



Le quisiéramos hacer unas preguntas sobre su salud y experiencias desde que nació su último bebé.

1. **(Core 46) Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4-6 semanas después de dar a luz.

No → **Pase a la Pregunta 3**
Sí

2. **(J3) ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?** Marque TODAS las que correspondan.

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

Si no tuvo una visita de chequeo posparto, pase a la Pregunta 4.

3. **(Core 47 + ZPER 36) Durante alguna de sus visitas prenatales, ¿algún médico, enfermera u otro profesional de la salud hizo alguna de las siguientes cosas?** Para cada uno, marque **No** si no lo hicieron o marque **Sí**, si lo hicieron.

	No	Sí
a. Hablarle sobre los tipos de ropa que debía usar para evitar las picaduras de mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hablarle sobre el uso de repelente sobre la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hablarle sobre el uso de condones al tener sexo para prevenir la infección por el virus del Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hablarle sobre el los métodos anticonceptivos que puede utilizar después de haber dado a luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me dio o recetó un método contraceptivo como la pastilla, parcho, inyección (Depo-Provera®), NuvaRing® o condones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Insertó un dispositivo intrauterino (Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®) o un implante contraceptivo (Nexplanon® or Implanon®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

4. **(Nueva) Desde que nació su nuevo bebé, ¿algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho a usted que tiene alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada uno, marque **No** si no le han dicho que tenía la condición o **Sí** si lo dijeron que tenía la condición.

	No	Sí
a. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alta presión arterial/Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Infección del virus del Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **(V2) Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los siguientes servicios?** Para cada servicio, marque **No**, si no usó el servicio o **Sí**, si lo usó.

	No	Sí
a. Consejería para la depresión o la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. WIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Programa de Visitas al Hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Familias Saludables Puerto Rico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Unidos por la Niñez Temprana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Servicios de Intervención Temprana (“Avanzando Juntos”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Programa de servicios integrales de salud al adolescente (SISA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Programa educativo de responsabilidad personal para adolescente en Puerto Rico (PR-PREP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las próximas preguntas son sobre su bebé.

6. **(Core 32) ¿Su bebé está vivo?**

No → *Lamentamos mucho su pérdida* Pase a la **Pregunta 22**

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

Sí

7. (Core 33) En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

No → Pase a la Pregunta 22

Sí

8. (Core 33) ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

No → Pase a la Pregunta 11

Sí

9. (Core 33) ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

No

Sí → Pase a la Pregunta 11

10. (Core 33) ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Menos de 1 semana

_____ Semanas _____ Meses

11. (X9 - modificada) ¿Ha tenido su nuevo bebé una visita preventiva de rutina con un médico, enfermera u otro profesional de la salud desde que usted fue dada de alta cuando su bebé nació? Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

No

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

Sí → Pase a la Pregunta 13

Mi bebé todavía está en el hospital → Pase a la Pregunta 17

12. (X2 - modificada) ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que su bebé recibiera la visita preventiva de rutina? Marque TODAS las que correspondan

No tengo seguro médico para mi bebé

No tenía suficiente dinero

No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio del doctor

No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos

No pude conseguir una cita

Otra → Por favor, escríbala: _____

Si su bebe nunca que recibido un chequeo de rutina con un médico, enfermera u otro profesional de la salud desde que fue dado de alta del hospital, pase a la Pregunta 17.

13. (X7 - modificada) ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé al doctor, enfermera u otro profesional de salud para un chequeo de rutina? (Podría serle útil usar el calendario).

___ Veces

14. (X8 - modificada) ¿A dónde lleva generalmente a su nuevo bebé para los chequeos de rutina? Marque UNA respuesta

Consultorio médico privado

Clínica del Departamento de Salud (Clínicas IPA/GMP)

Centro de Salud de la Comunidad (Clínicas 330)

Centro Pediátrico Regional

Sala de Emergencia

Clínicas externas de los hospitales del gobierno

Otro lugar → Por favor, escríbalo: _____

15. (OK74 P7) Hay alguien que usted considera como doctor o enfermera personal para su bebé? Un doctor o enfermera personal es un profesional de salud, quien conoce muy bien a su bebé y está familiarizado con su historial médico. (Esto podría ser un doctor general, un pediatra, un doctor especialista, enfermera, o asistente médico).

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

- No
- Si, una persona
- Si, más de una persona

16. (Nueva) ¿Desde que nació su bebé, un médico, enfermera o proveedor de salud le ha hablado sobre los siguientes temas? Para cada tema marque **No si no le hablaron o **Si**, si le hablaron del tema.**

	No	Si
a. Vestir al bebé con mangas largas y pantalón largo para evitar picaduras de mosquitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Utilizar repelente de mosquito en la piel expuesta o ropa del bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Colocar un mosquitero en la cuna o cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cuáles son los síntomas del virus del Zika en un bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. (Nueva) ¿Algún médico, enfermera o proveedor de salud le ha dicho que su bebé fue infectado con el virus del Zika durante su embarazo?

- No
- Si → Pase a la Pregunta 19

18. (Nueva) ¿Cuan preocupada está sobre la posibilidad de que su bebé se infecte con el virus del Zika ahora?

- Muy preocupada
- Algo preocupada
- Nada preocupada

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

19. (Nueva) ¿Su nuevo bebé tiene algunas de las siguientes condiciones de salud?

	No	Sí
a. Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Problemas visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aumento de peso insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dificultades en alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tamaño de la cabeza más pequeño de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Deformidades de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su bebé no tiene algunas de las condiciones de salud indicadas anteriormente, pase a la Pregunta 22.

20. (Nueva) ¿El médico regular de su bebé le ha sugerido que usted lleve a su bebe a ver un especialista para recibir ayuda con sus condiciones de salud?

No
Si

21. (Nueva) ¿Le han preguntado si le gustaría hablar con otras familias que tienen bebés con condiciones de salud similares a las de su bebé?

No
Si

22. (Nueva) ¿Ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para su bebé? Para cada servicio marque **No, si no lo ha recibido y marque **Si**, si lo ha recibido.**

- a. Un tomografía (CT Scan, MRI) de la cabeza del bebé
- b. Examen auditivo
- c. Examen ocular/visual
- d. Evaluación del desarrollo de su bebé
- e. Una evaluación por un especialista por un terapeuta físico
- f. Asistencia de un nutricionista

23. (HRSA) ¿Usted diría que tiene a alguien con que usted puede contar día a día para proveer apoyo emocional con apoyo cuidando a su bebe más reciente?

No
Si

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

24. (Core 43) ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí → Pase a la Pregunta 26

25. (Core 44) ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*? Marque TODAS las que correspondan

Quiero quedar embarazada

Estoy embarazada ahora

Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio

No quiero usar ningún método anticonceptivo

Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos

No estoy teniendo relaciones sexuales

Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo

Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos

Otra → Por favor escríbala: _____

Si usted o su esposo o pareja no están haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 27.

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

26. (Core 45) ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo? Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condomes
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

27. (CAPRZ Q30 - modificada) ¿Cómo te sientes sobre tener un bebé en algún momento en el futuro?

- No quiero tener más hijos
- Quisiera tener otro hijo en los próximos 1 – 2 años
- Quisiera tener otro hijo en los próximos 3 – 5 años
- Quisiera tener otro hijo después de 5 años o más
- Quisiera tener otro hijo, pero no estoy segura cuando

Las últimas preguntas son sobre evitar picaduras de mosquitos.

28. (ZPER 14 + ZPER 23) Desde que nació su bebé, ¿está tomando alguna de las siguientes medidas para evitar las picaduras de mosquitos o controlar los mosquitos en su casa? Para cada una, marque **No** si no lo hizo y **Sí** si lo hizo.

	Sí	No
a. Siempre uso tela metálica (screens) en puertas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Siempre uso tela metálica (screens) en ventanas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mantengo las puertas y ventanas sin tela metálica (screens) cerradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Siempre uso abanicos o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vacío los envases con agua estancada en mi casa y patio <u>una vez por semana</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Duermo debajo de un mosquitero para la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fumigar el interior de mi casa para combatir los mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fumigar en las afueras y alrededor de mi casa y mi patio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Aplicación de larvicidas en los exteriores de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. (ZPER 15 - modificada) Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia usó repelente de mosquitos sobre su piel expuesta cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo?

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

- Todos los días
- Casi todos los días
- Algunos días
- Nunca → **Pase a la Pregunta 31**

30. (ZPER 16) Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia usó repelente de mosquitos sobre su piel expuesta cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo?

- Más de una vez al día
- Una vez al día

Si utilizas repelente de mosquitos sobre su piel expuesta o ropa todos los días cuando estas en el exterior, pase a la pregunta 32.

31. (ZPER 17) Cuando no usaba repelente de mosquitos durante su embarazo más reciente, ¿cuáles eran sus razones para no usarlo? Marque TODAS las que correspondan

- No me gustaba su olor o me daba náuseas
- No me gustaba cómo me dejaba la piel
- Tengo alergia
- Me preocupaba que los químicos del repelente me hicieran daño
- El repelente de mosquitos era demasiado costoso
- Me olvidé aplicarlo
- No me preocupa que me dé el virus del Zika
- No quiero usarlo
- Otro motivo → Por favor, escríbalo _____

32. (ZPER 7 - modificada) ¿Cuán preocupada se siente actualmente acerca de infectarse con el virus del Zika? Marque UNA respuesta.

- Muy preocupada
- Algo preocupada
- Nada preocupada

Las últimas preguntas son sobre haciendo la prueba del virus del Zika.

33. (Nueva) Durante algunos de los periodos indicados, ¿se hizo la prueba del Zika? Para cada periodo de tiempo marque **NO**, si no se hizo la prueba y **SI**, si se hizo la prueba.

- | | Sí | No |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Antes de mi embarazo más reciente | | |
| b. Durante los primeros tres meses de mi embarazo (1er trimestre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

ZPER 1.0 – Encuesta de seguimiento telefónica – borrador 02/28/2017

- c. Durante los segundos tres meses de mi embarazo (2ndo trimestre)
- d. Durante los últimos tres meses de mi embarazo (3er trimestre)
- e. Después de mi embarazo más reciente

Si **NO** te hiciste la prueba del Zika en ningún momento, pase a la Pregunta 36.

34. (Nueva) Después de que se hizo la prueba del Zika, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar en recibir su resultado? Para cada periodo de tiempo, indique la cantidad de tiempo que tuvo que esperar para recibir los resultados (Dentro del primer mes después de hacerse la prueba, Después de 1 mes de hacerse la prueba, No ha recibido sus resultados)

Dentro del primer mes/ Después de 1 mes/ No ha recibido sus resultados

- a. Antes de mi embarazo más reciente
- b. Durante los primeros tres meses de mi embarazo (1er trimestre)
- c. Durante los segundos tres meses de mi embarazo (2ndo trimestre)
- d. Durante los últimos tres meses de mi embarazo (3er trimestre)
- e. Después de mi embarazo más reciente

35. (Nueva) ¿Dónde se hizo la prueba del Zika? Marque TODAS las que apliquen.

- Oficina del doctor
- Hospital
- Clínica del departamento de salud o centro de salud (clínicas 330 o IPA)
- Laboratorio (privado o comercial)
- Otro → Por favor, escríbalo _____

Si te **HICISTE** la prueba del Zika en algún momento, pase a la Pregunta 37.

36. ¿Cuál fue la razón por la que no se hizo la prueba del Zika antes, durante o después de su embarazo más reciente? Para cada una, marque No si esta no fue una razón para usted o Sí si fue una razón.

	No	Sí
a. No le indicaron que se hiciera la prueba o no le dieron un referido para la misma		
b. Los lugares donde se pudiera hacer la prueba no estaban accesibles		

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

ZPER 1.0 – Encuesta de seguimiento telefónica – borrador 02/28/2017

c. Los costos asociados a la prueba eran demasiado altos		
d. Tenía miedo que su seguro médico no cubriera la prueba		
e. Tenía miedo del resultado de la prueba		
f. No pensó que el Zika era un problema		
g. No pensaba que estaba en riesgo de contraer el virus del Zika		
h. ¿Hay otra razón por la cual no se hizo la prueba?		
Por favor, díganos:		

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

~~(Nueva) Después de que se hizo la prueba del Zika, ¿cuánto fue lo más que tuvo que esperar en recibir su resultado?~~

- ~~— Dentro del primer mes después de hacerme la prueba~~
- ~~— Después de 1 mes de hacerme la prueba~~
- ~~— No he recibido mis resultados~~
- ~~— No sé~~

~~(Nueva) Aparte de usted, ¿otra persona en su hogar se ha hecho la prueba de Zika durante tu embarazo más reciente?~~

- ~~— No~~
- ~~— Sí~~
- ~~— No sé~~

37. Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro proveedor de salud le ha dicho a usted o a otra persona que vive con usted que estaba infectada con el virus del Zika?

Para cada uno, marque **No** si no le dijeron que tenían el Zika durante su embarazo, o **Sí** si lo tenían.

.....**No** **Sí**

- a. Mi misma
- b. Mi esposo o pareja masculina
- c. Otro persona que vive con usted

Por favor, escriba quien: _____

38. Como agradecimiento por participar en este cuestionario, quisiéramos mandarle un pequeño regalo. Por favor, ¿podría decirme a qué dirección se lo deberíamos de enviar?

**Gracias por responder este cuestionario.
Sus respuestas nos ayudarán a cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.**

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX)