2. Me habló de mantener una peso saludable 🗆 🗆
	3. Me habló de controlarme cualquier afección que tuviera, como por ejemplo diabetes

 o presión arterial alta 🗆 🗆

* 1. Me habló sobre si yo quería tener o no hijos 🗆 🗆
	2. Me habló sobre usar métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo 🗆 🗆
	3. Me habló de lo que yo podía hacer para mejorar mi salud antes de un embarazo 🗆 🗆
	4. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos 🗆 🗆
	5. Me preguntó si alguien estaba lastimándome emocionalmente o físicamente 🗆 🗆
	6. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida 🗆 🗆
	7. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago 🗆 🗆
	8. Me hizo una prueba para detectar enfermedades de transmisión sexual

 tales como clamidia, gonorrea o sífilis 🗆 🗆

* 1. Me hizo la prueba del VIH (el virus que causa el sida) 🗆 🗆

1. **¿Qué tipo de *seguro médico* tenía usted *el mes antes* de quedar embarazada y durante el *cuidado prenatal*?** Marque las casillas que describan su seguro médico un mes antes de su embarazo y durante su embarazo. Marque todas las respuestas que correspondan a cada período.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Tipo de seguro | Mes antes del embarazo | Durante el embarazo |
| 1. Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Seguro médico privado de mis padres
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos (conocido en inglés como *Health Care Market Place*)
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Medicaid
 |  |  |
| 1. TRICARE u otro servico de salud militar
 |  |  |
| 1. Servico de salud indio (IHS)
 |  |  |
| 1. Otro=> Por favor indique cuál:
 | 🗆\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🗆\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. No tenía seguro médico - Pase a la pregunta 7
 | 🗆 | 🗆 |

Si usted no tenía seguro médico el mes antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 7, de lo contrario, pase a la pregunta 8.

1. **¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebe?** Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico era demasiado carro

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

Solicité el seguro médico, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica prexistente

Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico

Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar

No sabía cómo obtener seguro médico

No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados

Otra 🡺Por favor, escríbala:

1. **Durante los *12 meses antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, estranguló o de alguna manera la lastimó físicamente?** Para cada opción marque **No,** si no le hicieron nada, o **Sí**, si lo hicieron.

  **No**  **Sí**

1. Mi esposo o pareja actual
2. Mi exesposo o expareja 🗆 🗆
3. Otro familiar 🗆 🗆
4. Otra persona 🗆 🗆
5. **En los 3 meses antes de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿tuvo algún problema de tiroides?**

No

Sí, tuve hipotiroidismo

Sí, tuve hipertiroidismo

Sí, tuve tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo

No sé

1. **¿Usted o su esposo o pareja han tenido alguna vez problemas de infertilidad (problemas para lograr un embarazo)?**

No 🡺 Pase a la pregunta 12

Sí, he tenido problemas

Sí, mi esposo o pareja ha tenido problemas

Sí, los dos hemos tenido problemas

Sí, pero no se conocía la causa

1. **¿Le han diagnosticado síndrome del ovario poliquístico (conocido también por sus siglas en inglés como SOPC)?**

No

Sí

No sé

1. **En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿trabajó en un empleo a sueldo?**

No 🡺 Pase a la Pregunta 17

Sí

1. **Durante su *embarazo más reciente*, ¿cómo describiría usted su turno normal de trabajo en su empleo *principal*?** Marque UNA respuesta.

Turno de día (la mayoría de las horas de trabajo entre 8 de la mañana y 4 de la tarde)

Turno de tarde (la mayoría de las horas de trabajo entre 4 de la tarde y media noche)

Turno de noche (la mayoría de las horas de trabajo entre media noche y las 8 de la mañana)

Turno rotativo, incluidas las noches

Turno rotativo, sin incluir las noches

Turno de noche irregular (su turno era impredecible e incluía algunas noches todos los meses)

Turnos de día o de tarde irregulares (su turno era impredecible, pero no incluía noches)

1. **Durante su embarazo *más reciente*, por favor indíquenos cuánto tiempo dedicaba diariamente a las siguientes actividades en su trabajo *principal*.** Por favor, marque la casilla que describa la cantidad de tiempo que usted dedicaba a cada actividad diariamente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad | Casi nada | Menos de la mitad del tiempo | Más de la mitad del tiempo | Casi todo el tiempo |
| 1. Permanecía de pie
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Permanecía sentada
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Permanecía doblada en la cintura
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Levantaba 20 libras o más (un peso parecido al de una bolsa grande de comida para perros)
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Empujaba o jalaba cosas
 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |

1. **Por favor cuéntenos sobre su trabajo PRINCIPAL durante su embarazo *más reciente.*  ¿Qué *cargo* tenía y cuáles eran sus actividades o responsabilidades habituales?**

Cargo:

Responsabilidades en el trabajo:

1. **Con respecto a su trabajo PRINCIPAL *durante su embarazo más reciente*, ¿para qué tipo de compañía trabajaba (¿qué hacía o producía la compañía?)?**

Respuesta actual

No sabe

1. **Durante *su embarazo más reciente*, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía alguna de las siguientes afecciones?** No Sí

* 1. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo)
	2. Presión arterial alta (que comenzó durante *este* embarazo), preclampsia o eclampsia
	3. Depresión
1. **Durante su embarazo *más reciente*, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que se hiciera una prueba de los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, en su casa y mediante el método de pinchado del dedo, para ver si estaban altos?**

No

Sí

1. ***Durante cualquiera de sus visitas de control prenatal*, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de salud le hizo un examen de sangre u otra prueba de laboratorio para detectar alguna de las afecciones siguientes?** En cada caso, marque **No,** si no le hicieron ningún examen, o **Sí,** si le hicieron el examen.

1. Anemia (nivel bajo de hierro en la sangre) 🗆 🗆
2. Diabetes gestacional 🗆 🗆
3. Infecciones de transmisión sexual, como clamidia o gonorrea 🗆 🗆
4. Sífilis 🗆 🗆
5. Defectos de nacimiento o congénitos en el bebé 🗆 🗆
6. **En algún momento durante su embarazo *más reciente o parto más reciente*, se hizo usted la prueba del VIH (el virus que causa el sida)?**

No

Sí 🡺 Pase a la Pregunta 22

No sé

1. **¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo más reciente o parto más reciente?**

 Marque TODAS las opciones que correspondan

 No me ofrecieron la prueba

 No quise hacerme la prueba

Yo ya sabía si tenía o no tenía el VIH

No pensé que corriera ningún riesgo de tener el VIH

No quería que la gente pensara que yo corría riesgo de tener el VIH

Le temía al resultado

Me hicieron la prueba *antes* de este embarazo y no pensaba que necesitaba hacérmela de nuevo =>

 Otra razón **🡺Por favor indíquela**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Durante su embarazo *más reciente*, ¿le pusieron la vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina (conocida en inglés como Tdap)?**  La Tdap es un refuerzo de la vacuna contra el tétanos que también protege contra la tosferina (tos convulsa).Marque UNA respuesta.

No, nunca he recibido la Tdap

No, pero había recibido la Tdap *antes* del embarazo

No, pero recibí la Tdap *después* del embarazo

Sí, recibí la Tdap *durante* el embarazo

No sé

1. **¿Su esposo o pareja la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, estranguló o de alguna otra manera la lastimó físicamente durante alguno de los siguientes períodos?** Para cada período, marque **No**, si no sucedió en esa oportunidad, o **Sí**, si sucedió.

 **No Sí**

 a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada…………………….………………… 🗆 🗆

 b. Durante mi embarazo más reciente 🗆 🗆

 c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé 🗆 🗆

**Note to reviewers: Versions 1, 2, and 3 of the tobacco questions will be randomly assigned.**

**Version 1 – E-cigarettes and Hookah**

1. **En los *3 meses* *antes* de que quedara embarazada, ¿alguna vez usó cigarrillos electrónicos? De ser así, ¿cuántas veces usaba cigarrillos electrónicos en un día normal?** Los cigarrillos electrónicos son dispositivos que funcionan con batería y parecen cigarrillos, pero producen vapor en lugar de humo.

Yo no usé cigarrillos electrónicos durante los 3 meses antes de quedar embarazada

Menos de 1 vez al día

Entre 1 y 5 veces al día

Entre 6 y 10 veces al día

Entre 11 y 20 veces al día

Entre 21 y 40 veces al día

41 veces o más al día

1. **En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿usó usted cigarrillos electrónicos? De ser así, ¿cuántas veces usó usted cigarrillos electrónicos en un día normal?**

Yo no usé cigarrillos electrónicos en los últimos 3 meses de embarazo

Menos de 1 vez al día

Entre 1 y 5 veces al día

Entre 6 y 10 veces al día

Entre 11 y 20 veces al día

Entre 21 y 40 veces al día

41 veces o más al día

1. **En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿fumó usted narguile (pipa de agua)? De ser así, ¿con qué frecuencia lo fumó durante un mes normal?** El narguile es una pipa de agua que se utiliza para fumar tabaco.

Yo no fumé narguile en los 3 meses antes de quedar embarazada

Una vez al mes

2 o 3 veces al mes

Una vez a la semana

2 o 3 veces a la semana

Diariamente

1. **En los *últimos 3* *meses* de embarazo ¿alguna vez fumó narguile? De ser así, ¿con qué frecuencia lo fumó durante un mes normal?**

No fumé narguile durante los últimos 3 meses de embarazo.

Una vez al mes

2 o 3 veces al mes

Una vez a la semana

2 o 3 veces a la semana

Diariamente

**Version 2 – E-cigarettes and Hookah**

**La siguiente sección es sobre el uso de los cigarrillos electrónicos y el narguile antes y durante el embarazo.**

Los **cigarrillos electrónicos** son dispositivos que funcionan con batería y parecen cigarrillos, pero producen vapor en lugar de humo.

Los **narguiles** son pipas de agua que se usan para fumar tabaco.

1. **¿Alguna vez usó cigarrillos electrónicos en los *3 meses antes* de que quedara embarazada o en los *últimos 3 meses* de embarazo? De ser así, ¿cuántos usó en un día normal?** Marque las casillas que describan cuántas veces usó cigarrillos electrónicos antes y durante el embarazo. Seleccione UNA respuesta para cada período.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ¿Que tan seguido usó cigarrillos electrónicos? | *3 meses antes* de que quedara embarazada | *últimos 3 meses* de embarazo |
| 1. Yo no usé cigarrillos electrónicos
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Menos de 1 vez al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 1 y 5 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 6 y 10 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 11 y 20 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 21 y 40 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. 41 veces o más al día
 | 🗆 | 🗆 |

1. **¿Alguna vez usted fumó narguile en los *3 meses antes* de que quedara embarazada o en los últimos 3 meses de embarazo? De ser así, ¿cuántas veces fumó en un *mes normal*?** Marque las casillas que describan cuántas veces usó narguile antes y durante el embarazo Seleccione UNA respuesta para cada período.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ¿Que tan seguido fumó narguile? | *3 meses antes* de que quedara embarazada | *últimos 3 meses* de embarazo |
| 1. No fumé narguile
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Una vez al mes
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. 2 o 3 veces al mes
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Una vez a la semana
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. 2 o 3 veces a la semana
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Diariamente
 | 🗆 | 🗆 |

**Version 3 – Tobacco Products**

1. **En los *últimos 2 años*, ¿ha consumido alguna vez alguno de los siguientes productos de tabaco?** En cada caso, marque S, si lo consumió, o N, si no lo consumió.

 **No**  **Sí**

* 1. Cigarrillos electrónicos (dispositivos que funcionan con batería y parecen cigarrillos) 🗆 🗆
	2. Narguile (pipa de agua que se usa para fumar tabaco) 🗆 🗆
	3. Tabaco para mascar o rapé 🗆 🗆
	4. Tabletas de nicotina 🗆 🗆

**Si usted usó cigarrillos electrónicos o narguile, pase a la pregunta 31, si no es así pase a la pregunta 33.**

1. **¿Cuántos cigarrillos electrónicos usó en un día promedio en los *3 meses antes* de que quedara embarazada o en los *últimos 3 meses* de embarazo?** Marque las casillas que describan cuántas veces usó cigarrillos electrónicos antes y durante el embarazo. Seleccione UNA respuesta para cada período.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ¿Que tan seguido usó cigarrillos electrónicos? | *3 meses antes* de que quedara embarazada | *últimos 3 meses* de embarazo |
| 1. Yo no usé cigarrillos electrónicos
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Menos de 1 vez al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 1 y 5 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 6 y 10 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 11 y 20 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Entre 21 y 40 veces al día
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. 41 veces o más al día
 | 🗆 | 🗆 |

**Si usted no fumó narguile pase a la pregunta 33**

1. **¿Cuántas veces fumó narguile o pipa de agua en los *3 meses antes* de que quedara embarazada o en los últimos 3 meses de embarazo?** Marque las casillas que describan cuántas veces usó narguile antes y durante el embarazo. Seleccione UNA respuesta para cada período.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ¿Que tan seguido fumó narguile? | *3 meses antes* de que quedara embarazada | *últimos 3 meses* de embarazo |
| 1. No fumé narguile
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Una vez al mes
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. 2 o 3 veces al mes
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Una vez a la semana
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. 2 o 3 veces a la semana
 | 🗆 | 🗆 |
| 1. Diariamente
 | 🗆 | 🗆 |

1. **¿Alguna vez fumó cigarrillos en los *3 meses antes* de que quedara embarazada o en los *últimos 3 meses* de embarazo?**

No 🡺Pase a la Pregunta 22

Sí

1. **Durante su *embarazo más reciente,* ¿su seguro médico pagó por consejería,**

**medicamentos o cualquier otro método para ayudarla a dejar de fumar?**

No

Sí, pero tuve que hacer un copago

Sí, sin copago

No sé

No tenía seguro médico

1. **Durante su *embarazo más reciente*, ¿sabía si su seguro médico la podría ayudar**

**para cubrir los costos de servicios o medicamentos para ayudarla a dejar de fumar?**

No 🡺 Pase a la Pregunta 37

Sí

1. **¿Cómo se enteró de que su seguro médico tenía cobertura para pagar por métodos para ayudarla a dejar de fumar?**

Un doctor, una enfermera u otro proveedor de atención médica me lo dijo

Hablé con alguien de mi compañía de seguro médico

Un familiar o amigo me lo dijo

Leí información proporcionada por mi compañía de seguros o fui a su sitio web

Otro 🡪 Por favor indique cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Después de que naciera su nuevo bebé, ¿algún proveedor de atención médica capacitado le habló sobre la lactancia materna o la ayudó a aprender cómo amamantar al bebé?** En cada caso, marque **No**, si no le habló, o **Sí**, si le habló.

 **No**  **Sí**

 Un doctor habló conmigo y me ayudó 🗆 🗆

Una enfermera o partera habló conmigo y me ayudó 🗆 🗆

Una especialista o asesora en lactancia materna habló conmigo y me ayudó 🗆 🗆

Otro proveedor de atención médica capacitado habló conmigo y me ayudó 🗆 🗆

Por favor díganos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Qué tipo de ayuda recibió del proveedor de atención médica que habló con usted sobre la lactancia materna?**

En cada caso, marque **No,** si no recibió esa ayuda o **Sí,** si la recibió.

 **No Sí**

Ayuda para que mi bebé pudiera agarrar el pezón bien 🗆 🗆

Consejos sobre cómo amamantar a mi bebé 🗆 🗆

Información sobre los beneficios de amamantar al bebé 🗆 🗆

Información sobre sacarme la leche materna si no voy a estar con el bebé 🗆 🗆

Información sobre dónde conseguir una extractora de leche o bomba de lactancia 🗆 🗆

Ayuda para usar la extractora de leche o bomba de lactancia 🗆 🗆

Información sobre a dónde ir después si necesito ayuda para amamantar 🗆 🗆

Otro lugar 🡪 Por favor indique cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *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 41

Sí

1. ***Durante su chequeo de posparto,* ¿su doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica hizo algo de lo siguiente?** En cada caso, marque **No,** si no hizo nada de eso, o **Sí,** si hizo algo.

  **No Sí**

1. Me recomendó que tomara una vitamina que tuviera ácido fólico 🗆 🗆
2. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que gané durante el embarazo 🗆 🗆
3. Me hizo una prueba de diabetes 🗆 🗆
4. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos 🗆 🗆
5. Me preguntó si alguien estaba lastimándome emocionalmente o físicamente 🗆 🗆
6. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida 🗆 🗆
7. Habló conmigo sobre cuánto esperar para quedar embarazada otra vez 🗆 🗆
8. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que yo podía usar después de dar a luz🗆 🗆
9. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, el NuvaRing o condones

 🗆 🗆

1. Me puso una inyección anticonceptiva (Depo-Provera®) 🗆 🗆
2. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD, por sus siglas en inglés (Mirena®,ParaGard®o Skyla®) 🗆 🗆
3. Me puso un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®) 🗆 🗆

1. **¿Qué tipo de asistencia para amamantar necesitó y qué tipo de asistencia recibió después de salir del hospital?** En cada caso, marque **Necesité,** si fue un tipo de asistencia para amamantar que necesitó o **Recibí**, si fue un tipo de asistencia para amamantar que recibió.

 **Necesité** **Recibí**

Alguien que respondiera mis preguntas 🗆 🗆

Ayuda para poner al bebé en la posición correcta 🗆 🗆

Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche 🗆 🗆

Ayuda para controlar el dolor o los pezones que sangraban 🗆 🗆

Información sobre dónde conseguir una extractora de leche o bomba de lactancia🗆 🗆

Ayuda para usar la extractora de leche o bomba de lactancia 🗆 🗆

Información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna 🗆 🗆

Otra 🡪 Por favor indique cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Después de salir del hospital, ¿recibió algún consejo, ayuda o apoyo para amamantar al bebé, de parte de un proveedor de atención médica, familiar, amiga o grupo de apoyo?**

No 🡺 Pase a la Pregunta 44

Sí

1. **¿Cuál de las siguientes fuentes le dio apoyo para amamantar al bebé después de que salió del hospital?** Marque TODAS las opciones que correspondan

Especialista o asesor en lactancia materna del hospital

Su médico u otro proveedor de atención médica

El médico o proveedor de atención médica de su bebé

Grupo de apoyo para la lactancia materna

Línea telefónica o número gratuito de ayuda para la lactancia materna

Familiares o amigos

Otra 🡪 Por favor indique cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Usted usó una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?**

No 🡺 Pase a la Pregunta 49

Sí

1. **¿Todavía está usando una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su bebé?**

No 🡺 Pase a la Pregunta 49

Sí

1. **¿Su seguro médico pagó por la bomba de lactancia?**

No

Sí, pero tuve que hacer un copago

Sí, sin copago

No sé

No tenía seguro médico

1. **¿Dónde consiguió la bomba de lactancia que usa la mayor parte del tiempo?**

Me la dio el hospital

La alquilé del hospital

La alquilé de un proveedor de atención médica

La compré de un proveedor de atención médica

La compré de un proveedor de equipos médicos

La compré nueva en una tienda

La compré usada

Me la regalaron nueva

Alguien me la dio usada

La tenía desde que nació mi bebé anterior

Otro 🡺

1. **¿Qué tipo de bomba de lactancia usa la mayor parte del tiempo?**

Bomba de lactancia eléctrica

Bomba de lactancia con pilas

Bomba de lactancia manual

1. **¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted sobre la forma en que su nuevo bebé debería dormir, como la posición y ubicación?**

No

Sí

1. **A continuación enumeramos algunas cosas que describen la forma en que su bebé duerme por lo general.** En cada caso, marque **No**, si por lo general no se aplica a su bebé o **Sí**, si por lo general se aplica a su bebé.

**No Sí**

a. Mi nuevo bebé duerme con almohadas o cojines 🗆 🗆

b. Mi nuevo bebé duerme con protectores para cuna (*bumper pads*) 🗆 🗆

c. Mi nuevo bebé duerme con un edredón, una colcha o mantas gruesas 🗆 🗆

d. Mi nuevo bebé duerme con una manta o sábana liviana 🗆 🗆

e. Mi nuevo bebé duerme con muñecos de peluche 🗆 🗆

f. Mi nuevo bebé duerme con un cojín posicionador para bebés (*wedge*) 🗆 🗆

g. Mi nuevo bebé duerme con un cojín en forma de U o tipo Boppy  🗆 🗆

h. Mi nuevo bebé duerme conmigo 🗆 🗆

i. Mi nuevo bebé duerme con otros adultos 🗆 🗆

j. Mi nuevo bebé duerme con otros niños  🗆 🗆

1. **A continuación enumeramos algunos lugares en los que generalmente duermen los bebés. Por favor indique cuál describe el sitio en que su bebé duerme por lo general.** Marque UNA respuesta

Cuna o cuna portable

Moisés o cunita

Cama o colchón para adultos

Cama de agua

Sofá o futón

Silla o reclinadora

Corral portable para bebés o cuna de viaje

Silla infantil para auto

Coche de bebé o carriola

Columpio para bebé

Algún otro lugar 🡺 Por favor indique cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Desde que nació su nuevo bebé, ¿con que frecuencia se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para él o ella?**

Nunca 🡺 Pase a la Pregunta 54

Rara vez 🡺 Pase a la Pregunta 54

A veces

Frecuentemente

Siempre

1. **¿Por qué se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para su nuevo bebé?** Marque TODAS las que correspondan

Los servicios que necesitaba no estaban disponibles en mi zona

Habían listas de espera u otros problemas para conseguir citas

Mi seguro médico no cubre los servicios que necesitaba

Otra  Por favor, escríbala:

1. ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado (por ejemplo cunas, medicinas, juguetes)?**

No 🡺 **Pase a la Pregunta 56**

Sí

1. **¿De dónde recibió la información sobre los productos infantiles que se deben retirar del mercado?** Marque TODAS las que correspondan

De los fabricantes de los productos

De un doctor, enfermera u otro trabajador de la salud

De un periódico, radio, televisión o Internet

De familiares o amigo(a)s

Anuncios en las tiendas sobre retiro del mercado

Otra  Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Alguno de sus familiares directos o de sangre (madre, padre, hermanas o hermanos) ha tenido alguna de las condiciones que aparecen en la lista a continuación?** Para cada condición, marque **No**, si nadie en su familia ha tenido esa condición, **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **No sé**, si usted no sabe al respecto.

 **No Sí No sé**

a. Diabetes 🗆 🗆 🗆

b. Ataque cardiaco antes de los 55 años 🗆 🗆 🗆

c. Presión arterial alta (hipertensión arterial) 🗆 🗆 🗆

d. Cáncer de mama antes de los 50 años 🗆 🗆 🗆

e. Cáncer de ovario 🗆 🗆 🗆

1. **¿Cuándo fue la última vez en que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental?**

En el último año (hace menos de 12 meses)

Hace más de 1 año, pero menos de 2 años

Entre 2 años y menos de 5 años

Hace 5 años o más

Nunca me han hecho una limpieza de dientes

1. **A continuación tenemos una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de una emergencia. En cada caso, por favor díganos si las ha hecho o no.** En cada caso, encierre en un círculo S (Sí), si es algo que ha hecho para prepararse ante una emergencia o encierre en un círculo **N** (No), si no lo ha hecho.

a. Tengo un sitio de reunión con mis familiares (diferente a la casa) en caso de emergencias…….N S

b. Tengo un plan para mantenernos en contacto con la familia si nos separamos……………………….N S

c. Tengo un plan de evacuación si necesito salir de la casa y mi comunidad ................................ N S

d. Tengo un plan de evacuación para mi hijo o hijos en caso de emergencia (permiso para que mi hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela) ......................................N S

e. Tengo copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de mi casa........................................................................N S

f. Tengo suministros de emergencia en mi casa para mi familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días ……………………………………….…………………………………….N S

g. Tengo suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente …………………………………………………………………………………………….N S

h. Mi familia y yo hemos practicado qué hacer en caso de una emergencia en casa …………………….N S

1. **En un desastre o emergencia de grandes proporcionales, ¿cuál sería su método o forma PRINCIPAL de comunicarse con familiares y amigos?** Marque UNA respuesta

Teléfono de casa normal (línea fija)

Celular

Correo electrónico

Medios sociales como Facebook

Buscapersonas o pager

Radio bidireccional

Otro 🡺 Por favor indique cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿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 – entrevista final

Seguro médico privado de mis padres – entrevista final

Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos (conocido en inglés como *Health Care Market Place*)- – entrevista final

Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros-– entrevista final

Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros - entrevista final

Medicaid (required: state Medicaid name)- entrevista final

*TRICARE u otro seguro médico militar -* entrevista final

*Servico de salud indio o tribal -* entrevista final

Algún otro tipo de seguro médico 🡪 Por favor escríbalo:

No tengo ningún seguro médico *ahora* 🡺 Pase a la Pregunta 61

1. **¿Cuál es la razón por la que no tiene ningún seguro médico ahora?** Marque TODAS las opciones que correspondan

El seguro médico es muy caro

No puedo obtener seguro médico de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité un seguro médico, pero todavía estoy esperando que me lo aprueben

Tuve problemas al llenar la solicitud de seguro médico

Mis ingresos son muy altos para registrarme en el programa público que quiero

No sé cómo conseguir seguro médico

No soy ciudadano de los Estados Unidos o no tengo los documentos correspondientes de residencia de los Estados Unidos

Otra razón 🡺 Por favor indique cuál: