



Centers for Birth Defects Research and Prevention
Birth Defects Study To Evaluate Pregnancy exposureS (BD-STEPS)
Computer-Assisted Telephone Interview

Questionnaire Version 6.0.8

Spanish Translation

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 45 minutes, 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 NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0010).

Table of Contents

OPENING STATEMENT:.....	4
Section A: ESTABLISHING DATES	4
Section B: MULTIPLE GESTATION	5
Section C: PREGNANCY HISTORY	7
Section D: FAMILY HISTORY.....	9
MATERNAL HEALTH INTRODUCTION	16
Section F: DIABETES.....	16
Section G: CANCER	24
Section H: HEART PROBLEMS	25
Section I: THYROID DISEASE	35
Section J: ASTHMA.....	40
Section K: EPILEPSY.....	50
Section L: MIGRAINE.....	55
Section M: AUTOIMMUNE DISEASE	60
Section N: TRANSPLANT RECEIPT	68
Section O: DEPRESSION / ANXIETY	71
Section P: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)	76
Section Q: CHRONIC DISEASE CATCH-ALL QUESTION	81
Section R: GENITOURINARY INFECTIONS	84
Section S: FEVERS	90
Section T: MEDICATIONS / HERBALS / VITAMINS	92
Section U: STRESS	128
Section V: PHYSICAL ACTIVITY	130
Section W: OBESITY	133
Section X: DENTAL PROCEDURES	136
Section Y: SMOKING	142
Section Z: ALCOHOL.....	143
Section AA: RESIDENCE HISTORY.....	144
Section BB: MATERNAL OCCUPATION.....	145

BD-STEPS CATI – FULL DRAFT

10/28/2014

Spanish Translation

Section CC: RACE / ACCULTURATION / EDUCATION	147
Section DD: INSURANCE STATUS.....	151
Section EE: CLOSING	152
Section FF: INTERVIEWER REMARKS	156

OPENING STATEMENT:

En esta encuesta le haré preguntas acerca de su familia, su salud, sus hábitos de vida. Las preguntas cubren muchos temas porque no sabemos las causas de la mayoría de los defectos de nacimiento. Estudiaremos las respuestas de miles de madres con la esperanza de descubrir algo nuevo acerca de las causas de los defectos de nacimiento. Puede estar segura de que sus respuestas se mantendrán en confidencialidad.

Section A: ESTABLISHING DATES

Voy a hacerle muchas preguntas sobre el periodo antes y mientras estaba embarazada [TAB: de [NOIB]; afectado por un defecto de nacimiento]. Pero antes, necesito que me diga algunas fechas.

A1. [TAB: ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [NOIB]?; ¿En qué fecha terminó el embarazo que se vio afectado por un defecto de nacimiento]?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

A2. ¿Qué fecha le dio el médico como día de parto [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado por un defecto de nacimiento]? Es decir, ¿cuándo se esperaba que naciera [TAB:[NOIB];/el/la bebé]?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

IF NOIB IS TAB OR STILLBIRTH, SKIP TO A6

A3. ¿Aún vive [NOIB]?

- a. YES → SKIP TO A6
b. NO → CONTINUE TO A4
c. DK → SKIP TO A6
d. RF → SKIP TO A6

A4. ¿De qué murió el/ella [NOIB]?

- a. SPECIFY: _____
b. DK
c. RF

A5. ¿Qué edad tenía él/ella cuando murió? NOTE: IF THE BABY LIVED LESS THAN 24 HOURS, THE RESPONSE CAN BE RECORDED AS 1 DAY.

- a. AGE: _____ DK RF
i. UNITS: _____ (DÍAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)

A6. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de usted? (MOTHER'S)

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

A7. Me gustaría preguntarle acerca del padre natural o biológico [TAB: de [NOIB]/el/la/bebé]. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? IF DK, PROBE: ¿Usted no sabe la fecha de nacimiento o no conoce el padre biológico?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

Section B: MULTIPLE GESTATION

B1. En [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado por un defecto de nacimiento], ¿cuántos bebés llevaba en el vientre? PROBE: ¿Llevaba en el vientre un solo bebé, gemelos (mellizos) o más bebés?

- a. Number: _____
- i. IF 1 (SINGLE BABY) → SKIP TO NEXT SECTION
 - ii. IF ≥ 2 (TWINS OR HIGHER ORDER MULTIPLE) → CONTINUE TO B2
 - iii. DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - iv. RF → SKIP TO NEXT SECTION

B2. ¿El otro bebé sigue vivo/los otros bebés siguen vivos?

- a. Si, todos los otros bebés están vivos
- b. Algunos bebés están vivos, otros no
- c. No, ningún otro bebé está vivo
- d. DK
- e. RF

B3. ¿Cuál es/era [si falleció] el sexo del otro bebé/de los otros bebés? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY (NUMBER REPORTED IN B1)]

- a. Niña
- b. Niño
- c. Indeterminado
- d. DK
- e. RF

B4. ¿Fue afectado este bebé por un defecto de nacimiento? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY]]

- a. YES → CONTINUE TO B5
- b. NO → SKIP TO B6/NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO B6/NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO B6/NEXT SECTION

10/28/2014

Spanish Translation

B5. ¿Cuál era el problema o defecto?/¿Algo más? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY]

- a. SPECIFY: _____ (PROMPTS COMING TO CATI IN FUTURE RELEASE.
MEANWHILE USE LIST IN QxQ.)
- b. DK
- c. RF

B6. FOR SAME SEX TWINS ONLY: La siguiente pregunta es para determinar qué tanto se parecen sus gemelos.

Hay tres opciones. ¿Diría usted que sus gemelos: [READ OPTIONS]

- a. Son/eran prácticamente idénticos, tan físicamente parecidos como "dos gotas de agua"; o
- b. Tan parecidos como hermanos o hermanas típicos de la misma edad; o
- c. No se parecen mucho?
- d. DK
- e. RF

Section C: PREGNANCY HISTORY

Ahora voy a preguntarle sobre su experiencia con los embarazos.

C1. ¿Cuántas veces estuvo embarazada antes de [TAB: [NOIB]; o del embarazo que terminó en DOIB]? Incluya los embarazos que hayan terminado en aborto espontáneo, parto muerto, aborto inducido u otro resultado.

- a. NUMBER: _____
 - i. If 0 → SKIP TO THE NEXT SECTION
 - ii. If >0 → CONTINUE TO C2
- b. DK → SKIP TO THE NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO THE NEXT SECTION

C2. ¿Cuándo terminó el último embarazo antes [TAB: del [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOPT]]?

- a. MM/DD/YYYY or CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YYYY OR
- b. Time period ago: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas

C3a. ¿Ese embarazo terminó en un nacido vivo? IF A MULTIPLE PREGNANCY HAD AT LEAST ONE FETUS BORN LIVE, SELECT YES

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/SKIP TO C5 IF C1a >1
- b. NO → CONTINUE TO C3b
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/SKIP TO C5 IF C1a >1
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/SKIP TO C5 IF C1a >1

C3b. ¿Ese embarazo terminó en un (READ CATEGORIES: parto muerto, aborto inducido, aborto espontáneo o algún otro desenlace clínico)? IF 2 OR MORE OUTCOMES IN 1 PREGNANCY SELECT OTHER

- a. Parto muerto → CONTINUE TO C4
- b. Aborto inducido → CONTINUE TO C4
- c. Aborto espontáneo → CONTINUE TO C4
- d. OTRO, ESPECIFIQUE: → CONTINUE TO C4
- e. DK → SKIP TO C4/NEXT SECTION
- f. RF → SKIP TO C4/NEXT SECTION

C4. IF REPORTING ANY OUTCOME BESIDES LIVE BIRTH: ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando terminó el embarazo? Por ejemplo, ¿qué semana o mes?

- a. AMOUNT: _____ SKIP TO NEXT SECTION IF C1a=1/CONTINUE TO C5 IF C1a>1
 - i. UNITS: _____ (DIAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)
- b. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a=1/CONTINUE TO C5 IF C1a>1

- C5. IF C1a>2: Ahora, me gustaria preguntarle sobre otros embarazos, empezando por el primero. ¿Su [insert counter (1er, 2ndo, etc)] embarazo terminó en un bebé nacido vivo? [REPEAT (C1a NUMBER) – 1 TIMES] IF REPORTING 2 PREVIOUS PREGNANCIES (C1a = 2): ¿Su primer embarazo termino en un bebé nacido vivo?
- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
 - b. NO → CONTINUE TO C6
 - c. DK → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
 - d. RF → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
- C6. ¿Ese embarazo terminó en (READ CATEGORIES: parto muerto, aborto inducido, aborto espontáneo o algún otro desenlace clínico)? IF 2 OR MORE OUTCOMES IN 1 PREGNANCY SELECT OTHER
- a. Parto muerto → CONTINUE TO C7
 - b. Aborto inducido → CONTINUE TO C7
 - c. Aborto espontáneo → CONTINUE TO C7
 - d. OTRO, ESPECIFIQUE: → CONTINUE TO C7
 - e. DK → CONTINUE TO C7
 - f. RF → CONTINUE TO C7
- C7. IF REPORTING ANY OUTCOME BESIDES LIVE BIRTH: ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando terminó el embarazo? Por ejemplo: ¿qué semana o mes?
- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
 - i. UNITS: _____ (DÍAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)
 - b. DK → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
 - c. RF → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

Section D: FAMILY HISTORY

D1. ¿Tuvo usted algún problema de salud al nacer o algún defecto de nacimiento que haya sido diagnosticado en su niñez?

- a. YES → Continue to D2
- b. NO → Skip to D3
- c. DK → Skip to D3
- d. RF → Skip to D3

D2. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
 - i. (PROMPTS COMING TO CATI IN FUTURE RELEASE. MEANWHILE USE LIST IN QxQ)
- b. DK
- c. RF

D3. IF FATHER UNKNOWN, SKIP TO D5: ¿Tuvo el padre biológico o natural [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado por un defecto de nacimiento] algún problema de salud al nacer o algún defecto de nacimiento que haya sido diagnosticado en su niñez?

- a. YES → Continue to D4
- b. NO → Skip to D5/next section
- c. DK → Skip to D5/next section
- d. RF → Skip to D5/next section

D4. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
 - i. (PROMPTS COMING TO CATI IN FUTURE RELEASE. MEANWHILE USE LIST IN QxQ)
- b. DK
- c. RF

D5. IF PREVIOUS PREGNANCIES REPORTED: ¿Alguno de [TAB: los hermanos o hermanas de [NOIB]; los] hermanos o hermanas tuvieron algún problema de salud al nacer o un defecto de nacimiento diagnosticado durante el embarazo o en la infancia? No incluya a medios hermanos o hermanastros. Incluya a los hermanos fallecidos y los embarazos anteriores que hayan terminado en un aborto espontáneo, parto muerto o aborto inducido.

- a. YES → Continue to D6
- b. NO → Skip to next section
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

D6. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más?

- a. Response: _____
(PROMPTS COMING TO CATI IN FUTURE RELEASE. MEANWHILE USE LIST IN QxQ)
- b. DK
- c. RF

Section E: FERTILITY

Ahora tengo unas preguntas en particular sobre el embarazo [TAB: de NOIB; que terminó el [DOPT]].

E1. ¿Cuánto tiempo estuvo tratando de quedar embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo afectado por un defecto de nacimiento] antes de quedar embarazada? [READ OPTIONS]

- a. No estábamos intentando →Skip to E14
- b. Menos de 6 meses
- c. 6 meses o más, pero menos de un año
- d. Un año o más, pero menos de 3 años
- e. 3 años o más, pero menos de 5 años
- f. 5 años o más, pero menos de 7 años
- g. 7 años o más
- h. DK
- i. RF

E2a. En los dos meses antes de quedar embarazada de [TAB:[NOIB];el embarazo que terminó en [DOIB]] ¿usó fertilización in vitro, también conocida como la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, también conocida como ICSI, o la inseminación artificial para ayudar a quedar embarazada?

- a. YES → CONTINUE TO E2b
- b. NO → SKIP TO E9
- c. DK → SKIP TO E9
- d. RF → SKIP TO E9

E2b. ¿Qué procedimiento o procedimientos usaste? READ LIST:

- a. Fertilización in vitro o FIV
- b. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides o IICE
- c. Inseminación artificial
- d. DK
- e. RF

IF YES TO ONLY ONE PROCEDURE → SKIP TO E4

IF YES TO MORE THAN ONE PROCEDURE → CONTINUE TO E3

IF NO AND/OR DK AND/OR RF TO ALL → SKIP TO E9

E3. ¿Cuál fue el último procedimiento que usó antes de quedar embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo afectado por un defecto de nacimiento]?

- a. Fertilización in vitro o FIV
- b. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides o IICE
- c. Inseminación artificial
- d. DK
- e. RF

E4. ¿Cuál fue la fecha de ese procedimiento?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YYYY

E5. ¿Se usaron óvulos de algún donante, espermatozoides de algún donante, o embriones de algún donante el [ANSWER] / (IF DATE UNKNOWN) durante este último procedimiento?

- a. YES → Continue to E6
- b. NO → Skip to E7
- c. DK → Skip to E7
- d. RF → Skip to E7

E6. ¿Cuáles se utilizaron? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Óvulos de una donante
- b. Espermatozoides de un donante
- c. Embrión de una donante
- d. DK
- e. RF

E7. ¿Se usaron óvulos congelados, espermatozoides congelados o embriones congelados el [REFERENCE:280]?

- a. YES → Continue to E8
- b. NO → Skip to E9
- c. DK → Skip to E9
- d. RF → Skip to E9

E8. ¿Cuáles se utilizaron? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Óvulos congelados
- b. Espermatozoides congelados
- c. Embriones congelados
- d. DK
- e. RF

E9. Durante los dos meses anteriores a quedar embarazada de [TAB: [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB]], ¿tomó alguno de los siguientes medicamentos como ayuda para quedar embarazada?

- a. YES
- b. NO → IF E2 = YES SKIP TO E11. IF E2 = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2 = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14.
- c. DK → IF E2 = YES SKIP TO E11. IF E2 = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2 = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14.
- d. RF → IF E2 = YES SKIP TO E11. IF E2 = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2 = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14

E9a. ¿Tomaste Clomid o citrato de clomifeno?

- i. YES → ASK E10a
- ii. NO
- iii. DK
- iv. RF

E9b. ¿Tomaste Letrozole/Femara?

- i. YES → ASK E10b
- ii. NO
- iii. DK
- iv. RF

E9c. ¿Tomó alguna otro cosa?

- i. YES
- ii. NO
- iii. DK
- iv. RF

E9d. ¿Que tomaste? IF CAN'T RECALL, READ LIST:

- i. Bromocriptine
- ii. Danazol
- iii. Danocrine
- iv. Depo-Provera
- v. Factrel
- vi. Lupron
- vii. Lutrepulse
- viii. Metrodin
- ix. Parlodel
- x. Pergonal
- xi. Pregnyl
- xii. Profasi HP
- xiii. Provera
- xiv. Serophene
- xv. Synarel
- xvi. OTHER, SPECIFY: _____
- xvii. DK
- xviii. RF

E10a. IF E9a = YES: ¿Cuántas pastillas de Clomid o citrato de clomifeno por día tomó usted en su último ciclo antes de quedar embarazada?

- a. NUMBER: _____
- b. DK
- c. RF

E10b IF E9B = YES: ¿Cuántas Letrozole/Femara pastillas tomó usted por día en su último ciclo antes de quedar embarazada?

- a. NUMBER: _____
- b. DK
- c. RF

E11. IF REPORT ANY FERTILITY PROCEDURES OR MEDICATIONS: ¿Cuántos ciclos menstruales con tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) tenía usted antes de [TAB: quedar embarazada de [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]?

- a. 1 ciclo
- b. 2-3 ciclos
- c. 4-6 ciclos
- d. ≥ 7 ciclos
- e. DK
- f. RF

E12. IF REPORT ANY FERTILITY PROCEDURES OR MEDICATIONS: ¿Cuáles fueron los motivos para los tratamientos de fertilidad? ¿Fue...? [READ OPTIONS; indicate all that apply]

- a. Aflicción femenina, tales como bloqueo de las trompas de Falopio o síndrome de ovario poliquístico → CONTINUE TO E13
- b. Aflicción masculina, tales como conteo bajo o movilidad reducida de los espermatozoides → SKIP TO E14 IF PREVIOUS PREGNANCY REPORTED/E15 IF ONLY ONE PREGNANCY REPORTED
- c. No tiene pareja del sexo masculino → SKIP TO E14/E15
- d. Sin explicación → SKIP TO E14/E15
- e. DK → SKIP TO E14/E15
- f. RF → SKIP TO E14/E15

E13. IF REPORT FEMALE FACTOR: ¿Cuál fue la aflicción femenina? ¿Fue...? [READ OPTIONS; INDICATE ALL THAT APPLY]

- a. Bloqueo de las trompas de Falopio
- b. Síndrome de ovario poliquístico (SOP)
- c. Endometriosis
- d. Problemas de ovulación (períodos irregulares)
- e. OTHER, SPECIFY:
- f. DK
- g. RF

E14. IF PREVIOUS PREGNANCY REPORTED: ¿Alguna vez concibió un embarazo previo usando... [READ ALL, INDICATE ALL THAT APPLY]...

E14b.	Pastillas estimulantes de la ovulación, tales como Clomid o Femara	YES	NO	DK	RF
E14c.	Inseminación artificial	YES	NO	DK	RF
E14d.	Fertilización in vitro o FIV; o	YES	NO	DK	RF
E14e.	Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides o IICE	YES	NO	DK	RF

E15. Durante el primer trimestre de su embarazo de [TAB: [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB]], ¿tomó algún medicamento para prevenir complicaciones del embarazo o amenaza de pérdida del embarazo, como hormonas, esteroides o inyecciones?

- a. YES → CONTINUE TO E16
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

E16. ¿Qué tomó?/¿Algo más? LIST ALL. IF CAN'T RECALL, READ LIST: ¿Fue...?

- a. Depo-Provera
- b. Sulfato de magnesio
- c. Progesterona
- d. Inmunoglobulina RHo (D)
- e. Rhogam
- f. Bloqueadores de los canales de calcio
- g. Esteroides NOS
- h. OTHER, SPECIFY: _____
- i. DK
- j. RF

E17. ¿Qué día del primer trimestre comenzó a usar [ANSWER] para prevenir complicaciones o la pérdida del embarazo?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

E18. ¿Cuándo dejó de tomar [ANSWER] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP TO E20
- c. DK
- d. RF

E19. ¿Por cuánto tiempo lo tomó? Puede decir la cantidad de tiempo por día, por semana o por mes.

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

E20. ¿Con qué frecuencia tomó [ANSWER] en los primeros tres meses de su embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, o por mes o durante todo el período de 3 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

MATERNAL HEALTH INTRODUCTION

En este momento y durante la entrevista le haré preguntas acerca de enfermedades que haya tenido y de varios tipos de medicamentos y remedios que haya usado. Por favor, incluya todos los medicamentos recetados por un profesional médico y medicamentos que haya recibido sin receta, ya sea de tiendas, farmacias, amistades o parientes, y también hierbas o remedios caseros. Si usted completa el formulario de medicamento que enviamos con su paquete preliminar sería de gran ayuda de tenerlo con usted para estas preguntas. Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su salud.

Section F: DIABETES

F1. ¿Alguna vez le informó algún médico que tenía diabetes, (incluso diabetes gestacional), a veces llamada diabetes mellitus o azúcar en la sangre?

- a. YES → CONTINUE TO F2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

F2. ¿Qué tipo de diabetes tenía o tiene actualmente usted? ¿Era (READ LIST)?

- a. Gestacional, es decir, solamente durante el embarazo
- b. Diabetes insulino dependiente, llamada tipo I o juvenil
- c. Diabetes que no depende de insulina, llamada tipo II o diabetes del adulto
- d. DK
- e. RF

F3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez, diabetes relativo a su embarazo de [TAB: [NOIB]/el embarazo afectado por un defecto nacimiento]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- a. ¿Antes de su embarazo, y no durante ningún otro embarazo?
- b. ¿Durante su embarazo previo?
- c. ¿Durante este embarazo de [TAB: [NOIB]/el embarazo afectado por un defecto nacimiento]?
- d. DK
- e. RF

IF F2=a, d, or e OR F3=b, c, d, e THEN SKIP TO F7 [ONLY ASK F4 if F2 = b or c AND F3=a

F4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO F5
- b. NO → SKIP TO F7
- c. DK → SKIP TO F7
- d. RF → SKIP TO F7

F5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO F7
- b. NO → GO TO F6
- c. DK → SKIP TO F7
- d. RF → SKIP TO F7

F6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre
- c. DK
- d. RF

F7. ¿Cómo se controló la diabetes y sus complicaciones durante el tiempo transcurrido entre el mes anterior a su embarazo y el final del tercer mes de embarazo? GIVE OPTIONS; INDICATE ALL THAT APPLY.

- a. Tomó medicinas u otros remedios → IF YES, CONTINUE TO F8 AFTER QUERYING F7b-F7d
- b. Modificó sus hábitos alimenticios → IF YES, ASK F19
- c. Controló su peso o el aumento de peso → IF YES, ASK F19
- d. Hizo otra cosa → IF YES, ASK F20
- e. NINGUNO DE LOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE → SKIP TO F22
- f. DK → SKIP TO F22
- g. RF → SKIP TO F22

F8. IF 7a: ¿Qué medicamentos tomó?/¿Tomó algo más? LIST ALL. IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST.

¿Tomó usted...?

- a. Actos
- b. Amaryl
- c. Byetta
- d. Diabeta
- e. Diabinese
- f. Glucophage
- g. Glucotrol
- h. Glucotrol XL
- i. Glumetza
- j. Glyburide
- k. Glynase PresTab
- l. Humalog
- m. Humulin N
- n. Humulin R
- o. Januvia
- p. Lantus
- q. Levemir
- r. Metformin HCL
- s. Micronase
- t. Novolog
- u. Novolin N
- v. Novolin R
- w. Onglyza
- x. Prandin
- y. Precose
- z. Starlix
- aa. Victoza
- bb. OTHER (SPECIFY)
- cc. DK → SKIP TO F19/F20 OR F21
- dd. RF → SKIP TO F19/F20 OR F21

F9. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO F13
- b. NO → CONTINUE TO F10
- c. DK → CONTINUE TO F10
- d. RF → CONTINUE TO F10

F10. ¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:520|1.1.1.1.*.1] para la diabetes por primera vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

F11. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:520|1.1.1.1.*.1] por ultima vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO F10 AND F11, SKIP F12
- c. DK
- d. RF

F12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

F13. ¿Con qué frecuencia tomó [PASSIN] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT _____
 - i. Por día
 - ii. Por semana
 - iii. Por mes
 - iv. Por período
- b. DK
- c. RF

F14. ¿Tomó la misma dosis de [PASSIN] cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO F15
- b. NO → SKIP TO F16
- c. DK → CONTINUE TO F15
- d. RF → CONTINUE TO F15

F15. ¿Qué dosis de [PASSIN] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F22 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- i. UNITS: _____
- b. DK or RF → SKIP TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F22 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

FOR EACH DRUG UNIT RESPONSE IN SECTION F THROUGH X, THESE ARE THE OPTIONS:

- MICROGRAMOS
- MILIGRAMO(S)
- MILILITRO(S)
- CHUCHARADITA(S)
- CHUCHARADA(S)
- UNIDADES INTERNACIONALES
- PILDORA/CÁPSULA/CAPLET(S)
- SOPLO(S)
- GOTA(S)
- OTHER, SPECIFY
- DK, RF

F16a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

- a. AMOUNT: _____

F16b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:520|1.1.1.*.1.1] tomaste el [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____

DK → SKIP TO F17

RF → SKIP TO F17

- ii. UNITS: _____

DK

RF

F17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

F18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY OR → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- b. MONTH OF PREGNANCY (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO F17 AND F18, SKIP F18a. CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- c. DK → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- d. RF → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

F18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

F19. ASK IF F7b OR F7c=YES: Con el fin de modificar sus hábitos alimenticios o controlar su peso, ¿usted... READ OPTIONS.

- a. Siguió una dieta específica para la diabetes
- b. Se alimentó más sanamente, pero no siguió una dieta específica para la diabetes
- c. Hacer ejercicio?
- d. Other? SPECIFY _____
- e. DK
- f. RF

F20. IF F7d=YES: ¿Qué más hizo para controlarse la diabetes y sus complicaciones?/ ¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

F21a. IF F7a = YES: ¿Cada cuánto le funciono el tomarse medicamentos o otros remedios para controlar su diabetes? READ OPTIONS

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21b. IF F7b = YES: ¿Cada cuánto le funciona el modificar sus hábitos alimenticios para controlar su diabetes?

READ OPTIONS.

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21c. IF F7c = YES: ¿Cada cuánto le funciona el controlar su peso para controlar su diabetes? READ OPTIONS.

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21d. IF F7d = YES: ¿Cada cuánto le funciona [RE-WORD APPROPRIATELY IF F20 = DO NOT KNOW]

([REFERENCE:640|1.1.1.1.1.1]) para controlar su diabetes? READ OPTIONS.

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F22. El análisis de glucohemoglobina o "A uno C" mide la concentración media de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses y por lo general fluctúa entre 5.0 y 13.9. Cuando se embarazó de [TAB: [NOIB]; el embarazo que terminó el [DOIB]], ¿algún médico u otro profesional de la salud le había revisado la glucohemoglobina o "A uno C"?

- a. YES → CONTINUE TO F23
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

F23. ¿Cuál era su nivel de "A uno C" cuando le hicieron el análisis en la ocasión más cercana a cuando quedó embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo que terminó el [DOIB]]? OR PROBE: Si no puede recordar el número, ¿sabe si el número era normal o alto?

AMOUNT: _____/High/Normal/DK/RF

F24. ¿Cuándo le hicieron el análisis "A uno C"?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. RELATIVE TO PREGNANCY:
 - 1 mes a 3 meses antes del embarazo
 - 4 meses a 6 meses antes del embarazo
 - 6 meses a 1 año antes del embarazo
 - Más de 1 año antes del embarazo
- c. DK
- d. RF

Section G: CANCER

G1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía cáncer o un tumor de cualquier tipo?

- a. YES → CONTINUE TO G2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

G2. ¿Qué tipo de cáncer era? CAN ENTER MULTIPLE SITES IF APPLICABLE

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

G3. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron cáncer por primera vez?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

G4. ¿Cuál es el estado actual de su cáncer? (READ OPTIONS)

- a. Activo → SKIP TO NEXT SECTION
- b. En remisión → CONTINUE TO G5
- c. DK
- d. RF

G5. ¿Hace cuánto tiempo que está en remisión?

- a. TIME: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas
 - iv. Días
- b. DK
- c. RF

Section H: HEART PROBLEMS

H1. ¿Tiene algún problema de corazón que ha estado presente desde que nació?

- b. YES → CONTINUE TO H2
- c. NO → SKIP TO H15
- d. DK → SKIP TO H15
- e. RF → SKIP TO H15

H2. ¿Cuál es el problema?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

H3. ¿Tomó usted algún medicamento o remedio para el [REFERENCE:750] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su (pregnancy with [TAB: [NOIB]; the pregnancy that ended on [DOIB]])?

- a. YES → CONTINUE TO H4
- b. NO → SKIP TO H15
- c. DK → SKIP TO H15
- d. RF → SKIP TO H15

H4. ¿Qué tomó?/¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

H5. ¿Usó [PASSIN] durante todo el período, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H9
- b. NO → CONTINUE TO H6
- c. DK → CONTINUE TO H6
- d. RF → CONTINUE TO H6

H6. ¿Cuándo comenzó a tomar [PASSIN] por vez primera durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H7. ¿Cuándo dejó de tomar [PASSIN] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H6 AND H7, SKIP H8
- c. DK
- d. RF

H8. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

H9. ¿Con qué frecuencia tomó [PASSIN] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período
- b. DK
- c. RF

H10. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H11
- b. NO → SKIP TO H12
- c. DK → CONTINUE TO H11
- d. RF → CONTINUE TO H11

H11. ¿Qué dosis de [PASSIN] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO H15
 - DK → SKIP TO H15
 - RF → SKIP TO H15
- b. UNITS: _____ → SKIP TO H15
 - DK → SKIP TO H15
 - RF → SKIP TO H15

H12a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

H12b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:770|1.1.1.1.1.V] tomaste el [CHAPTER] tiempo?

i. AMOUNT: _____

DK → Skip to H13

RF → Skip to H13

ii. UNITS: _____

DK

RF

H13. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H14. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H14a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

H15. ¿Alguna vez le han diagnosticado arritmias cardíacas?

- a. YES → CONTINUE TO H16
- b. NO → SKIP TO H28
- c. DK → SKIP TO H28
- d. RF → SKIP TO H28

H16. ¿Tomó algún medicamento para arritmias durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO H17
- b. NO → SKIP TO H28
- c. DK → SKIP TO H28
- d. RF → SKIP TO H2

H17. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

- a. Amiodarone
- b. Atenolol
- c. Betapace
- d. Cardizem
- e. Cartia XT
- f. Carvedilol
- g. Cordarone
- h. Diltiazem HCL
- i. Labetolol
- j. Lopressor
- k. Metoprolol
- l. Pacerone
- m. Propafenone HCL
- n. Propranolol
- o. Rythmol
- p. Sotalol
- q. Toprol XL
- r. Verapamilo
- s. OTHER (SPECIFY)
- t. DK → SKIP TO H28
- u. RF → SKIP TO H28

H18. ¿Usó [ANSWER] durante todo el período, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H22
- b. NO → CONTINUE TO H19
- c. DK → CONTINUE TO H19
- d. RF → CONTINUE TO H19

H19. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:900|1.1.1.1.*.1] para arritmias por primera vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H20. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:900|1.1.1.1.*.1] para arritmias por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes de embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H19 AND H20, SKIP H21
- c. DK
- d. RF

H21. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

H22. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:900|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período
- b. DK
- c. RF

H23. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)] ? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H24
- b. NO → SKIP TO H25
- c. DK → CONTINUE TO H24
- d. RF → CONTINUE TO H24

H24. ¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO H28
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO H28
- c. RF → SKIP TO H28

H25a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

H25b. ¿Qué cantidad de [REFERENCE:900|1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

i. AMOUNT: _____

DK → SKIP TO H26

RF → SKIP TO H26

ii. UNITS: _____

DK

RF

H26. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H27. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H27a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

H28. ¿Alguna vez en su vida le ha dicho un médico que tiene presión alta?

- a. YES → CONTINUE TO H29
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H29. ¿Qué tipo de presión alta ha tenido? ¿Estaba **relacionada con el embarazo**? Es decir, ¿fue solo durante el embarazo? A este tipo de presión alta también se la llama toxemia inducida por el embarazo o preeclampsia o eclampsia. ¿O se trata de **presión alta crónica o hipertensión crónica**? Esta hipertensión no está relacionada con el embarazo. Puede que haya sido diagnosticada durante el embarazo, pero que no haya desaparecido después del embarazo.

- a. Relacionada con el embarazo
- b. Presión arterial alta crónica o hipertensión crónica
- c. Ambas
- d. DK
- e. RF

IF H29=a, d, or e THEN SKIP TO H33 (ONLY ASK H30 if H29=b, c)

H30. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO H31
- b. NO → SKIP TO H33
- c. DK → SKIP TO H33
- d. RF → SKIP TO H33

H31. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO H33
- b. NO → GO TO H32
- c. DK → SKIP TO H33
- d. RF → SKIP TO H33

H32. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____Días/Semanas/Meses/Trimestre/DK/RF

H33. ¿Tomó algún medicamento o remedio para la hipertensión arterial durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO H34
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H34. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

- a. Accupril
- b. Adalat
- c. Altace
- d. Amlodipino
- e. Atenolol
- f. Avapro
- g. Benazepril HCL
- h. Benicar
- i. Calan
- j. Capoten
- k. Cardizem
- l. Covera -HS
- m. Cozaar
- n. Diltiazem HCL
- o. Diovan
- p. Enalapril Maleato
- q. Hidralazina
- r. Hidroclorotiazida
- s. Inderal
- t. Irbesartán
- u. Labetalol
- v. Lisinopril
- w. Losartan Potásico
- x. Lotensin
- y. Metildopa
- z. Metoprolol
- aa. Microzide
- bb. Nifedipina
- cc. Normodine
- dd. Norvasc
- ee. Olmesartán Medoxomil
- ff. Prinivil
- gg. Procardia
- hh. Propranolol
- ii. Quinapril HCL
- jj. Ramipril
- kk. Tenormin
- ll. Tiazac
- mm. Trandate
- nn. Valsartán
- oo. Vasotec

- pp. Verapamilo
- qq. Verelan
- rr. Zestril
- ss. OTHER (SPECIFY): _____
- tt. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- uu. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H35. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H39
- b. NO → CONTINUE TO H36
- c. DK → CONTINUE TO H36
- d. RF → CONTINUE TO H36

H36. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:1070|1.1.1.1.*.1] para hipertensión arterial por vez primera durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H37. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:1070|1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H36 AND H37, SKIP H38
- c. DK
- d. RF

H38. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días/Semanas/Meses
- b. DK
- c. RF

H39. ¿Con qué frecuencia tomó [ANSWER] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H40. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [START DATE OF B1] hasta [END DATE OF P3]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos de la medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H41
- b. NO → SKIP TO H42
- c. DK → CONTINUE TO H41
- d. RF → CONTINUE TO H41

H41. ¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó cada vez que la tomó?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → SKIP TO H43
 - RF → SKIP TO H43
- ii. UNITS: _____ DK RF

H42a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

H42b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1070] 1.1.1.1.1.V tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → Skip to H43
 - RF → Skip to H43
- ii. UNITS: _____ DK RF

H43. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H44 ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H43 and H44, SKIP H44a
- c. DK
- d. RF

H44a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días/Semanas/Meses
- b. DK
- c. RF

Section I: THYROID DISEASE

I1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad de la tiroides, aparte del cáncer de tiroides del que ya hemos hablado?

- a. YES → CONTINUE TO I2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

I2. ¿Qué tipo de enfermedad de la tiroides le diagnosticaron inicialmente? ¿Fue... [ASK ALL OPTIONS AND ALLOW MULTIPLE TYPES]

- a. Hipotiroidismo, a lo que también se llama tener "insuficiencia" de la tiroides?
- b. Enfermedad de Hashimoto o tiroiditis autoinmune?
- c. Hipertiroidismo, a lo que también se llama tener tiroides "hiperactiva"?
- d. Enfermedad de Graves?
- e. OTHER, SPECIFY: _____

NOTE: THYROID CANCER COVERED EARLIER

- f. DK
- g. RF

I3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez [PASSIN] relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. DK
- g. RF

I4. IF REPORTING HYPERTHYROIDISM/OVERACTIVE THYROID/GRAVES' DISEASE CONTINUE, OTHERWISE, SKIP TO

I9: ¿Le hicieron una cirugía para quitarle total o parcialmente la glándula tiroides?

- a. YES → CONTINUE TO I5
- b. NO → SKIP I7
- c. DK → SKIP I7
- d. RF → SKIP I7

I5. ¿Le quitaron la glándula tiroides total o parcialmente?

- a. Totalmente
- b. Parcialmente
- c. DK or RF

I6. ¿Cuándo le hicieron esa cirugía?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. AGE: _____ or
- c. Período transcurrido: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas
 - iv. Días
- d. DK
- e. RF

I7. ¿Recibió tratamiento con yodo radiactivo?

- a. YES → CONTINUE TO I8
- b. NO → SKIP TO I8 IF I4 = YES/ I9 IF I4 = NO,DK,RF/I12 IF I3 = c, d, e, f or g
- c. DK → SKIP TO I8 IF I4 = YES/ I9 IF I4 = NO,DK,RF/I12 IF I3 = c, d, e, f or g
- d. RF → SKIP TO I8 IF I4 = YES/ I9 IF I4 = NO,DK,RF/I12 IF I3 = c, d, e, f or g

I8. ¿Cuándo le hicieron ese procedimiento?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. AGE: _____ or
- c. Período transcurrido: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas
 - iv. Días
- d. DK
- e. RF

IF I3=c, d, e, f, or g THEN SKIP TO I12 (ONLY ASK I9 IF I3=a or b)

I9. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO I10
- b. NO → SKIP TO I12
- c. DK → SKIP TO I12
- d. RF → SKIP TO I12

I10. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo? YES → SKIP TO I12

- b. NO → GO TO I11
- c. DK → SKIP TO I12
- d. RF → SKIP TO I12

I11. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el

profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestres
- c. DK
- d. RF

112. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [REFERENCE:1190] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO I13
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

113. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST:

- a. Armour Thyroid
- b. Carbimazole
- c. Cytomel
- d. Levothroid
- e. Levotiroxina Sódica
- f. Levoxyl
- g. Liotironina
- h. Liotrix
- i. Metimazol
- j. Nature-throid
- k. Propiltiouracilo (PTU)
- l. Synthroid
- m. Tiamazol
- n. Thyrolar
- o. Tirosint
- p. Unithroid
- q. Westhroid
- r. OTHER, SPECIFY: _____
- s. DK
- t. RF

I14. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → SKIP TO I18
- b. NO → CONTINUE TO I15
- c. DK → CONTINUE TO I15
- d. RF → CONTINUE TO I15

I15. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:1300|1.1.1.1.*.1] para [REFERENCE:1190] por primera vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

I16. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:1300|1.1.1.1.*.1] para [REFERENCE:1190] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO I15 AND I16, SKIP I17
- c. DK
- d. RF

I17. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

I18. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:1300|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

I19. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO I20
- b. NO → SKIP TO I21
- c. DK → CONTINUE TO I20
- d. RF → CONTINUE TO I20

I20. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1300|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____

I21a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

I21b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1300|1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → SKIP TO I22
 - RF → SKIP TO I22
- ii. UNITS: _____ DK RF

I22. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

I23a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

Section J: ASTHMA

J1. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma o vías respiratorias reactivas?

- a. YES → CONTINUE TO J2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

J2. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez, asma o vías respiratorias reactivas relativo a [TAB: su embarazo de [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

J3. ¿Tuvo síntomas de asma en el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]? Estos síntomas incluyen dificultad para respirar, opresión o dolor en el pecho, tos o jadeo, o tasas bajas de flujo expiratorio máximo.

- a. YES → CONTINUE TO J4
- b. NO → SKIP TO J5
- c. DK → SKIP TO J5
- d. RF → SKIP TO J5

J4. Durante ese período de 4 meses, ¿faltó a su trabajo, al colegio o a sus actividades cotidianas normales debido al asma?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

J5. Durante ese período de 4 meses, ¿con cuánta frecuencia se levantaba por la noche debido al asma?[READ OPTIONS]

- a. Nunca
- b. Menos de una vez al mes
- c. Una o dos veces al mes
- d. Más de dos veces al mes
- e. DK
- f. RF

IF J2=c, d, e, f, g THEN SKIP TO J8 (ONLY ASK J6 if J 2=a, b)

J6. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO J7
- b. NO → SKIP TO J9
- c. DK → SKIP TO J9
- d. RF → SKIP TO J9

J7. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- e. YES → SKIP TO J9
- f. NO → GO TO J8
- g. DK → SKIP TO J9
- h. RF → SKIP TO J9

J8. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre
- c. DK
- d. RF

Ahora voy a preguntarle sobre medicamentos o remedios de mantenimiento para el control a largo plazo del asma y luego sobre medicamentos o remedios de alivio rápido o de “rescate” para el tratamiento de una crisis asmática. Primero...

J9. ¿Tomó medicamentos o remedios de mantenimiento para el control a largo plazo del asma durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO J10A
- b. NO → SKIP TO J45
- c. DK → SKIP TO J45
- d. RF → SKIP TO J45

J10a. ¿Ha usado alguna aerosoles nasales?

- a. YES → CONTINUE TO J10B
- b. NO → SKIP TO J22A
- c. DK → SKIP TO J22A
- d. RF → SKIP TO J22A

J10b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

NASAL SPRAYS

- a. Flonase
- b. Flunisolide
- c. Fluticasone Aerosol/Atomizador Nasal
- d. Nasonex Aerosol/Atomizador Nasal
- e. Omnaris Aerosol/Atomizador Nasal
- f. Qnasl Nasal Aerosol
- g. Rhinocort
- h. OTHER (SPECIFY): _____
- i. DK → SKIP TO J22a
- j. RF → SKIP TO J22a

J11. [QUESTION REMOVED]

J12. ¿Usó [REFERENCE:1500|1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → SKIP TO J16
- b. NO → CONTINUE TO J13
- c. DK → CONTINUE TO J13
- d. RF → CONTINUE TO J13

J13. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:1500|1.1.1.1.*.1] para asma o enfermedad reactiva de las vías por vez primera durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J14. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:1500|1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J13 AND J14, SKIP J15
- c. DK
- d. RF

J15. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

J16. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:1500|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

J17. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde[B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

a. YES → CONTINUE TO J18

b. NO → SKIP TO J19

c. DK → CONTINUE TO J18

d. RF → CONTINUE TO J18

J18. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1500|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

a. AMOUNT: _____ → SKIP TO J22a

i. UNITS: _____

b. DK → SKIP TO J22a

c. RF → SKIP TO J22a

J19a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, se acuerda haber tomado?

i. AMOUNT: _____

J19b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1500|1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

i. AMOUNT: _____

DK → SKIP TO J20

RF → SKIP TO J20

ii. UNITS: _____ DK RF

J20. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

J21. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J20 and J21, SKIP J21a

c. DK

d. RF

J21a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

J22a. ¿Usó unos **inhalantes orales**, que es la medicina que roció en su boca?

- a. YES → CONTINUE TO J22b
- b. NO → SKIP TO J34a
- c. DK → SKIP TO J34a
- d. RF → SKIP TO J34a

J22b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

ORAL INHALANTS

- a. Advair
- b. Aerobid
- c. Aerospan HFA
- d. Alvesco Inhaler
- e. Asmanex Twisthaler
- f. Budesonida Suspensión Inhalante
- g. Dulera
- h. Flovent
- i. Foradil
- j. Fumarato de Formoterol
- k. Perforomist
- l. Pulmicort
- m. Qvar HFA Inhalante
- n. Salmeterol Xinafoate
- o. Serevent
- p. Symbicort
- q. OTHER (SPECIFY): _____
- k. DK → SKIP TO J34a
- l. RF → SKIP TO J34a

J23. ¿Usó [REFERENCE:71505|1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → SKIP TO J27
- b. NO → CONTINUE TO J24
- c. DK → CONTINUE TO J24
- d. RF → CONTINUE TO J24

J24. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:71505|1.1.1.1.*.1] para asma o enfermedad reactiva de las vías por vez primera durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J25. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:71505|1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J24 and J25, SKIP J26
- c. DK
- d. RF

J26. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES
- b. DK
- c. RF

J27. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:71505|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por Dia/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

J28. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → J29
- b. NO → SKIP TO J30a
- c. DK → CONTINUE TO J29
- d. RF → CONTINUE TO J29

J29 ¿Qué dosis de [REFERENCE:71505|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO J34a
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO J34a
- c. RF → SKIP TO J34a

J30a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

J30b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:71505 | 1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- a. AMOUNT: _____ DK or RF → SKIP TO J31
 - i. UNITS: _____ DK RF

J31 ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J32 ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J31 and J32, SKIP J32a
- c. DK
- d. RF

J32a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

J33 [QUESTION NUMBER NOT USED]

J34a ¿Usó alguna píldora que tomara por la boca?

- a. YES → CONTINUE TO J34b
- b. NO → SKIP TO J45
- c. DK → SKIP TO J45
- d. RF → SKIP TO J45

J34b ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

ORAL TABLETS/CAPS

- a. Accolate
- b. Montelukast Sódico
- c. Singulair
- d. Zafirlukast
- e. Zileuton
- f. Zflo
- g. OTHER (SPECIFY): _____
- h. DK → SKIP TO J45
- i. RF → SKIP TO J45

ASK J35-J44, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J34b:

J35. ¿Usó [REFERENCE:71575|1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → SKIP TO J39
- b. NO → CONTINUE TO J36
- c. DK → CONTINUE TO J36
- d. RF → CONTINUE TO J36

J36. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:71575|1.1.1.1.*.1] para asma o enfermedad reactiva de las vías por vez primera durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J37. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:71575|1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J36 and J37, SKIP J38
- c. DK
- d. RF

J38. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
Dias/Semanas/Meses
- b. DK
- c. RF

J39. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:71575|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por dia/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

J40. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → J41
- b. NO → SKIP TO J42a
- c. DK → CONTINUE TO J41
- d. RF → CONTINUE TO J41

J41. ¿Qué dosis de [REFERENCE:71575 | 1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO J45
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO J45
- c. RF → SKIP TO J45

J42a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

J42b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:71575 | 1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → SKIP TO J43
 - RF → SKIP TO J43
- ii. UNITS: _____ DK RF

J43. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J44. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J43 and J44, SKIP J44a
- c. DK
- d. RF

J44a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

J45 ¿Tomó medicamentos o remedios de alivio rápido o de "rescate" para el tratamiento de una crisis asmática durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO J23
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

J46. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST: AFTER READING LIST, ASK "Otros esteroides, como la predisona o metilpredisolona". RECORD RESPONSE IN "OTHER" BOX.

- a. Albuterol → SKIP TO J48
- b. Asthmanefrin → SKIP TO J48
- c. Atrovent HFA → SKIP TO J48
- d. Ipratropio Bromuro → SKIP TO J48
- e. Levalbuterol Tartrate → SKIP TO J48
- f. Maxair → SKIP TO J48
- g. Acetato de Pirbuterol → SKIP TO J48
- h. ProAir HFA Inhalante → SKIP TO J48
- i. Ventolin HFA → SKIP TO J48
- j. Xopenex HFA → SKIP TO J48
- k. OTHER (SPECIFY): _____ → CONTINUE TO J47
- l. DK → SKIP TO K1
- m. RF → SKIP TO K1

J47. ¿Recibió este [ANSWER] en forma de una pastilla que se traga o mediante una inyección?

- a. Pastilla
- b. Inyección
- c. Inhalador
- d. DK
- e. RF

J48. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:1630|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

J49. ¿Usó [REFERENCE:1630|1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? CHOOSE "NA" IF J48 TIME PERIOD IS "PER PERIOD"

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION
- b. NO → CONTINUE TO J50a
- c. DK → CONTINUE TO J50a
- d. RF → CONTINUE TO J50a
- e. NA → SKIP TO NEXT SECTION WITHOUT READING THIS QUESTION

J50a. ¿Con qué frecuencia usó [REFERENCE:1630|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo, que fue desde [B1] hasta [END DATE OF B1]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50b. ¿Con qué frecuencia usó [REFERENCE:1630|1.1.1.1.*.1] durante el primer mes de su embarazo, que fue desde [START DATE OF P1] hasta [END DATE OF P1]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50c. ¿Con qué frecuencia usó [REFERENCE:1630|1.1.1.1.*.1] durante el segundo mes de su embarazo, que fue desde [P2] hasta [P3(-1)]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50d. ¿Con qué frecuencia usó [REFERENCE:1630|1.1.1.1.*.1] durante el tercer mes de su embarazo, que fue desde [P3] hasta [P4(-1)]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

Section K: EPILEPSY

K1. ¿Alguna vez le informó algún médico que tenía epilepsia?

- a. YES → CONTINUE TO K2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

K2. ¿Qué tipo de epilepsia tiene? IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST:

- a. Epilepsia del lóbulo temporal
- b. Epilepsia del Lóbulo Frontal
- c. Reflex Epilepsia
- d. Niñez Ausencia Epilepsia
- e. Ausencia Juvenil Epilepsia
- f. OTHER, SPECIFY: _____
- g. DK
- h. RF

K3. ¿Cuándo le diagnosticaron epilepsia por primera vez en relación a [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

IF K3=c, d, e, f, g THEN SKIP TO K7 (ONLY ASK K4 IF K3=a, b)

K4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO K5
- b. NO → SKIP TO K7
- c. DK → SKIP TO K7
- d. RF → SKIP TO K7

K5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO K7
- b. NO → GO TO K6
- c. DK → SKIP TO K7
- d. RF → SKIP TO K7

K6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestres
- c. DK
- d. RF

K7. ¿Tomó algún medicamento o remedio para la epilepsia durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO K8
- b. NO → SKIP TO K19
- c. DK → SKIP TO K19
- d. RF → SKIP TO K19

K8. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

- a. Carbamazepina
- b. Carbatrol
- c. Clonazepam
- d. Depakine Capsulas
- e. Depakote
- f. Dilantin
- g. Felbatol
- h. Keppra
- i. Klonopin
- j. Lamictal
- k. Fenobarbital
- l. Phenytoin
- m. Stavzor
- n. Tegretol
- o. Topamax
- p. Topiramato
- q. Trileptal
- r. Acido Valproico
- s. OTRO (ESPECIFIQUE)
- t. DK or RF → SKIP TO K19

K9. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO K13
- b. NO → CONTINUE TO K10
- c. DK → CONTINUE TO K10
- d. RF → CONTINUE TO K10

K10. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:1780|1.1.1.1.*.1] para la epilepsia por vez primera durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

K11. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:1780|1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO K10 AND K11, SKIP K12
- c. DK
- d. RF

K12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

K13. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:1780|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

K14. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO K15
- b. NO → SKIP TO K16
- c. DK → CONTINUE TO K15
- d. RF → CONTINUE TO K15

K15. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1780|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO K19
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO K19
- c. RF → SKIP TO K19

K16a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

K16b. ¿Qué cantidad de [REFERENCE:1780|1.1.1.1.*.1] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → Skip to K17
 - RF → Skip to K17
- ii. UNITS: _____ DK RF

K17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

K18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to K17 and K18, skip K18a
- c. DK
- d. RF

K18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

K19. ¿Tuvo convulsiones en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO K20
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

K20. ¿Cuántas convulsiones tuvo en total durante ese tiempo?

- a. AMOUNT: _____
- b. DK
- c. RF

Section L: MIGRAINE

L1. ¿Alguna vez ha tenido migraña, también llamada jaqueca?

- a. YES → CONTINUE TO L2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L2. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo migraña?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

L3. ¿Tuvo migrañas en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO L4
- b. NO → SKIP TO L5
- c. DK → SKIP TO L5
- d. RF → SKIP TO L5

L4. ¿Cuántas migrañas tuvo en total durante ese tiempo?

- a. Total number: _____ DK RF OR
- b. Frequency – AMOUNT: _____
 - i. Por día
 - ii. Por Semana
 - iii. Por mes

Ahora voy a preguntarle sobre medicamentos o remedios de mantenimiento que puede usar para sus migrañas. Por favor incluya medicamentos que usted puede usar para prevenir las migrañas Y los medicamentos que usted puede usar para tratar el dolor de la migraña cuando se presenta. Por favor incluya medicamentos que no requieren receta médica y medicamentos que requieren receta médica.

L5. ¿Tomó algún medicamento o remedio para las migrañas durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo? [In QxQ make sure to distinguish from medications used to treat migraines themselves, which will be queried later.]

L6. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST: ¿Este medicamento que tomo, fue para prevenir migrañas o tratamiento de dolor de migraña que ya comenzó? SI FUE MEDICAMENTO PARA EL DOLOR: ¿Fue medicamento que no requiere receta médica o medicamento que requiere receta médica? THEN READ FROM THE APPROPRIATE DRUG LIST:

PREVENTION MEDICATIONS

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Amitriptilina
- d. Aspirina
- e. Atenolol
- f. Botox
- g. Calan
- h. Ciproheptadina HCL
- i. Depakote
- j. Diltiazem
- k. Divalproex Sódico
- l. Doxepin
- m. Effexor
- n. Excedrin Extra Fuerte Capsulas/Pastillas/Tabletas de Gelatina
- o. Gabapentina
- p. Ibuprofeno
- q. Inderal
- r. Innopran XL
- s. Lamictal
- t. Lamotrigina
- u. Lisinopril
- v. Metoprolol
- w. Motrin
- x. Motrin Ib
- y. Nadolol
- z. Naproxeno Sódico
- aa. Neurontin
- bb. Nifedipina
- cc. Nimodipina
- dd. Nortriptilina
- ee. Pamelor
- ff. Propranolol
- gg. Protriptilina HCL
- hh. Timolol
- ii. Topamax

- jj. Topiramato
- kk. Valproate Sodio
- ll. Ácido Valproico
- mm. Venlafaxina
- nn. Verapamilo
- oo. Verelan
- pp. Vivactil
- qq. Zestril

OVER-THE-COUNTER PAIN MEDICATIONS

- rr. Acetaminofen
- ss. Advil
- tt. Aleve
- uu. Aspirina
- vv. Excedrin Migraña
- ww. Ibuprofeno
- xx. Motrin
- yy. Naproxeno Sódico
- zz. Tylenol

PRESCRIPTION PAIN MEDICATIONS

- aaa. Acetaminofén con codeína
- bbb. Almotriptan Maleato
- ccc. Amerge
- ddd. Axert
- eee. Cafergot
- fff. Dihidroergotamina
- ggg. Eletriptan Hydrobromide
- hhh. Ergotamina
- iii. Fioricet
- jjj. Frova
- kkk. Frovatriptán Succinate
- lll. Imitrex
- mmm. Indometacina
- nnn. Maxalt
- ooo. Migergot Supositorios
- ppp. Migranal
- qqq. Naproxeno Sódico/Sumatriptan Succinate
- rrr. Naratriptan
- sss. Relpax
- ttt. Rizatriptan
- uuu. Sumatriptan Succinate
- vvv. Treximet
- www. Zolmitriptan
- xxx. Zomig
- yyy. OTHER (SPECIFY): _____

- zzz. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- aaaa. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L7. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → Skip to L11
- b. NO → Continue to L8
- c. DK → Continue to L8
- d. RF → Continue to L8

L8. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:1960|1.1.1.1.*.1] para migrañas por primera vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

L9. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:1960|1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to L8 and L9, skip L10
- c. DK
- d. RF

L10. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

L11. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:1960|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

L12. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → Continue to L13
- b. NO → Skip to L14a
- c. DK → Continue to L13
- d. RF → Continue to L13

L13. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1960|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L14a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

L14b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:1960|1.1.1.1.*.1] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → Skip to L15
 - RF → Skip to L15
- ii. UNITS: _____ DK RF

L15. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

L16. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) → If valid response to L15 and L16, skip L16a
- c. DK
- d. RF

L16a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

Section M: AUTOIMMUNE DISEASE

M1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes [ASK EACH AND INDICATE ALL THAT APPLY]?

- a. Lupus
- b. Artritis reumática
- c. Esclerosis múltiple
- d. Enfermedad celíaca
- e. Enfermedad de Crohn
- f. Colitis ulcerosa; tenga en cuenta que en este caso no estamos preguntando por colitis en general
- g. Psoriasis
- h. Otra enfermedad autoinmune (sin contar los trastornos de la tiroides ni la diabetes, de las que ya hemos hablado) IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST
 - i. Púrpura trombocitopénica idiopática/inmunitaria
 - ii. Cistitis intersticial
 - iii. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos/síndrome del anticoagulante lúpico/síndrome APLS
 - iv. Enfermedad de Addison
 - v. Anemia perniciosa
 - vi. Miastenia gravis
 - vii. Anemia hemolítica autoinmunitaria
 - viii. Enfermedad de Berger/nefropatía por IgA
 - ix. Alopecia, universal o areata
 - x. Vitiligo
 - xi. Artritis juvenil
 - xii. Síndrome de Guillain-Barré
 - xiii. Esclerodermia, morfea
 - xiv. Síndrome de Sjögren/síndrome de Sicca
 - xv. Espondilitis anquilosante
 - xvi. Fiebre reumática
 - xvii. OTHER, SPECIFY:
 - xviii. NONE
 - xix. DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - xx. RF → SKIP TO NEXT SECTION

IF YES TO ANY, CONTINUE TO M2. IF NO/DK/RF TO ALL, SKIP TO NEXT SECTION

M2. ¿Cuándo le diagnosticaron [ANSWER] por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? READ OPTIONS (ASK FOLLOWING QUESTIONS FOR EACH CONDITION IF MORE THAN ONE CONDITION REPORTED)

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

IF M2=c, d, e, f, g THEN SKIP TO M6 (ONLY ASK M3 IF M2=a or b)

M3. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → Go to M4
- b. NO → Skip to M6
- c. DK → Skip to M6
- d. RF → Skip to M6

M4. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → Skip to M6
- b. NO → Go to M5
- c. DK → Skip to M6
- d. RF → Skip to M6

M5. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre

M6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [PASSIN] en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → Continue to M7
- b. NO → Skip to next section
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

M7. ¿Qué tomó?/¿Algo más? SPECIFY: _____ IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG PROMPT LISTS
FOR THESE 4 CONDITIONS, BUT DRUGS ASKED FOR EACH CONDITION.

M7a. Lupus

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Arava
- d. Azasan
- e. Azathioprina
- f. Belimumab
- g. Benlysta
- h. Cellcept
- i. Ciclofosfamida
- j. Cytoxan
- k. Hidroxicloroquina Sulfato
- l. Leflunomida
- m. Metotrexato
- n. Motrin
- o. Mycophenolate Mofetil
- p. Plaquenil
- q. Prednisone
- r. Trexall
- s. OTHER, SPECIFY: _____
- t. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- u. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M7b. Artritis reumática

- a. Abatacept
- b. Actemra
- c. Adalimumab
- d. Advil
- e. Aleve
- f. Anakinra
- g. Arava
- h. Azasan
- i. Azatioprina
- j. Azulfidine
- k. Certolizumab Pegol
- l. Cimzia
- m. Ciclofosfamida
- n. Ciclosporina

- o. Cytoxan
- p. Dynacin
- q. Enbrel
- r. Etanercept
- s. Gengraf
- t. Golimumab
- u. Humira
- v. Hidroxicloroquina Sulfato
- w. Ibuprofeno
- x. Imuran
- y. Infliximab
- z. Kineret
- aa. Leflunomida
- bb. Metotrexato
- cc. Minocin
- dd. Minociclina
- ee. Motrin
- ff. Naproxeno Sódico
- gg. Neoral
- hh. Orenzia
- ii. Plaquenil
- jj. Prednisona
- kk. Remicade
- ll. Rituxan
- mm. Rituximab
- nn. Sandimmune
- oo. Simponi
- pp. Sulfasalazina
- qq. Tocilizumab
- rr. Trexall
- ss. OTHER, SPECIFY: _____
- tt. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- uu. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M7c. Esclerosis múltiple

- a. Amantadina
- b. Ampyra
- c. Amrix
- d. Aubagio
- e. Avonex
- f. Baclofeno
- g. Betaseron

- h. Copaxone
- i. Cyclobenzaprina
- j. Dalfampridine
- k. Extavia
- l. Fingolimod
- m. Flexeril
- n. Gilenya
- o. Acetato de Glatiramer
- p. Lioresal
- q. Metilpredisolona
- r. Mitoxantrona HCL
- s. Natalizumab
- t. Prednisona
- u. Rebif
- v. Solu-Medrol
- w. Tecfidera
- x. Teriflunomida
- y. Tizanidina HCL
- z. Tysabri
- aa. Zanaflex
- bb. OTHER, SPECIFY: _____
- cc. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- dd. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M7d. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa

- a. Adalimumab
- b. Apriso
- c. Asacol
- d. Azasan
- e. Azatioprina
- f. Azulfidine
- g. Balsalazide Disodium
- h. Certolizumab Pegol
- i. Cimzia
- j. Cipro
- k. Ciprofloxacino HCL
- l. Colazal
- m. Ciclosporina
- n. Dipentum
- o. Flagyl
- p. Gengraf
- q. Humira

- r. Imuran
- s. Infliximab
- t. Lialda
- u. Mercaptopurina
- v. Mesalamine
- w. Metotrexato
- x. Metronidazole
- y. Natalizumab
- z. Neoral
- aa. Olsalazina Sódica
- bb. Purinetol
- cc. Remicade
- dd. Rheumatrex
- ee. Sandimmune
- ff. Sulfasalazina
- gg. Tysabri
- hh. OTHER (SPECIFY): _____
- ii. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- jj. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M7e. Psoriasis (all topicals)

- a. Anthralin
- b. Calcipotriene
- c. Coal Tar
- d. Dovonex
- e. Elidel
- f. Protopic Unguento
- g. Retin-A
- h. Acido Salicílico
- i. Tazorac
- j. Tazaroteno
- k. Tretinoína
- l. OTHER (SPECIFY): _____
- m. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- n. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M8. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → Skip to M12
- b. NO → Continue to M9
- c. DK → Continue to M9
- d. RF → Continue to M9

M9. ¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:2280|1.1.1.1.*.1] para [REFERENCE:2220|1.1.1.1.V] por primera vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

M10. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:2280|1.1.1.1.*.1] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid start and stop date, skip M11
- c. DK
- d. RF

M11. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

M12. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:2280|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por Día /Por Semana/Por Mes/Por Período/DK/RF

M13. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO M14
- b. NO → SKIP TO M15a
- c. DK → CONTINUE TO M14
- d. RF → SKIP TO M15

M14. ¿Qué cantidad de [REFERENCE:2280|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

M15a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente, te acuerdas haber tomado?

i. AMOUNT: _____

M15b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2280|1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

i. AMOUNT: _____

DK → SKIP TO M16

RF → SKIP TO M16

ii. UNITS: _____ DK RF

M16. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

M17. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

e. MM/DD/YYYY or

f. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

g. DK

h. RF

M17a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

a. AMOUNT: _____ DK RF

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

Section N: TRANSPLANT RECEIPT

N1. ¿Alguna vez le han hecho un trasplante de algún órgano o tejido?

- a. YES → CONTINUE TO N2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N2. ¿Qué órgano o tejido le trasplantaron?

- a. SPECIFY: _____ DK RF

N3. ¿Cuál fue la fecha del trasplante?

- a. MM/DD/YYYY
- b. DK
- c. RF

N4. ¿Tomó usted algún medicamento relacionado con su trasplante durante el mes anterior a su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO M5
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N5. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Atgam
- b. Azatioprina
- c. Cellcept
- d. Ciclosporina
- e. Mycophenolate Mofetil
- f. Myfortic
- g. Orthoclone OKT3
- h. Prednisona
- i. Prograf
- j. Sirolimús
- k. Tacrolimús
- l. Timoglobulina
- m. OTHER (SPECIFY): _____
- n. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- o. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

N6. ¿Usó [ANSWER] durante el total tiempo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → Skip to N10
- b. NO → Continue to N7
- c. DK → Continue to N7
- d. RF → Continue to N7

N7. ¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:2430|1.1.1.1.*.1] para su trasplante por primera vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N8. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:2430|1.1.1.1.*.1] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP N9
- c. DK
- d. RF

N9. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

N10. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:2430|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes /Por período/DK/RF

N11. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → Continue to N12
- b. NO → Skip to N13
- c. DK → Continue to N12
- d. RF → Continue to N12

N12. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2430|1.1.1.1.*.1] cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N13a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

N13b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2430|1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → Skip to N14
 - RF → Skip to N14
- ii. UNITS: _____ DK RF

N14. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N15. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N15a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Dias
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

Section O: DEPRESSION / ANXIETY

- O1. ¿Algún doctor u otro profesional de la salud ALGUNA VEZ le dijo que tenía un trastorno de ansiedad, incluidos el trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático, o trastorno de ansiedad social?
- YES → CONTINUE TO O2
 - NO → SKIP TO O4
 - DK → SKIP TO O4
 - RF → SKIP TO O4
- O2. ¿Qué enfermedad le dijo que tenía? ¿Algo más?
- SPECIFY: _____ DK RF
- O3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]?
- Más de 2 años antes
 - En los 2 años antes
 - Durante el primer trimestre
 - Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
 - Después del embarazo
 - RF
 - DK
- O4. ¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho alguna que usted tenía depresión?
- YES → Continue to O5
 - If NO/DK/RF, and YES to O1 → Continue to O6
 - If NO/DK/RF, and NO/DK/RF to O1 → Skip to next section
- O5. ¿Cuándo le diagnosticaron depresión por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? [READ LIST]
- Más de 2 años antes
 - En los 2 años antes
 - Durante el primer trimestre
 - Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
 - Después del embarazo
 - RF
 - DK

O6. ¿Tuvo síntomas en el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO O7
- b. NO → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8
- c. DK → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8
- d. RF → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8

O7. ¿Cuáles fueron los síntomas que tuvo?

- a. SPECIFY: _____ DK RF

IF O1=a AND O4=a AND O3=c, d, e, f, g AND O5=c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ANXIETY AND DEPRESSION, BUT BOTH WERE DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)

IF O1=b, c, d AND O4=a AND O5=c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ONLY DEPRESSION DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)

IF O4=b AND O3= c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ONLY ANXIETY DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)

O8. **IF O1 AND/OR O4 = YES, ASK O8 THROUGH REST OF SECTION JUST ONCE:** Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO O9
- b. NO → SKIP TO O11
- c. DK → SKIP TO O11
- d. RF → SKIP TO O11

O9. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO O11
- b. NO → GO TO O10
- c. DK → SKIP TO O11
- d. RF → SKIP TO O11

O10. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre

O11. ¿Qué tratamiento recibió para su(s) problema(s) de salud mental en los meses de antes de su embarazo hasta el tercer mes de su embarazo? (INDICATE ALL THAT APPLY. READ CHOICES. AFTER READING CHOICES, ASK: "¿O alguna otra cosa?")

- a. Bajo la atención de un terapeuta/psicólogo IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Con medicamento IF YES, CONTINUE WITH O12
- c. No recibió ningún tipo de tratamiento IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- d. ¿O alguna otra cosa? (SPECIFY): _____ IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- e. DK → CONTINUE WITH O12
- f. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O12. ¿Tomo medicamentos para tratar su(s) problema(s) de salud mental en los meses de antes de su embarazo hasta el tercer mes de su embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO 13
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O13. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Abilify
- b. Alprazolam
- c. Anafranil
- d. Aripiprazole
- e. Ativan
- f. Bupropion
- g. Buspar
- h. Buspirona
- i. Celexa
- j. Citalopram Hydrobromide
- k. Clomipramina
- l. Clonazepam
- m. Cymbalta
- n. Diazepam
- o. Duloxetina
- p. Effexor
- q. Escitalopram Oxolate
- r. Fluoxetina
- s. Imipramina
- t. Inderal
- u. Klonopin
- v. Lexapro
- w. Lorazepam
- x. Paroxetina

- y. Paxil
- z. Propranolol
- aa. Prozac
- bb. Sertralina
- cc. St. John's Wort
- dd. Tofranil
- ee. Valium
- ff. Venlafaxina
- gg. Wellbutrin
- hh. Xanax
- ii. Zoloft
- jj. OTHER (SPECIFY): _____
- kk. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- ll. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O14. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → SKIP TO O18
- b. NO → CONTINUE TO O15
- c. DK → CONTINUE TO O15
- d. RF → CONTINUE TO O15

O15. ¿Cuándo comenzó a utilizar [REFERENCE:2660|1.1.1.1.*.1] para su(s) problema(s) de salud mental por primera vez durante este periodo?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

O16. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:2660|1.1.1.1.*.1] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP O12
- c. DK
- d. RF

O17. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

O18. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:2660|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

a. AMOUNT: _____ Por día/Por Semana/Por Mes/Por período/DK/RF

O19. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

a. YES → CONTINUE TO O20

b. NO → SKIP TO O21

c. DK → CONTINUE TO O20

d. RF → CONTINUE TO O20

O20. ¿Qué cantidad de [REFERENCE:2660|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION

i. UNITS: _____

b. DK → SKIP TO NEXT SECTION

c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O21a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

i. AMOUNT: _____

O21b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2660|1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

i. AMOUNT: _____

DK → SKIP TO O22

RF → SKIP TO O22

ii. UNITS: _____ DK RF

O22. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

O23. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

O23a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

Section P: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

P1. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno por déficit de atención (ADD)?

- a. YES → CONTINUE TO P2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P2. ¿Cuál de las aflicciones le diagnosticaron?

- a. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- b. Trastorno por déficit de atención
- c. OTHER, SPECIFY:
- d. DK
- e. RF

P3. ¿Cuándo le diagnosticaron [REFERENCE:2780|1.*.1] por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- d. RF
- e. DK

IF P3=c, d, e, f, g THEN SKIP TO P7 (ONLY ASK P4 IF P3=a, b)

P4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo? YES → GO TO P5

- b. NO → SKIP TO P7
- c. DK → SKIP TO P7
- d. RF → SKIP TO P7

P5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO P7
- b. NO → GO TO P6
- c. DK → SKIP TO P7
- d. RF → SKIP TO P7

P6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestres
- c. DK
- d. RF

P7. ¿Tomó algún medicamento para tratar el [REFERENCE:2780|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO P8
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P8. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Adderall
- b. Adderall XR
- c. Anfetamina
- d. Atomoxetine
- e. Celexa
- f. Citalopram
- g. Clonidina Cloridrato
- h. Concerta
- i. Parche Daytrana
- j. Dexedrine
- k. Dexmetilfenidato HCL
- l. Dextroanfetamina
- m. Dextrostat
- n. Focalin
- o. Focalin XR
- p. Guanfacina
- q. Intuniv
- r. Kapvay
- s. Lisdexamfetamine Dimesilato
- t. Metadate CD
- u. Methylin
- v. Metilfenidato
- w. Prozac
- x. Ritalin
- y. Ritalin LA
- z. Ritalin SR
- aa. Sertralina
- bb. Strattera
- cc. Vyvanse
- dd. Zoloft
- ee. OTHER, SPECIFY: _____
- ff. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- gg. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P9. ¿Usó [REFERENCE:2840|1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → SKIP TO P13
- b. NO → CONTINUE TO P10
- c. DK → CONTINUE TO P10
- d. RF → CONTINUE TO P10

P10. ¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:2840|1.1.1.1.*.1] para [REFERENCE:2780|1.1.1.1.*.1] por primera vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P11. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:2840|1.1.1.1.*.1] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP 12
- c. DK
- d. RF

P12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

P13. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:2840|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

P14. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO P15
- b. NO → SKIP TO P16
- c. DK → CONTINUE TO P15
- d. RF → CONTINUE TO P15

P15. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2840|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P16a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

P16b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2840|1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

i. AMOUNT: _____

DK → SKIP TO P17

RF → SKIP TO P17

ii. UNITS: _____ DK RF

P17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES
- b. DK
- c. RF

Section Q: CHRONIC DISEASE CATCH-ALL QUESTION

Q1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna otra enfermedad crónica o enfermedad de la cual no hayamos hablado tales como fibromialgia, hepatitis, trastornos de coagulación de la sangre, síndrome del intestino irritable, apnea del sueño u otros trastornos del sueño, trastorno bipolar, esquizofrenia u otras enfermedades mentales? PROBE: Esto no incluye las enfermedades de corta duración, como los resfriados.

- a. YES → CONTINUE TO Q2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q2. ¿Qué tuvo?/¿Tuvo algo más? READ LIST IF NECESSARY.

- a. Fibromialgia
- b. Hepatitis
- c. Trastornos de coagulación de la sangre
- d. Síndrome del intestino irritable
- e. Apnea del sueño u otros trastornos del sueño
- f. Trastorno Bipolar
- g. Esquizofrenia u otras condiciones de salud mental
- h. ENFERMEDAD CRÓNICA NO ESPECIFICA O ENFERMEDAD A LARGO PLAZO
- i. SPECIFY: _____ → CONTINUE TO Q3
- j. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q3. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron de la [REFERENCE:2960|1.1.1.1.*.1]?

- a. Edad: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
- b. DK
- c. RF

Q4. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [REFERENCE:2960|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO Q5
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q5. ¿Qué tomó?/¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

Q6. ¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → SKIP TO Q10
- b. NO → CONTINUE TO Q7
- c. DK → CONTINUE TO Q7
- d. RF → CONTINUE TO Q7

Q7. ¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:2990|1.1.1.1.*.1] para [REFERENCE:2960|1.1.1.1.*.1] por primera vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Q8. ¿Cuándo dejó de tomar [ANSWER] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Q7 AND Q8, SKIP Q9
- c. DK
- d. RF

Q9. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

Q10. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:2990|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

Q11. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO Q12
- b. NO → SKIP TO Q13
- c. DK → CONTINUE TO Q12
- d. RF → CONTINUE TO Q12

Q12. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2990|1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q13a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdaz haber tomado?

- i. AMOUNT: _____

Q13b. ¿Qué dosis de [REFERENCE:2990|1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?

- i. AMOUNT: _____ DK or RF → SKIP TO Q14
- ii. UNITS: _____ DK RF

Q14. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Q15. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Q14 and Q15, SKIP Q15a
- c. DK
- d. RF

Q15a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Dias
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

Section R: GENITOURINARY INFECTIONS

R1. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo algún riñon, la vejiga o infección del tracto urinaria?

- a. YES → CONTINUE TO R2
- b. NO → SKIP TO R15
- c. DK → SKIP TO R15
- d. RF → SKIP TO R15

R2. ¿Fue la infección diagnosticada por un médico?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

R3. ¿Tomó algún medicamento o remedio para infección?

- a. YES → CONTINUE TO R4
- b. NO → SKIP TO R15
- c. DK → SKIP TO R15
- d. RF → SKIP TO R15

ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICINE USED:

Row #		QUESTION	RESPONSE
1	R4. R18. R32.	¿Qué tomó?/¿Algo más?	MEDICATION: _____ DK RF
		R4, R18: (UTI or PID MEDS): PROBE: IF CAN'T RECALL READ FROM DRUG LIST: Amoxicilina Amoxil Augmentin Azitromicina Bactrim Biaxin Ceftriaxona sódica Cipro Doxiciclina EES Erythrocin Eritromicina Furadantin Levaquin Macrobid Macrodentina Nitrofurantoína Nitrofurantoína Macrocrisales Penicilina NOS Rebetol Septra Trimetoprim-sulfametoxazol Trimox Vibramycin Virazole Zithromax Antibiotico NOS	R4: IF NO/DK/RF – SKIP TO R15 R18: IF NO/DK/RF – SKIP TO R29 R32: IF NO/DK/RF – SKIP TO R43

		<p>R32 (STD MEDS): PROBE: IF CAN'T RECALL READ FROM DRUG LIST</p> <p>Aciclovir Aldara Condylox Famciclovir Famvir Imiquimod Podofilox Podofilina Acido Tricloroacético (TCA) Valaciclovir Valtrex Zovirax Zyclara</p>	
2	R5. R19. R33.	¿Usó [REFERENCE:3100 1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo?	<p>YES: SKIP TO ROW 6</p> <p>NO, DK, RF: CONTINUE TO ROW 3</p>
3	R6. R20. R34.	¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:3100 1.1.1.1.*.1] para infección por primera vez durante ese período?	<p>MM/DD/YYYY __/__/____ or</p> <p>MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)</p> <p>DK RF</p>
4	R7. R21. R35.	¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:3100 1.1.1.1.*.1] por última vez durante ese período?	<p>MM/DD/YYYY __/__/____ or DK RF</p> <p>MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)</p> <p>→ IF VALID START AND STOP DATE, SKIP ROW 5</p>
5	R8. R22. R36.	¿Por cuánto tiempo lo tomó?	<p>AMOUNT: _____</p> <p>Días Semanas Meses</p> <p>DK RF</p>
6	R9. R23. R37.	¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:3100 1.1.1.1.*.1] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	<p>AMOUNT: _____</p> <p>Por día/Por semana/ Por Mes/ Por Periodo</p> <p>DK RF</p>

7	R10. R24. R38.	¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.	YES, DK, RF → Continue to Row 8 NO → Skip to Row 9
8	R11. R25. R39.	¿Qué dosis de [REFERENCE:3100 1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF →SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF R11 - SKIP TO R15 R25 – SKIP TO R29 R39 – SKIP TO R43
9	R12a. R26a. R40a.	¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?	AMOUNT: _____
10	R12b. R26b. R40b.	¿Qué dosis de [REFERENCE:3100 1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF
11	R13. R27. R41a.	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	MM/DD/YYYY __/__/____ or MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) DK RF
12	R14. R28. R41b.	¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?	MM/DD/YYYY __/__/____ or MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP ROW 13 DK RF
13	R14a R28a R42.	¿Por cuánto tiempo la tomó?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF

AFTER R14, CONTINUE WITH R15 BELOW. AFTER R28a, CONTINUE WITH R29 BELOW.

AFTER R42, CONTINUE WITH R43 BELOW.

FOR R15-R28, FOR R29 –R42 AND FOR R43-R47, USE SAME RESPONSES AND SKIP PATTERNS AS FOR SIMILAR QUESTIONS IN R1-R14 ABOVE.

R15. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo alguna enfermedad pélvica inflamatoria o EPI?

- a. YES → CONTINUE TO R16
- b. NO → SKIP TO R29
- c. DK → SKIP TO R29
- d. RF → SKIP TO R29

R16. ¿Fue la enfermedad pélvica inflamatoria o EPI diagnosticados por un médico?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

R17. ¿Tomó algún medicamento o remedio para su enfermedad pélvica inflamatoria o EPI?

- a. YES → **CONTINUE TO R18 IN TABLE ABOVE**
- b. NO → SKIP TO R29
- c. DK → SKIP TO R29
- d. RF → SKIP TO R29

AFTER R18 – R28 IN TABLE ABOVE, CONTINUE:

R29. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual, como clamidia, VPH, herpes, sífilis, verrugas genitales, o gonorrea ?

- a. YES → CONTINUE TO R29a
- b. NO → SKIP TO R43
- c. DK → SKIP TO R43
- d. RF → SKIP TO R43

R29a. ¿Que fue lo que le diagnosticaron? SPECIFY: _____

- a. DK → SKIP TO R43
- b. RF → SKIP TO R43

R30. ¿Fue la [REFERENCE:3176|1.1.1.1.*.1] diagnosticada por un médico?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

R31. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [REFERENCE:3176|1.1.1.1.*.1]? Esto incluye medicamentos aplicados por usted o por su médico.

- a. YES → **CONTINUE TO R32 IN TABLE ABOVE**
- b. NO → SKIP TO R43
- c. DK → SKIP TO R43
- d. RF → SKIP TO R43

AFTER R32 – R42 IN TABLE ABOVE, CONTINUE:

R43. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

- a. YES → CONTINUE TO R44
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

R44. ¿La infección por levaduras fue diagnosticada por un médico?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

R45. ¿Tomó algún medicamento o remedios para la infección de levadura?

- a. YES → CONTINUE TO R46
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

R46. ¿Tomó algún medicamento recetado por un médico o alguno que no requiere receta médica?

- a. Medicamentos con receta
- b. Receta médica Que no requiere receta médica
- c. DK
- d. RF

R47. ¿Usó un medicamento que insertó o se aplicó en el exterior o una pastilla que se tragó?

- a. Producto externo o insertado → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Pastilla → SKIP TO NEXT SECTION
- c. OTHER (SPECIFY): _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- d. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- e. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Section S: FEVERS

- S1. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo fiebres, incluidas las debidas a enfermedades respiratorias, bronquitis, neumonía, una infección de los riñones, la vejiga o las vías urinarias, enfermedad inflamatoria de la pelvis u otras infecciones o enfermedades?
- YES → CONTINUE TO S2
 - NO → SKIP TO NEXT SECTION
 - DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - RF → SKIP TO NEXT SECTION
- S2. ¿Cuántas fiebres te acuerdas haber tenido?
- NUMBER: _____
- S3. ¿Cuál fue la causa de la [PASSIN] fiebre?
- CAUSE: _____
 - DK
 - RF
- S4. Cuando tuvo [REFERENCE:3280|1.*.1], ¿durante qué meses tuvo usted fiebre?
- B1
 - P1
 - P2
 - P3
 - DK
 - RF
- S5. ¿Cuál fue la temperatura más alta mientras tuvo fiebre?
- VALUE: _____ DK RF → SKIP UNITS
 - UNITS: F or C
- S6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para esa fiebre?
- YES → CONTINUE TO S7
 - NO → SKIP TO NEXT SECTION
 - DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - RF → SKIP TO NEXT SECTION

S7. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? CODE ALL THAT APPLY. IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST: ¿Tomó usted.....?

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Aleve
- d. Ibuprofeno
- e. Motrin
- f. Naproxeno sódico
- g. Nuprin
- h. Tylenol
- i. OTHER, SPECIFY: _____
- j. DK
- k. RF

S8. ¿Cuándo comenzó a tomar [REFERENCE:3320|1.1.1.1.*.1] para esta [REFERENCE:3280|1.1.1.1.*.1] por vez primera durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

S9. ¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:3320|1.1.1.1.*.1] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to S8 and S9, skip S10
- c. DK
- d. RF

S10. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

S11. ¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:3320|1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____/Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

Section T: MEDICATIONS / HERBALS / VITAMINS

Nos interesa saber sobre cualquier medicamento que haya tomado desde 1 mes antes de quedar embarazada, que sería el [B1], hasta el final del tercer mes de embarazo, que sería [P4(-1)]. Estos incluyen medicamentos con o sin receta. Incluya medicamentos que le haya recetado un profesional de la salud y medicamentos que quizás le hayan recetado a otra persona pero que usted utilizó. Posiblemente ya hayamos hablado sobre algunos de estos medicamentos, pero menciónelos nuevamente en respuesta a estas preguntas. Algunas veces puede utilizarse el mismo medicamento por diferentes motivos y esta es la razón de que algunas preguntas puedan parecer repetitivas. Para comenzar, le voy a preguntar si ha utilizado ciertos tipos de medicamentos y luego le preguntaré sobre su uso de medicamentos específicos. Si completó la hoja de medicamentos incluida en su paquete de presentación, sería útil tenerla en frente para estas preguntas. Para evitar que tenga que repetir información que ya cubrimos, puede que le pida su ayuda en recordar si ya nos dijo si esta usando algún medicamento y para cual condición medica. Desafortunadamente no podemos ver sus respuestas anteriores.

Medication Categories

		QUESTION	RESPONSES			
			IF YES, ASK FOLLOW-UP QUESTIONS	IF NO, ASK NEXT CATEGORY	IF DK, ASK NEXT CATEGORY	IF RF, ASK NEXT CATEGORY
		Desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿tomó...				
	T1.	Pastillas o píldoras anticonceptivas? (FOLLOW-UPS BEGIN WITH T3 AFTER T171)	Y	N	DK	RF
	T18.	Antibióticos	Y	N	DK	RF
	T35.	Medicamentos para el dolor que no requieren receta médica	Y	N	DK	RF
	T52.	Medicamentos para el dolor con receta médica	Y	N	DK	RF
	T69.	Medicinas para ayudar a reducir el colesterol ("estatinas")	Y	N	DK	RF
	T86.	Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar	Y	N	DK	RF
	T103.	Medicamentos para ayudar con alergias o síntomas de resfriado (por ejemplo, secreción nasal, tos)	Y	N	DK	RF
	T120.	Medicamentos para tratar una infección por un virus, como la gripe ("antiviral")	Y	N	DK	RF
	T137.	Medicamentos para ayudarle a dormir	Y	N	DK	RF
	T154.	Desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿se puso alguna vacuna (WILL ONLY CAPTURE NAME & DATE OF VACCINES)	Y	N	DK	RF
	T171.	Medicamentos para tratar las náuseas o los vómitos	Y	N	DK	RF

T3.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	BIRTH CONTROL PILLS PROMPTS:	SELECT EACH YES:
	Apri	Y
	Aviane (21,28)	Y
	Beyaz	Y
	Brevicon (21,28)	Y
	Camila	Y
	Cryselle 28	Y
	Cyclessa	Y
	Desogen	Y
	Jolivette	Y
	Kariva	Y
	Levora NOS	Y
	Lo Loestrin Fe	Y
	Lo Ovral 21	Y
	Loseasonique	Y
	Low-Ogestrel (21,28)	Y
	Mircette	Y
	Nor QD	Y
	Nora Be	Y
	Nordette (21,28)	Y
	Ogestrel 0.5/50	Y
	Micronor	Y
	Ortho Tri-Cyclen	Y
	Ortho Tri-Cyclen Lo	Y
	Ortho-Cept	Y
	Ortho-Cyclen	Y
	Ortho-Novum 1/35 (21,28)	Y
	Ortho-Novum 7/7/7 21,28	Y
	Ovcon 35 (21,28)	Y
	Ovcon 50 (21,28)	Y
	Portia 28	Y
	Seasonale	Y
	Seasonique	Y
	Sprintec	Y
	Trinessa	Y
	Tri-Norinyl 21,28	Y
	Tri-Sprintec 28	Y
	Trivora	Y
	Yasmin	Y
	Yaz	Y
	OTHER, SPECIFY	Y

FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1 THROUGH T6/ROW 3 AND SKIP TO T8/ROW 5.

	T20.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		ANTIBIOTICS PROMPTS:	SELECT EACH YES:
		Amoxicilina	Y
		Amoxil	Y
		Augmentin	Y
		Biaxin	Y
		Cipro	Y
		Ciprofloxacino	Y
		Cleocin	Y
		Doxiciclina	Y
		Erythromycin	Y
		Flagyl	Y
		Macrodantina	Y
		Nitrofurantoina	Y
		Penicilina	Y
		Trimetoprim-Sulfametoxazol	Y
		Vancocin	Y
		Vibramycin	Y
		Zithromax	Y
		Z-Pak	Y
		OTHER, SPECIFY	Y

FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1-T24/ROW 4.

	T37.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		OVER-THE-COUNTER PAIN RELIEVERS PROMPTS:	SELECT EACH YES:
		Acetaminofén	Y
		Advil	Y
		Aleve	Y
		Aspirina	Y
		Excedrin Extra Fuerte Capsulas/Pastillas/Tabletas de Gelatina	Y
		Ibuprofeno	Y
		Motrin	Y
		Naproxeno Sódico	Y
		Tylenol	Y
		OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1-T24/ROW 4.			
	T54.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		PRESCRIPTION PAIN RELIEVERS	SELECT EACH YES:
		Celebrex	Y
		Bitartrato De Hidrocodona + Acetaminofén	Y
		Lorcet	Y
		Lortab	Y
		Neurontin	Y
		Oxycodona/Acetaminofén-NOS	Y
		Oxycontin	Y
		Percocet-NOS	Y
		Roxicet-NOS	Y
		Tramadol	Y
		Tramadol Hcl/ Acetaminofén	Y
		Tylenol #1,#2,#3,#4	Y
		Ultram	Y
		Vicodin –NOS	Y
		OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1-T24/ROW 4.			

	T71.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		MEDICINES TO HELP LOWER YOUR CHOLESTEROL (“STATINS”)	SELECT EACH YES:
		Altoprev	Y
		Atorvastatina	Y
		Crestor	Y
		Fluvastatina	Y
		Lescol	Y
		Lipitor	Y
		Livalo	Y
		Lovastatin	Y
		Mevacor	Y
		Pitavastatina	Y
		Pravachol	Y
		Pravastatin Sódica	Y
		Rosuvastatina Calcica	Y
		Simvastatina	Y
		Zocor	Y
		OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1 THROUGH T6/ROW 3 AND SKIP TO T8/ROW 5.			

	T88.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		MEDICINES TO HELP YOU QUIT SMOKING	SELECT EACH YES:
		Budeprion SR	Y
		Bupropion HCL	Y
		Chantix	Y
		Clonidina	Y
		Nicoderm CQ	Y
		Nicorette Gum	Y
		Goma De Mascar De Nicotina NOS	Y
		Inhalador De Nicotina NOS	Y
		Nicotrol Inhalante	Y
		Nortriptilina	Y
		Pamelor	Y
		Tartrato De Vareniclina	Y
		Wellbutrin	Y
		Wellbutrin XL	Y
		Zyban	Y
		OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1 THROUGH T6/ROW 3 AND SKIP TO T8/ROW 5.			

	T105.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		MEDICINES TO HELP WITH ALLERGIES OR COLD SYMPTOMS (E.G. RUNNY NOSE, COUGH)	SELECT EACH YES:
		Afrin 12 Hour Aerosol/Atomizador Nasal	Y
		Allegra	Y
		Allegra D	Y
		Benadryl	Y
		Clarinex	Y
		Clarinex D	Y
		Claritin	Y
		Claritin D	Y
		Delsym 12 Hour Cough Relief	Y
		Mucinex	Y
		Mucinex DM	Y
		Fenilefrina	Y
		Pseudoefedrina	Y
		Sudafed PE Nasal Decongestant	Y
		Sudafed Nasal Decongestant	Y
		Zyrtec	Y
		Zyrtec D	Y
		OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1-T24/ROW 4.			
	T122.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
		MEDICINE TO TREAT AN INFECTION WITH A VIRUS, LIKE THE FLU (“ANTIVIRAL”)	SELECT EACH YES:
		Aciclovir	Y
		Amantadina	Y
		Combivir	Y
		Oseltamivir Fosfato	Y
		Relenza	Y
		Tamiflu	Y
		Zanamivir	Y
		OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1-T24/ROW 4.			

T139.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	MEDICINE TO HELP YOU SLEEP (“SLEEP AID”)	SELECT EACH YES:
	Ambien	Y
	Benadryl	Y
	Compoz (NEW FORM 1984)	Y
	Difenhidramina	Y
	Doxilamina	Y
	Eszopiclona	Y
	Planta Medicinal Kava-Kava	Y
	L-Triptofano	Y
	Lunesta	Y
	Melatonina	Y
	Nytol (NEW FORM 1984)	Y
	Prosom	Y
	Ramelteon	Y
	Restoril	Y
	Rozerem	Y
	Sleepinal	Y
	Sominex (NEW FORM 1988)	Y
	Sonata	Y
	Triptofano	Y
	Extracto De Valeriana	Y
	Zaleplon	Y
	Tartrato De Zolpidem	Y
	Zzzquil Liquicaps Sleep-Aid	Y
	Zzzquil Liquid Sleep-Aid	
	OTHER, SPECIFY	
<p>FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1 THROUGH T6/ROW 3 AND SKIP TO T8/ROW 5.</p>		

T156.	¿Qué vacunas te pusiste? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	Vaccines	SELECT EACH YES:
	Vacuna Contra La Influenza NOS	Y
	Vacuna Contra La Hepatitis A	Y
	Vacuna Contra La Hepatitis B	Y
	Vacuna Contra El VPH (Virus Del Papiloma Humano)	Y
	Vacuna Contra El Meningococo NOS	Y
	Vacuna Contra El Sarampión, Paperas, Y Rubeola	Y
	Vacuna Polivalente Contra El Neumococo	Y
	Vacuna Contra El Herpes Zóster-NOS	Y
	Vacuna Contra La Varicela NOS	Y
	OTHER, SPECIFY _____	Y
T157.	¿Cuándo te pusiste la vacuna contra [NAME OF VACCINE]?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
CONTINUE TO T171, NEXT CATEGORY.		

	T173.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO SPECIFIC MEDICINES RF → SKIP TO SPECIFIC MEDICINES
		MEDICINES TO TREAT NAUSEA OR VOMITING	SELECT EACH YES:
		Benadryl	Y
		Bonine	Y
		Difenhidramina	Y
		Doxilamina	Y
		Jengibre	Y
		Metoclopramida	Y
		Ondansetron	Y
		Phenergan	Y
		Preggie Pops (Various Flavors)	Y
		Prometazina	Y
		Reglan	Y
		Tigan	Y
		Unisom Tablets	Y
		Vitamina B6	Y
		Zofran	Y
		OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW 1-T7/ROW 4.			

ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICINE USED IN T1 THROUGH T137 AND T171. NOT ASKED OF VACCINES.			
Row	Quex #	Question Text	Responses
1	T4 T21 T38 T55 T72 T89 T106 T123 T140 T157 T174	¿Ya me dijo antes en la entrevista que tomó este medicamento?	a. YES → Continue to T5/Row2 b. NO → Continue to T7/Row 4 or Skip to T8/Row 5 c. DK → Continue to T7/Row 4 or Skip to T8/Row 5 d. RF → Continue to T7/Row 4 or Skip to T8/Row 5
2	T5 T22 T39 T56 T73 T90 T107 T124 T141 T175	¿Me podría recordar para que condición médica se tomó este medicamento?	a. CONDITION _____ b. DK c. RF
3	T6 T23 T40 T57 T74 T91 T108 T125 T176	¿Tomó este medicamento por algún otro motivo del que no hayamos hablado todavía?	a. YES → CONTINUE TO T24/ROW 4 OR SKIP TO T8/ROW 5 b.. NO/DK/RF → CONTINUE TO NEXT MEDICATION CATEGORY OR SKIP TO SPECIFIC MEDICATIONS INTRO

FOR ALL MEDICATION CATEGORIES, EXCEPT BIRTH CONTROL PILLS, STATINS, SMOKING CESSATION MEDICATIONS, SLEEP AIDS, AND VACCINES → ASK T24/ROW 4; FOR THE AFOREMENTIONED CATEGORIES, SKIP TO T8/ROW 5.			
4	T24 T41 T58 T109 T126 T177	¿Por qué tomó [REFERENCE:3390 1.1.1.1.*.1]?	a. REASON: _____ b. DK c. RF
5	T8 T25 T42 T59 T76 T93 T110 T127 T144 T178	¿Usó [REFERENCE:3390 1.1.1.1.*.1] durante el total del tiempo, desde el mes anterior a su <u>embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo?	a. YES → Skip to T12/Row 9 b. NO → Continue to T9/Row 6 c. DK → Continue to T9/Row 6 d. RF → Continue to T9/Row 6
6	T9 T26 T43 T60 T77 T94 T111 T128 T145 T179	¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:3390 1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su <u>embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
7	T10 T27 T44 T61 T78 T95 T112 T129 T146 T180	¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:3390 1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) ☐ If valid stop and start date, skip T11/Row 8 c. DK d. RF

8	T11 T28 T45 T62 T79 T96 T113 T130 T147 T181	¿Por cuánto tiempo lo tomó [ANSWER]?	AMOUNT: _____ DIAS SEMANAS MESES DK RF
9	T12 T29 T46 T63 T80 T97 T114 T131 T148 T182	¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:3390 1.1.1.1.*.1] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/ Por Semana/Por Mes/Por Periodo DK RF
10	T13 T30 T47 T64 T81 T98 T115 T132 T149 T183	¿Tomó la misma dosis de medicamento, cada vez que lo tomó, en todo el tiempo que lo tomó durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.	a. YES → CONTINUE TO T14a/ROW 11 b. NO → SKIP TO T15a/ROW 12 c. DK → CONTINUE TO T14/ROW 11 d. RF → CONTINUE TO T14/ROW 11
11	T14 T31 T48 T65 T82 T99 T116 T133 T150 T184	¿Qué dosis de [REFERENCE:3390 1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF →SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF SKIP TO T18/NEXT CATEGORY

12	T15a T32a T49a T66a T83a T100a T117a T134a T151a T185a	¿Cuántas cantidades de dosis diferente ¿te acuerda tomando?	AMOUNT _____
13	T15b T32b T49b T66b T83b T100b T117b T134b T151b T185b	¿Qué dosis de [REFERENCE:3390 1.1.V tomaste la [CHAPTER] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF →SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF
14	T16 T33 T50 T67 T84 T101 T118 T135 T152 T186	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
15	T17 T34 T51 T68 T85 T102 T119 T136 T153 T187	¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP T17a/ROW 16 c. DK d. RF

16	T17a T34a T51a T68a T85a T102a T119a T136a T153a T187a	¿Por cuánto tiempo la tomó?	AMOUNT: _____ Dias Semanas Meses DK RF
AFTER T17, CONTINUE TO T18 AT BEGINNING OF TABLE, OR NEXT CATEGORY. CYCLE BACK UP TO NEXT MEDICATION CATEGORY ON THE LIST AND CONTINUE WITH QUESTIONS UNTIL YOU HAVE ASKED ABOUT EACH MEDICATION CATEGORY THROUGH THOSE FOR NAUSEA AND VOMITING.			

SPECIFIC MEDICATIONS:						
Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de medicamentos específicos. A medida que lea la lista, dígame Sí o No para cada medicamento. Posiblemente ya hayamos hablado sobre algunos de estos medicamentos, pero, méncionelos nuevamente en respuesta a estas preguntas.						
		Desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tomó...?	IF YES, ASK NEXT QUESTION IN ROW 17	IF NO, ASK NEXT DRUG	IF DK, ASK NEXT DRUG	IF RF, ASK NEXT DRUG
	T188.	Prozac	Y	N	DK	RF
	T203.	Wellbutrin	Y	N	DK	RF
	T218.	Paxil	Y	N	DK	RF
	T233.	Zoloft	Y	N	DK	RF
	T248.	Effexor	Y	N	DK	RF
	T263.	Celexa	Y	N	DK	RF
	T278.	Lexapro	Y	N	DK	RF
	T293.	Cymbalta	Y	N	DK	RF
	T308.	Abilify	Y	N	DK	RF
	T323.	Seroquel	Y	N	DK	RF
	T338.	Zyprexa	Y	N	DK	RF
	T353.	Depakene, Depakote, o Acido Valproico	Y	N	DK	RF
	T368.	Dilantin o Phenytoin	Y	N	DK	RF
	T383.	Felbatol	Y	N	DK	RF
	T398.	Klonopin o Clonazepam	Y	N	DK	RF
	T413.	Lamictal	Y	N	DK	RF
	T428.	Fenobarbital	Y	N	DK	RF
	T443.	Topiramate o Topamax	Y	N	DK	RF
	T458.	Furadantin	Y	N	DK	RF
	T473.	Macroantina	Y	N	DK	RF
	T488.	Qsymia	Y	N	DK	RF
	T503.	Talidomida	Y	N	DK	RF
	T518.	Accutane or Isotretinoin	Y	N	DK	RF
	T533.	CellCept	Y	N	DK	RF
	T548.	Myfortic	Y	N	DK	RF
	T563.	Cytotec	Y	N	DK	RF
	T578.	Misoprostol	Y	N	DK	RF
	T593.	Metotrexato	Y	N	DK	RF
				Skip to T608	Skip to T608	Skip to T608
ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICATION TAKEN IN T188-T593:						

Row	Quex #	Question Text	Responses
17	T189 T204 T219 T234 T249 T264 T279 T309 T324 T339 T354 T369 T384 T399 T414 T429 T444 T459 T474 T489 T504 T519 T534 T549 T564 T579 T594	¿Ya me dijo antes en la entrevista que tomó este medicamento?	a. YES → Continue to T190/Row 18 b. NO → Skip to T192/Row 20 c. DK → Skip to T192/Row 20 d. RF → Skip to T192/Row 20

18	T190 T205 T220 T235 T250 T265 T280 T295 T310 T325 T340 T355 T370 T385 T400 T415 T430 T445 T460 T475 T490 T505 T520 T535 T550 T565 T580 T595	¿Me podría recordar para que condición médica se tomó este medicamento?	CONDITION _____ DK RF
----	--	--	---

<p>19</p>	<p>T191 T206 T221 T236 T251 T266 T281 T296 T311 T326 T341 T356 T371 T386 T401 T416 T431 T446 T461 T476 T491 T506 T521 T536 T551 T566 T581 T596</p>	<p>¿Tomó este medicamento por algún otro motivo del que no hayamos hablado todavía?</p>	<p>a. YES → CONTINUE TO T192/ROW 20 b. NO → SKIP TO T203/NEXT MEDICINE c. DK → SKIP TO T203/NEXT MEDICINE d. RF → SKIP TO T203/NEXT MEDICINE</p>
-----------	--	---	--

<p>20</p>	<p>T192 T207 T222 T237 T252 T267 T282 T297 T312 T327 T342 T357 T372 T387 T402 T417 T432 T447 T462 T477 T492 T507 T522 T537 T552 T567 T582 T597</p>	<p>¿Por qué tomó [Prozac/MEDICINE]?</p>	<p>a. REASON: _____ b. DK c. RF</p>
-----------	--	---	---

<p>21</p>	<p>T193 T208 T223 T238 T253 T268 T283 T298 T313 T328 T343 T358 T373 T388 T403 T418 T433 T448 T463 T478 T493 T508 T523 T538 T553 T568 T583 T598</p>	<p>¿Usó [Prozac/MEDICINE] durante todo el periodo, desde el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo?</p>	<p>a. YES → SKIP TO T197/ROW 25 b. NO → CONTINUE TO T194/ROW 22 c. DK → CONTINUE TO T194/ROW 22 d. RF → CONTINUE TO T194/ROW 22</p>
-----------	--	--	---

22	T194 T209 T224 T239 T254 T269 T284 T299 T314 T329 T344 T359 T374 T389 T404 T419 T434 T449 T464 T479 T494 T509 T524 T539 T554 T569 T584 T599	¿Cuándo comenzó a usar [Prozac/MEDICINE] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
----	--	---	---

23	T195 T210 T225 T240 T255 T270 T285 T300 T315 T330 T345 T360 T375 T390 T405 T420 T435 T450 T465 T480 T495 T510 T525 T540 T555 T570 T585 T600	¿Cuándo dejó de tomar [Prozac/MEDICINE] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP T196/ROW 24 c. DK d. RF
----	--	---	--

24	T196 T211 T226 T241 T256 T271 T286 T301 T316 T331 T346 T361 T376 T391 T406 T421 T436 T451 T466 T481 T496 T511 T526 T541 T556 T571 T586 T601	¿Por cuánto tiempo lo tomó [Prozac/MEDICINE]?	AMOUNT: _____ Diás Semanas Meses DK RF
----	--	--	---

<p>25</p>	<p>T197 T212 T227 T242 T257 T272 T287 T302 T317 T332 T347 T362 T377 T392 T407 T422 T437 T452 T467 T482 T497 T512 T527 T542 T557 T572 T587 T602</p>	<p>¿Con qué frecuencia tomó [Prozac/MEDICINE] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.</p>	<p>AMOUNT: _____ Por día/ Por semana/Por Mes/Por Periodo DK RF</p>
-----------	--	---	--

<p>26</p>	<p>T198 T213 T228 T243 T258 T273 T288 T303 T318 T333 T348 T363 T378 T393 T408 T423 T438 T453 T468 T483 T498 T513 T528 T543 T558 T573 T588 T603</p>	<p>¿Tomó la misma dosis de medicamento, cada vez que lo tomó, en todo el tiempo que lo tomó durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.</p>	<p>a. YES → CONTINUE TO T199/ROW 27 b. NO → SKIP TO T200/ROW 28 c. DK → CONTINUE TO T199/ROW 27 d. RF → CONTINUE TO T199/ROW 27</p>
-----------	--	---	---

27	T199 T214 T229 T244 T259 T274 T289 T304 T319 T334 T349 T364 T379 T394 T409 T424 T439 T454 T469 T484 T499 T514 T529 T544 T559 T574 T589 T604.	¿Qué dosis de Prozac /MEDICINE tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF →SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF
----	---	---	--

28	T200a T215a T230a T245a T260a T275a T290a T305a T320a T335a T350a T365a T380a T395a T410a T425a T440a T455a T470a T485a T500a T515a T530a T545a T560a T575a T590a T605a	¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerda haber tomado?	AMOUNT _____
----	--	---	--------------

<p>29</p>	<p>T200b T215b T230b T245b T260b T275b T290b T305b T320b T335b T350b T365b T380b T395b T410b T425b T440b T455b T470b T485b T500b T515b T530b T545b T560b T575b T590b T605b</p>	<p>¿Qué dosis de Prozac/MEDICINE tomaste la [CHAPTER] tiempo?</p>	<p>AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF</p>
-----------	--	---	---

30	T201 T216 T231 T246 T261 T276 T291 T306 T321 T336 T351 T366 T381 T396 T411 T426 T441 T456 T471 T486 T501 T516 T531 T546 T561 T576 T591 T606	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
----	--	------------------------------------	---

31	T202 T217 T232 T247 T262 T277 T292 T307 T322 T337 T352 T367 T382 T397 T412 T427 T442 T457 T472 T487 T502 T517 T532 T547 T562 T577 T592 T607	¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP T202a/ROW 32 c. DK d. RF
----	--	----------------------------------	---

<p>32</p>	<p>T202a T217a T232a T247a T262a T277a T292a T307a T322a T337a T352a T367a T382a T397a T412a T427a T442a T457a T472a T487a T502a T517a T532a T547a T562a T577a T592a T607a</p>	<p>¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:3390 1.*.1]?</p>	<p>AMOUNT: _____</p> <p>Diás Semanas Meses</p> <p>DK RF</p>
<p>CYCLE BACK UP TO NEXT SPECIFIC MEDICATION ON THE LIST AND CONTINUE WITH QUESTIONS UNTIL YOU HAVE ASKED ABOUT EACH SPECIFIC MEDICATION THROUGH METHOTREXATE.</p>			

HERBALS:		
T608.	Desde el mes anterior a quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, ¿usó hierbas o remedios tradicionales para el tratamiento de alguna afección, para conservar la salud o para bajar de peso? No incluya infusiones de hierbas.	a. YES → CONTINUE TO T609 b. NO → SKIP TO T615 c. DK → SKIP TO T615 d. RF → SKIP TO T615
T609.	¿Entre el [START DATE OF B1] y el [P4(-1) END DATE OF P3] ¿qué hierbas o remedios tradicionales tomó? / ¿Algo más?	HERBALS _____ DK or RF → SKIP TO T615
ASK THIS SERIES FOR EACH HERBAL PRODUCT USED:		
T610.	¿Usó [ANSWER] durante todo el periodo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?	a. YES → SKIP TO T614 b. NO → CONTINUE TO T611 c. DK → CONTINUE TO T611 d. RF → CONTINUE TO T611
T611.	¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:9450 1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
T612.	¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:9450 1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP T613 c. DK d. RF
T613.	¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:9450 1.1.1.1.*.1]?	AMOUNT: _____ DK RF Días Semanas Meses
T614.	¿Con qué frecuencia usó [REFERENCE:9450 1.1.1.1.*.1] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/Por Semana/ Por Mes/Por Periodo DK RF

VITAMINS:			
Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de vitaminas antes y durante el embarazo.			
T615.	Desde el mes anterior a quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde el [B1] hasta el [P4(-1)], ¿tomó alguna multivitamina, vitamina prenatal o suplemento de ácido fólico?		a. YES → Continue to T616 b. NO → Skip to T620 c. DK → Skip to T620 d. RF → Skip to T620
T616.	¿Comenzó su uso <u>antes de que comenzara</u> su embarazo?		a. YES → Continue to T617 b. NO → Skip to T618 c. DK → Skip to T618 d. RF → Skip to T618
T617.	¿Continuó su uso después de que comenzara su embarazo?		a. YES → Skip to T620 b. NO → Skip to T620 c. DK → Skip to T620 d. RF → Skip to T620
T618.	¿Comenzó su uso en el primer mes de embarazo?		a. YES → Skip to T620 b. NO → Continue to T619 c. DK → Skip to T620 d. RF → Skip to T620
T619.	¿Comenzó su uso después del primer mes de embarazo?		a. YES b. NO c. DK d. RF

Catch-All Medication Question		
T620.	Durante ese tiempo, ¿tomó algún medicamento, remedio o tratamiento que no hayamos mencionado? /¿Algo más?	a. YES → Continue to T621 b. NO → Skip to NEXT SECTION c. DK → Skip to NEXT SECTION d. RF → Skip to NEXT SECTION
T621.	¿Cuál medicamento tomó?	SPECIFY _____ DK → SKIP TO NEXT SECTION RF → SKIP TO NEXT SECTION
T622.	¿Por qué tomó [ANSWER]?	a. REASON: _____ b. DK c. RF
T623.	¿Usó [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1] durante todo el periodo, desde el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo?	a. YES → SKIP TO T627 b. NO → CONTINUE TO T624 c. DK → CONTINUE TO T624 d. RF → CONTINUE TO T624 e.
T624.	¿Cuándo comenzó a usar [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
T625.	¿Cuándo dejó de tomar [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP T626 c. DK d. RF
T626.	¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1]?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF
T627.	¿Con qué frecuencia tomó [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/Por Semana/ Por Mes/Por Periodo DK RF

T628.	¿Tomó la misma dosis de [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1] cada vez que la tomó desde el [B1] hasta el [P4(-1)]?	a. YES → CONTINUE TO T629 b. NO → SKIP TO T630a c. DK → CONTINUE TO T629 d. RF → CONTINUE TO T629
T629.	¿Qué dosis de [REFERENCE:9570 1.1.1.1.*.1] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF SKIP TO NEXT SECTION
T630a.	¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado?	AMOUNT _____
T630b.	¿Qué dosis de [REFERENCE:3730 1.1.1.1.1.V] tomaste la [CHAPTER] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF
T631.	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
T632.	¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP T632b c. DK d. RF
T632b.	¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:9570 1.*.1]?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF

Section U: STRESS

Las siguientes preguntas tienen que ver con acontecimientos que pudieron haber pasado en su vida desde los 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre de su embarazo o sea, desde [START DATE OF B3] hasta [P4(-1)]. Estas preguntas serán un poco diferentes de algunas de las otras preguntas que hemos hecho porque ahora preguntamos sobre los tres meses antes de quedar embarazada, así como los tres primeros meses de su embarazo. La mayoría de la gente pasa por períodos de estrés o tensión, causados por eventos importantes y la vida diaria. Le preguntaremos si sucedió algo en particular durante ese período, pero no pediremos otros detalles.

U1. Desde los 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre de su embarazo, ¿pasó por tiempos difíciles en la relación con su esposo o pareja, se separó o se divorció?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U2. Durante ese mismo tiempo, ¿tuvo alguna vez usted o su esposo o pareja algún problema serio legal o financiero?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U3. Durante ese mismo tiempo, ¿fue usted o alguien cercano a usted víctima de algún abuso, de violencia o de algún delito? Recuerde que solo tiene que responder sí o no. [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY “ALGUIEN CERCANO A USTED”.]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U4. Durante ese mismo tiempo, ¿tuvo usted o alguien cercano a usted alguna enfermedad grave o sufrió una herida o lesión grave? [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY “ALGUIEN CERCANO A USTED”.]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U5. Durante ese mismo tiempo, ¿murió alguien cercano a usted? [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY “ALGUIEN CERCANO A USTED”.]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U6. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que le diera apoyo emocional, como por ejemplo hablar de un problema o ayudarle a tomar una decisión difícil, si lo necesitara?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U7. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que le diera ayuda financiera/económica, como por ejemplo ayudarle a pagar las cuentas, darle alimentos o ropa, si lo hubiera necesitado?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U8. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que la ayudara en las tareas diarias, como por ejemplo hacer las compras en el supermercado, cuidar a los niños o cocinar, si lo hubiera necesitado?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

U9. Durante ese mismo tiempo, ¿Con qué frecuencia se sintió nerviosa y estresada? Diría...READ CHOICES

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. A veces
- d. Con frecuencia
- e. Con mucha frecuencia
- f. DK
- g. RF

Section V: PHYSICAL ACTIVITY

Ahora le voy a preguntar acerca del tiempo que usted estuvo físicamente activa durante los tres meses antes de quedar embarazada. Responda cada pregunta aunque usted no se considere una persona activa. Piense acerca de las actividades que usted hace en su trabajo, como parte del trabajo en el jardín y en su hogar, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Ahora, piense acerca de todas las actividades *vigorosas* que requieren un esfuerzo físico fuerte que usted hizo durante los tres meses antes de quedar embarazada. Actividades vigorosas son las que hacen respirar mucho más fuerte que lo normal y pueden incluir el levantamiento de objetos pesados, excavar, aeróbicos, correr, o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

V1. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas *vigorosas*? PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P1)

- a. DÍAS POR SEMANA: _____
IF 0 → SKIP TO INTRODUCTION TO V3
IF 1 – 7 → CONTINUE TO V2
- b. DK → SKIP TO INTRODUCTION TO V3
- c. RF → SKIP TO INTRODUCTION TO V3

V2. Usualmente, ¿cuánto tiempo le toma realizar actividades físicas *vigorosas* en los días que las realiza? PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P2)

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO V3
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO V3 [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM THAT WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK → CONTINUE TO V2b
- d. RF → CONTINUE TO V2b

V2b. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuánto tiempo en total dedicó usted a actividades físicas vigorosas?

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____
- c. DK
- d. RF

Ahora piense en actividades que requieren *esfuerzo físico moderado* y que usted hizo durante los tres meses antes de quedar embarazada. Actividades físicas moderadas son las que hacen respirar un poco más fuerte que lo normal e incluyen cuidado de niños estando parada, cargar cosas ligeras en casa o en el trabajo, barrer o trapear pisos, o montar en bicicleta a una velocidad moderada. No incluye caminar. Otra vez piense únicamente en aquellas actividades físicas que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

V3. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas? PROBE: El cuidado de niños incluye vestirlos, bañarlos, peinarlos, alimentarlos o levantar objetos ocasionalmente. (P3)

- a. DÍAS POR SEMANA : _____
 - i. IF 0 → SKIP TO INTRODUCTION TO V5
 - ii. IF 1 – 7 → CONTINUE TO V4
- b. DK → SKIP TO INTRODUCTION TO V5
- c. RF → SKIP TO INTRODUCTION TO V5

V4. En esos días, ¿cuánto tiempo solía dedicar a actividades físicas moderadas? PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P4)

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO V5
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO V5 [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM THAT WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK → CONTINUE TO V4b
- d. RF → CONTINUE TO V4b

V4b. Durante los tres meses antes de quedar embarazada ¿cuánto tiempo en total le dedicó usted en <u>una semana típica</u> a hacer actividades físicas moderadas.

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____
- c. DK
- d. RF

Ahora piense en el tiempo que usted dedicó a caminar durante los tres meses antes de quedar embarazada. Esto incluye caminar en el trabajo y en su hogar, caminar para ir de un sitio a otro y cualquier otra caminata que usted haya hecho únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

V5. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días caminó usted por lo menos 10 minutos seguidos? PROBE: Piense solamente en las caminatas que duraban por lo menos 10 minutos continuos. (P5)

- a. DÍAS POR SEMANA : _____
 - iii. If 0 → Skip to introduction to V7
 - iv. If 1 – 7 → Continue to V6
- b. DK → Skip to introduction to V7
- c. RF → Skip to introduction to V7

V6. Generalmente, ¿cuánto tiempo pasaba caminando en uno de esos días? (P6)

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO V7
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO V7 [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK or RF → CONTINUE TO V6b

V6b. En los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica ¿cuál es la cantidad total de tiempo que usted pasó caminando?

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____.
- c. DK
- d. RF

Ahora piense acerca del tiempo que usted pasó sentada en la semana durante los tres meses antes de quedar embarazada. Incluya el tiempo en el trabajo, en su hogar, estudiando y durante el descanso. Esto puede incluir tiempo que pasó sentada en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentada o acostada viendo televisión.

V7. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, usualmente ¿cuánto tiempo en total solía pasar sentada durante un día de la semana. (P7)

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → CONTINUE TO V7b
- d. RF → CONTINUE TO V7b

V7b. ¿Cuál fue la cantidad total de tiempo que usted pasó sentada en un miércoles típico?

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____.
- c. DK
- d. RF

Section W: OBESITY

Ahora tengo algunas preguntas acerca de los cambios en su peso antes de [TAB: su embarazo de [NOIB]; su embarazo].

W1. ¿Cuánto mide sin zapatos?

- a. FEET: _____
- b. INCHES: _____ OR
- c. CENTIMETERS: _____
- d. DK
- e. RF

W2. ¿Cuánto pesaba antes del [TAB: embarazo de [NOIB]; su embarazo]?

- a. WEIGHT: _____
 - i. POUNDS
 - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

W3. Sin incluir el embarazo, cuando aumenta de peso, ¿en qué parte del cuerpo se le nota más el aumento de peso? READ OPTIONS A-D

- a. La cintura o la parte superior del cuerpo
- b. Las caderas, los glúteos o la parte superior muslos
- c. Uniformemente en todo el cuerpo
- d. No sube de peso
- e. DK
- f. RF

W4. Independientemente de que suba o baje de peso, ¿cuál de las siguientes formas describe la forma subyacente de su cuerpo? READ OPTIONS A-C

- a. ¿Tiene la mayor parte de su peso en la cintura o la parte superior del cuerpo (forma de manzana)?
- b. ¿Tiene la mayor parte de su peso en las caderas, los glúteos o la parte superior muslos (forma de pera)?
- c. ¿Tiene la mayor parte de su peso distribuido uniformemente en el cuerpo?
- d. DK
- e. RF

W5. ¿Cuánto es lo máximo que ha pesado fuera del embarazo?

- a. WEIGHT: _____
 - iii. POUNDS
 - iv. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

W6. ¿Qué edad tenía cuando pesaba eso?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

W7. ¿Cuánto es lo mínimo que ha pesado fuera del embarazo en los últimos 5 años?

- a. WEIGHT: _____
 - i. POUNDS
 - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

W8. ¿Qué edad tenía cuando pesaba eso?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

W9. En el año anterior [TAB: al embarazo de [NOIB]; a su embarazo], ¿fluctuó su peso más de 20 libras/9 kilogramos?

- a. YES → CONTINUE TO W10
- b. NO → SKIP TO W12
- c. DK → SKIP TO W12
- d. RF → SKIP TO W12

W10. ¿Cuánto fluctuó su peso? NOTE: REFERENCE WEIGHT = THEIR WEIGHT AT THE START OF THEIR PREGNANCY

- a. AMOUNT: _____
 - i. POUNDS
 - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

W11. ¿Se debió ese cambio al embarazo?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W12. ¿Alguna vez le han hecho alguna cirugía para ayudarla a bajar de peso? Esto no incluye procedimientos cosméticos, como la liposucción.

- a. YES → CONTINUE TO W13
- b. NO → SKIP TO W14
- c. DK → SKIP TO W14
- d. RF → SKIP TO W14

W13. ¿Qué procedimiento le hicieron?

- a. Bypass gástrico
- b. Banda gástrica
- c. Gastrectomía
- d. DK
- e. RF

W14. En el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿siguió usted alguno de los siguientes tipos de dieta? [READ LIST. INDICATE ALL THAT APPLY]

- a. Vegetariana
- b. Vegana
- c. Baja en carbohidratos
- d. Baja en contenido graso
- e. Sin gluten
- f. Sin lácteos
- g. OTHER (SPECIFY): _____
- h. NONE OF THE ABOVE
- i. DK
- j. RF

Section X: DENTAL PROCEDURES

El siguiente conjunto de preguntas es acerca de las consultas dentales que pueda haber hecho justo antes y al principio de su embarazo.

X1. Durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿fue al dentista u otro especialista dental, como un periodoncista o cirujano oral?

- a. YES → CONTINUE TO X2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

X2. ¿Cuántas veces fue al dentista durante ese período?

- a. NUMBER: _____
- b. DK
- c. RF

X3. ¿Cuáles procedimientos dentales recibió en esa consulta/esas consultas? IF DON'T KNOW GIVE OPTIONS.
CAN REPORT MULTIPLE PROCEDURES.

- a. Limpieza dental o chequeo de rutina
- b. Tapado de caries o colocación de empaste dental → CONTINUE WITH X4 – X19, BUT SKIP X20 AND GO TO X21
- c. Endodoncia
- d. Blanqueamiento de dientes
- e. Extracción (por ejemplo, de muela del juicio)
- f. Colocación de corona dental
- g. Puente dental
- h. Cirugía oral
- i. OTHER, SPECIFY): _____
- j. DK
- k. RF

X4. ¿Le tomaron radiografías durante la consulta/las consultas?

- a. YES → Continue to X5
- b. NO → Skip to X6
- c. DK → Skip to X6
- d. RF → Skip to X6

- X5. ¿Le suministraron un delantal protector para el cuerpo que debía utilizar cuando le tomaran radiografías?
- Sí para todas las radiografías
 - Sí para algunas radiografías, pero no para todas
 - NO para todas las radiografías
 - DK
 - RF
- X6. ¿Le pusieron alguna inyección para adormecerle la boca durante la consulta/al menos una de las consultas (un anestésico inyectable)?
- YES
 - NO
 - DK
 - RF
- X7. ¿Le dieron "gas hilarante" (gas para dormir), también llamado protóxido de nitrógeno, durante la consulta/al menos una de las consultas?
- YES
 - NO
 - DK
 - RF
- X8. ¿Le recetaron algún medicamento para la consulta dental/las consultas dentales o en la consulta/las consultas?
- YES → Continue to X9
 - NO → Skip to X14
 - DK → Skip to X14
 - RF → Skip to X14

X9. ¿Cuál medicamento le recetaron? / ¿Algo mas? IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST. MULTIPLE MEDICATIONS CAN BE REPORTED.

- a. Acetaminofen con Codeina
- b. Amoxicilina
- c. Amoxil
- d. Gluconato de clorhexidina
- e. Clindamycin
- f. Diazepam
- g. Doxycycline
- h. Eritromicina
- i. Fluoruro de Fosfato, Acidulado
- j. Hidrocodona con Ibuprofeno
- k. Bitartrato de Hidrocodona / APAP
- l. Hidrocodona NOS product unknown
- m. Kenalog in Orabase
- n. Magic mouthwash NOS
- o. Orabase
- p. Orafate Paste
- q. Oxycodona con Acetaminofén
- r. Penicilina NOS
- s. Percocet
- t. Periostat
- u. Tylenol #1,#2,#3,#4
- v. Valium
- w. Vicodin NOS
- x. Vicoprofen
- y. Medicamento para el dolor con Codeína Desconocido
- z. OTHER (SPECIFY): _____
- aa. DK → SKIP TO X14
- bb. RF → SKIP TO X14

X10. ASK SERIES FOR EACH DRUG: ¿Cuándo comenzó a tomar [ANSWER]?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DIDN'T TAKE IT (ONLY RECEIVED PRESCRIPTION; DIDN'T FILL IT)
- d. DK
- e. RF

X11. ¿Cuándo dejó de tomar [ANSWER] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO X10 and X11, SKIP X12
- c. DK
- d. RF

X12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó [ANSWER]?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

X13. ¿Con qué frecuencia usó [ANSWER] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:_____Por día/Por semana/Por mes /Por período/DK/RF

X14. ¿Tomó algún medicamento que no requiere receta médica antes o justo después de su consulta/sus consultas con el dentista?

- a. YES → CONTINUE TO X15
- b. NO → SKIP TO X20
- c. DK → SKIP TO X20
- d. RF → SKIP TO X20

X15. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST. MULTIPLE MEDICATIONS CAN BE REPORTED;

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Anbesol líquido/gel (new form 1998)
- d. Aspirina
- e. Aspirina Bayer
- f. Chloraseptic líquido/aerosol (new form 1990)
- g. Ibuprofeno
- h. Motrin
- i. Nuprin
- j. Ora-jel
- k. Tylenol
- l. Xylocaine
- m. OTHER (SPECIFY):_____
- n. DK → SKIP TO X20/X21
- o. RF → SKIP TO X20/X21

X16. ASK SERIES FOR EACH DRUG: ¿Cuándo empezó a tomar [ANSWER] para su consulta dental?

10/28/2014

Spanish Translation

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

X17. ¿Cuándo dejó de tomar [ANSWER] por última vez durante este período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO X16 and X17, SKIP X18
- c. DK
- d. RF

X18. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Por periodo
- b. DK
- c. RF

X19. ¿Con qué frecuencia usó [ANSWER] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
IF THEY REPORTED HAVING A CAVITY FILLED IN X3 SKIP X20 AND CONTINUE TO X21.

X20. IF THEY DID NOT REPORT HAVING A CAVITY FILLED IN X3: ¿Le taparon alguna caries o le colocaron algún empaste dental durante la 1^{ra}/2^{da}/3^{ra}, etc... consulta? [[IF THEY DID NOT REPORT HAVING A CAVITY FILLED IN X3]

- a. YES → CONTINUE TO X21
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

X21a. ¿En cuántas visitas tuvo la colocación del empaste dental (o el tapado de caries)?

- a. NUMBER: _____ DK RF

X21b. ¿De cuántas caries se acuerda que le taparon en su [CHAPTER] consulta? IF THEY REPORT MULTIPLE VISITS CONFIRM THAT THEY HAVE SUMMED ACROSS VISITS

- a. NÚMERO: _____

X22. ¿Cuál fue el día de [CHAPTER] en que el empaste dental/los empastes dentales fue/fueron colocado/colocados?ASK FOR EACH VISIT IF MULTIPLE VISITS

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

X23. ¿El empaste era de color plateado, también llamado amalgama, o del color del diente, también llamado resina compuesta? ASK FOR EACH DATE REPORTED. ALLOW MULTIPLE RESPONSES IF MORE THAN ONE FILLING WAS PLACED DURING A SINGLE VISIT.

- a. Amalgama/de color plateado
- b. Resina compuesta/del color del diente
- c. DK
- d. RF

Section Y: SMOKING

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco.

Y1. En cualquier momento desde 1 mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿fumó cigarrillos? PROBE: Aunque no haya fumado todo el tiempo, nos interesa saber si fumó algún cigarrillo durante ese período.

- a. YES → CONTINUE TO Y2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTIONY3
- c. DK → SKIP TO Y3
- d. RF → SKIP TO Y3

Y2. ¿Durante qué meses fumó? INDICATE ALL THAT APPLY

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. DK
- f. RF

Y3. En cualquier momento desde 1 mes antes de quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, ¿usó los cigarrillos electrónicos?

- a. YES → CONTINUE TO Y4
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Y4. ¿Con qué frecuencia utiliza los cigarrillos electrónicos durante el mes anterior hasta el tercer mes de embarazo?

- a. Todos los días
- b. Algunos días
- c. Raramente
- d. DK
- e. RF

Section Z: ALCOHOL

Ahora voy a hacerle preguntas acerca del consumo de bebidas alcohólicas.

Z1. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿tomó algún vino, cerveza, bebida mixta o trago de licor?

- a. YES → CONTINUE TO Z2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Z2. ¿Durante qué meses tomó bebidas alcohólicas?

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. DK
- f. RF

Z3. ¿Cuál fue el mayor número de tragos que bebió en una ocasión desde el comienzo de su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo? Definimos como una bebida alcohólica como una cerveza, un vaso de vino, una bebida mixta o un trago de licor.

- a. NUMBER: _____
- b. DK
- c. RF

Section AA: RESIDENCE HISTORY

Quisiéramos saber la dirección de las residencias donde usted vivió [TAB:cuando quedó embarazada de [NOIB];cuando comenzó el embarazo afectado por un defecto de nacimiento] para estudiar sobre el medio ambiente y como éste la pudo haber afectado.

AA1. ¿Cuál es su dirección actual? PROBE: REMEMBER TO ASK ABOUT AN APARTMENT NUMBER IF NONE GIVEN

AA2. ¿Vive actualmente en la misma residencia donde vivía cuando comenzó [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado por un defecto de nacimiento]?

- a. YES → Skip to next section
- b. NO → Continue to AA3
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

AA3. ¿Cuál era su dirección cuando comenzó [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado por un defecto de nacimiento]? Esto sería el [START DATE OF P1] o alrededor de esa fecha.

- a. ADDRESS: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Section BB: MATERNAL OCCUPATION

La siguiente sección abarca una serie de preguntas sobre su experiencia de trabajo (trabajo pagado, voluntario o servicio militar). Se incluyen los trabajos de medio tiempo, tiempo completo que duraron un mes o más, incluidos los trabajos que haya hecho en su casa, los trabajos realizados en una granja y los trabajos fuera de su casa.

BB1. Desde 1 mes antes de quedar embarazada y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1]

hasta [P4(-1)] ¿estuvo trabajando?

- a. YES → SKIP TO BB4
- b. NO → CONTINUE TO BB2
- c. DK → CONTINUE TO BB2
- d. RF → CONTINUE TO BB2

BB2. ¿Fue usted (READ CHOICES)? o ¿hizo algo más?

- a. Ama de casa/madre de familia → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Estudiante → GO TO BB3
- c. Incapacitada → SKIP TO NEXT SECTION
- d. Desempleada/entre trabajos → SKIP TO NEXT SECTION
- e. OTRO, ESPECIFIQUE: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- a. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION

BB3. IF STUDENT: Desde 1 mes antes de quedar embarazada y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿tenía también un empleo remunerado o un trabajo voluntario mientras estudiaba, incluida la capacitación en el trabajo, como por ejemplo, período de aprendizaje, pasantía, práctica o experiencia clínica?

- a. YES → CONTINUE TO BB4
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

BB4. En esa época, trabajó:

- a. ¿En el area de salud?
- b. ¿En una granja, un rancho, una huerta o en un invernadero?
- c. ¿Como conserje, ama de casa, sirvienta u otro personal de limpieza?
- d. ¿Como peluquera, cosmetóloga o especialista en uñas postizas?
- e. ¿Como maestra o asistente de maestra?
- f. ¿En una restaurante, café o cafetería?
- g. ¿En un edificio de oficinas, haciendo principalmente trabajo de oficina, administrativo o en computadora?
- h. ¿Cómo científica?
- i. ¿Como operadora de equipos electrónicos?
- j. NINGUNA DE LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE
- k. DK
- l. RF

IF ANY YES, QUEUE REQUEST AT END OF INTERVIEW FOR ON-LINE FOLLOW-UP QUESTIONS

BB5. Ahora piense en todos los trabajos, pagados y voluntarios, que ha tenido desde [B1] a [P4(-1)]. ¿En qué tipo de empresa trabajó? Trate de ser lo más específica posible. (¿Qué fabrica o qué servicio presta su empresa?) LIST ALL EMPLOYERS, INCLUDING "SELF EMPLOYED"

- a. SPECIFY: _____
- b. DK IF MOTHER RESPONDS DK, ENTER UNKNOWN IN RESPONSE BOX.
- c. RF

BB6. En la empresa de [BB5 RESPONSE], ¿cuál era su puesto? (ASK FOR EACH EMPLOYER)

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

BB7. En la empresa de [BB5 RESPONSE], describa qué hacía y cómo lo hacía. ¿Cuáles eran sus actividades o deberes principales? ¿Algo más? (ASK FOR EACH EMPLOYER)

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

Section CC: RACE / ACCULTURATION / EDUCATION

Ahora le voy a hacer preguntas sobre su origen étnico.

CC1. ¿Nació en los Estados Unidos?

- a. YES → Skip to CC4
- b. NO → Continue to CC2
- c. DK → Skip to CC4
- d. RF → Skip to CC4

CC2. ¿Dónde nació?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

CC3. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

- a. AÑOS: _____
- b. DK
- c. RF

CC4. ¿Qué idioma habla regularmente en casa?

- a. SPECIFY: _____

CC5. ¿Eres Hispana o Latina?

- a. YES → Continue to CC6
- b. NO → Skip to CC7
- c. DK → Skip to CC7
- d. RF → Skip to CC7

CC6. ¿A qué grupo español o hispano considera que pertenece? PROBE: Mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, hondureño, colombiano, peruano, guatemalteco, español, centroamericano, suramericano, etc?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

10/28/2014

Spanish Translation

CC7. ¿Como describirías tu raza? Voy a leerle una lista y luego quiero que me diga todas las categorías pertinentes en su caso. Puede seleccionar más de una categoría.

- a. Indígena americana o nativa de Alaska → ASK CC9
- b. Asiática → CONTINUE TO CC8
- c. Negra o Afroamericana → SKIP TO CC10, unless (CC7a), (CC7b), or (CC7d) also selected
- d. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico → CONTINUE TO CC8
- e. Blanca → SKIP TO CC10, unless (CC7a), (CC7b), or (CC7d) also selected
- f. DK → SKIP TO CC10
- g. RF → SKIP TO CC10

CC8. IF CC7 = b OR d: ¿De qué país? PROMPT: En referencia a los asiáticos, nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico

- a. COUNTRY: _____
- b. DK
- c. RF

CC9. IF CC7 = a: ¿A qué tribu cree que pertenece?

- a. TRIBE: _____
- b. DK
- c. RF

CC10. ¿Qué grado o año completó en la escuela o la universidad [TAB: cuando nació [NOIB]; hasta [DOIB]]? IF RESPONDENT HESITATES, BEGIN READING CATEGORIES.

- a. Ninguna escuela formal
- b. 1-6 años
- c. 7-8 años
- d. 9-11 años
- e. 12 años , completó la secundaria o preparatoria (high school)
- f. 1-3 años de universidad
- g. Completó escuela técnico
- h. 4 años, completó la universidad
- i. Maestría
- j. Postgrado o doctorado, Medicina or Licenciado en Derecho (MD, PHD, JD)
- k. DK
- l. RF

IF THE FATHER IS UNKNOWN, SKIP TO THE NEXT SECTION

Las siguientes preguntas son acerca del padre biológico o natural [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado por un defecto de nacimiento].

CC11. ¿Nació él en los Estados Unidos?

- a. YES → SKIP TO CC14
- b. NO → CONTINUE TO CC12
- c. DK → SKIP TO CC14
- d. RF → SKIP TO CC14

CC12. ¿Dónde nació él?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

CC13. ¿Cuántos años ha vivido él en los Estados Unidos?

- a. YEARS: _____
- b. DK
- c. RF

CC14. ¿Es el padre Hispano o Latino?

- a. Yes → ASK CC15
- b. NO → SKIP TO CC16
- c. DK → SKIP TO CC16
- d. RF → SKIP TO CC16

CC15. ¿A qué grupo español o hispano se considera él que pertenece? PROBE: Mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, hondureño, colombiano, peruano, guatemalteco, español, centroamericano, suramericano, etc?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

CC16. ¿Como describiría su raza? Voy a leerle una lista y luego quiero que me diga todas las categorías que corresponden a él. Puede seleccionar más de una categoría.

- a. Indígena americana o nativa de Alaska → ASK CC18
- b. Asiática → ASK CC17
- c. Negra o Afroamericana → SKIP TO CC19, UNLESS (CC16a), (CC16b), OR (CC16d) ALSO SELECTED
- d. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico → ASK CC17
- e. Blanca → SKIP TO CC19, UNLESS (CC16a), (CC16b), OR (CC16d) ALSO SELECTED
- f. DK → SKIP TO CC 19
- g. RF → SKIP TO CC 19

10/28/2014

Spanish Translation

CC17. IF CC16 = b or d: ¿De qué país? PROMPT: En referencia a los asiáticos, nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico.

- a. COUNTRY: _____
- b. DK
- c. RF

CC18. IF CC16 = a: ¿A qué tribu cree él que pertenece?

- a. TRIBU: _____
- b. DK
- c. RF

CC19. ¿Qué grado o año completó él en la escuela o la Universidad [TAB: cuando nació [NOIB]; hasta [DOIB]]? IF RESPONDENT HESITATES, BEGIN READING CATEGORIES.

- a. Ninguna escuela formal
- b. 1-6 años
- c. 7-8 años
- d. 9-11 años
- e. 12 años , completó la secundaria o preparatoria (high school)
- f. 1-3 años de universidad
- g. Completó escuela técnico
- h. 4 años, completó la universidad
- i. Maestría
- j. Postgrado o doctorado, Medicina or Licenciado en Derecho (MD, PHD, JD)
- k. DK
- l. RF

Section DD: INSURANCE STATUS

Las siguientes preguntas tratan sobre el seguro médico. Incluya el seguro médico obtenido por medio de su trabajo o que haya comprado directamente, así como los programas gubernamentales como Medicare y Medicaid que proporcionan atención médica o ayudan a pagar las cuentas médicas. No incluya planes privados que solo proporcionen dinero extradurante una hospitalización (por ejemplo, Aflack).

DD1. Desde un mes antes de su embarazo, ¿tenía cobertura de seguro médico o algún otro tipo de plan de seguro médico?

- a. YES → CONTINUE TO DD2
- b. NO → SKIP TO DD3
- c. DK → SKIP TO DD3
- d. RF → SKIP TO DD3

DD2. ¿Cuál era el nombre de su seguro? / ¿Algún otro seguro? PROVIDE EXAMPLE IF NEEDED: Blue Cross/Blue Shield, Wellpoint, UnitedHealth, Wellmark, Medicaid, Medicare, Tricare

- a. NAME: _____
- b. DK
- c. RF

DD3. Durante de su embarazo, ¿tenía cobertura de seguro médico o algún otro tipo de plan de seguro médico?

- a. Sí, durante todo el embarazo → CONTINUE TO DD4
- b. Sí, parte del embarazo → CONTINUE TO DD4
- c. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- d. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- e. RF → SKIP TO NEXT SECTION

DD4. ¿Cuál era el nombre de su seguro? / ¿Algún otro seguro? PROVIDE EXAMPLES IF NEEDED: Blue Cross/Blue Shield, Wellpoint, UnitedHealth, Wellmark, Medicaid, Medicare, Tricare

- a. NAME: _____
- b. DK
- c. RF

Section EE: CLOSING

EE1. IF THE MOTHER REPORTED ONE OF THE OCCUPATIONAL CATEGORIES OF INTEREST: Nos gustaría obtener alguna información adicional acerca de sus actividades en el trabajo que tenía en el mes antes de su embarazo a través de su tercer mes de embarazo. ¿Estaría usted dispuesto a dejar que te enviáramos un correo electrónico con un enlace a una encuesta en línea con estas preguntas adicionales una vez que estén disponibles?

- a. YES → CONTINUE TO EE2
- b. NO → SKIP TO EE3b
- c. DK → SKIP TO EE3b

EE2. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico, para poder enviarle un enlace al cuestionario?

NOTE TO INTERVIEWERS: READ BACK THE EMAIL ADDRESS AND CONFIRM THAT IT HAS BEEN RECORDED CORRECTLY

- a. CORREO ELECTRÓNICO: _____ DK

EE3a. Es posible que en el futuro tengamos otras encuestas en línea sobre otros temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → SKIP TO EE6
- b. NO → SKIP TO EE6
- c. DK → SKIP TO EE6

EE3b. IF EE1 = NO OR DK: Es posible que en el futuro tengamos otras encuestas en línea sobre otros temas.

¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → SKIP TO EE5
- b. NO → SKIP TO EE6
- c. DK → SKIP TO EE6

EE4. IF MOTHER WAS NOT ASKED ABOUT EMAIL ADDRESS IN EE1-EE3 (DID NOT SELECT AN OCCUPATION OF INTEREST): Es posible que en el futuro tengamos encuestas en línea para obtener información sobre ciertos temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → CONTINUE TO EE5
- b. NO → SKIP TO EE6
- c. DK → SKIP TO EE6

EE5. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

NOTE TO INTERVIEWERS: READ BACK THE EMAIL ADDRESS AND CONFIRM THAT IT HAS BEEN RECORDED CORRECTLY

- a. EMAIL ADDRESS: _____
- b. DK

EE6. En caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted en el futuro, ¿podría darnos el nombre, la dirección y el número de teléfono de una persona que sepa siempre dónde podremos encontrarla? Esta información va a estar separada de su cuestionario. Será guardada bajo llave, excepto cuando la necesite el equipo del estudio y será destruida cuando se termine el estudio.

- a. YES → CONTINUE TO EE7
- b. NO → SKIP TO EE8a IF IT IS A CENTER COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS; SKIP TO EE8b IF IT IS A CENTER NOT COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS
- c. DK → SKIP TO EE8a IF IT IS A CENTER COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS; SKIP TO EE8b IF IT IS A CENTER NOT COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS

EE7. Información de contacto:

- PREFIX: Ms, Mrs, Mr, Dr
- FIRST NAME: _____
- LAST NAME: _____
- STREET/APARTMENT: _____
- CITY / STATE / ZIP: _____
- HOME PHONE: _____
- WORK PHONE: _____
- RELATIONSHIP: _____
- DK
- RF

FOR EE8, INTERVIEWERS WILL NEED TO USE ID AND INFANT STATUS TO DETERMINE WHICH SCRIPT TO USE:

EE8a. FOR CENTERS THAT ARE COLLECTING BLOODSPOTS (STATE IDs 20, 23, 25, 28) AND A LIVEBORN INFANT:

Ha terminado la encuesta, pero como dice en la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. La encuesta nos ayudará a entender las causas ambientales de los defectos de nacimiento. Otra parte del estudio nos ayudará a entender el papel que tienen los factores genéticos y biológicos en causar defectos de nacimiento. Le enviaremos por correo un formato de consentimiento informado que nos permitirá solicitar un poco de sangre punción del talón de su bebé que sobro y se recogio poco después del nacimiento por el programa de monitoreo de bebes recién nacidos de su estado. Le incluiremos una tarjeta de regalo de \$10 con el formato de consentimiento informado como agradecimiento por su interés continúe en nuestro estudio.

IF ADDRESS PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY AA3: Para confirmar, tenemos que su dirección es [PULL ADDRESS FROM AA3] ¿Esa es la dirección donde recibe su correo?

- a. YES → SKIP TO EE10a IF IT IS A CENTER COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS; SKIP TO EE10b IF IT IS A CENTER NOT COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS
- b. NO → CONTINUE TO EE9
- c. DK → CONTINUE TO EE9
- d. RF → SKIP TO EE10a IF IT IS A CENTER COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS; SKIP TO EE10b IF IT IS A CENTER NOT COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS

EE8b. FOR CENTERS THAT ARE NOT COLLECTING BLOODSPOTS (STATE IDs 21, 22, 27) OR FOR A NON-

LIVEBORN INFANT: Ha terminado la encuesta, pero como dice la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. Para poder contactarla en un futuro, nos gustaría confirmar su dirección.

IF ADDRESS PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY AA3): Para confirmar, tenemos que su dirección es [PULL ADDRESS FROM AA3]. ¿Esa es la dirección donde recibe su correo?

- a. YES → SKIP TO EE10a IF IT IS A CENTER COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS; SKIP TO EE10b IF IT IS A CENTER NOT COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS
- b. NO → CONTINUE TO EE9
- c. DK → CONTINUE TO EE9
- d. RF → SKIP TO EE10a IF IT IS A CENTER COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS; SKIP TO EE10b IF IT IS A CENTER NOT COLLECTING BLOOD SPOT CONSENTS

EE9. ASK ONLY IF ADDRESS NOT PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY AA3 OR ADDRESS ON FILE IS INCORRECT:

¿Cuál es su dirección actual? REMEMBER TO ASK ABOUT APT NUMBER IF NONE IS GIVEN.

- STREET/APARTMENT: _____
- CITY / STATE / ZIP: _____
- RF

FOR EE10, INTERVIEWERS WILL NEED TO USE ID AND INFANT STATUS TO DETERMINE WHICH SCRIPT TO USE:

EE10a. FOR CENTERS THAT ARE COLLECTING BLOODSPOTS (STATE IDs 20, 23, 25, 28) AND LIVEBORN INFANT: En la carta de introducción que le enviamos, había una tarjeta de regalo de \$20 que incluimos como una muestra de agradecimiento por su interés. Como le acabo de comentar, le enviaremos otra tarjeta de regalo de \$10 con el consentimiento informado para solicitar un poco de sangre punción sobrante del talón de su bebé. No podemos prometerle que va a recibir una tarjeta de regalo de la tienda que usted escoja, pero me podría decir ¿cuál de las siguientes tiendas prefiere? [READ LIST]

- i. Amazon
- ii. Target
- iii. Wal-Mart
- iv. CVS

EE10b. FOR CENTERS THAT ARE NOT COLLECTING BLOODSPOTS (STATE IDs 21, 22, 27) OR NON-LIVEBORN INFANT: En la carta de introducción que le enviamos, había una tarjeta de regalo de \$20 que incluimos como una muestra de agradecimiento por su interés. Como le acabo de comentar, tal vez le pediremos que participe en otras partes del estudio. No podemos prometerle que le enviaremos una tarjeta de regalo de la tienda que usted escoja, pero me podría decir ¿cuál de las siguientes tiendas prefiere? [READ LIST]

- i. Amazon
- ii. Target
- iii. Wal-Mart
- iv. CVS

EE11. Cada año publicamos un boletín electrónico para informar a los participantes de los avances del estudio. Este boletín informativo se encuentra en www.BDSTEPS.org. Podemos imprimir el boletín más reciente para usted. ¿Quiere que le enviemos una copia impresa del boletín?

- a. Yes
- b. No

COMENTARIO FINAL

EE12. Para terminar, queremos agradecerle sinceramente su tiempo y sus esfuerzos. Su contribución a este importante estudio será de gran ayuda en nuestros esfuerzos para entender las causas de los defectos de nacimiento. Muchas gracias.

Section FF: INTERVIEWER REMARKS

FF1. The overall quality of this interview was:

- a. HIGH QUALITY
- b. GENERALLY RELIABLE
- c. QUESTIONABLE
- d. UNSATISFACTORY

FF2. Did the father [NOIB'S] contribute to the mother's answers?

- a. YES
- b. NO
- c. DK

FF3. Did some other person contribute to the mother's answers?

- a. YES → CONTINUE TO FF4
- b. NO → SKIP TO FF5
- c. DK → SKIP TO FF5

FF4. Who was it?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK

FF5. IF FF1 = c OR d: The main reason for questionable or unsatisfactory quality of information was because the respondent: INDICATE ALL THAT APPLY

- a. DID NOT KNOW ENOUGH INFORMATION REGARDING THE TOPIC
- b. DID NOT WANT TO BE MORE SPECIFIC
- c. SOUNDED BORED OR UNINTERESTED
- d. SOUNDED UPSET, DEPRESSED, OR ANGRY
- e. HAD POOR HEARING OR SPEECH
- f. SOUNDED CONFUSED OR DISTRACTED BY FREQUENT INTERRUPTIONS
- g. SOUNDED INHIBITED BY OTHERS AROUND HER
- h. SOUNDED EMBARRASSED BY THE SUBJECT MATTER
- i. SOUNDED EMOTIONALLY UNSTABLE
- j. SOUNDED PHYSICALLY ILL
- k. NOT COMFORTABLE WITH LANGUAGE OF THE QUESTIONNAIRE
- l. DOESN'T HAVE THE TIME
- m. FELT INTERVIEW TOO LONG
- n. OTHER (SPECIFY): _____

BD-STEPS CATI – FULL DRAFT

10/28/2014

Spanish Translation

- FF6. Was the majority of the interview done in English or Spanish?
- a. ENGLISH
 - b. SPANISH
 - c. BOTH EQUALLY

ZZ1 INTERVIEW IS COMPLETE. PLEASE CLICK THE **FINISH** BUTTON