

Primero quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su salud y experiencias desde el nacimiento de su bebé más reciente.

Form Approved
OMB Number: 0920-XXXX
Expiration Date: XX/XX/XXXX

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

No Leer	(1) No	→ IR A LA PREGUNTA 3
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 4
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 4

2. **Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres puede que no se hagan un chequeo posparto. Para cada una, por favor indique si fue una razón para usted. ¿usted diría que no se hizo un chequeo posparto porque _____?**

Razones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. No tenías seguro médico para cubrir el costo de la visita				
b. Te sentías bien y no pensabas que necesitabas un chequeo				
c. No pudiste conseguir una cita cuando querías				
d. No tenías transportación para llegar a la clínica o la oficina del doctor				
e. Tenías demasiadas cosas pasando				
f. No pudiste tomarte el tiempo libre del trabajo				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
g. ¿Tuviste otra razón?				
Si contesta Sí, pregunte: ¿qué evitó que te hicieras un cheque posparto?				

→ ENTREVISTADORA: Si la mamá no tuvo un chequeo posparto, ir a la pregunta 4.

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)

3. **Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Voy a leer una lista de cosas. ¿Alguno de ellos _____?

Pregunta Guía: ¿Algún un doctor, enfermera u otro profesional de la salud _____?				
Acciones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. <i>Habló con usted sobre el tipo de ropa que debes utilizar para evitar las picaduras de mosquitos</i>				
b. <i>Habló con usted sobre utilizar repelente de mosquito sobre tu piel expuesta o ropa</i>				
c. <i>Habló con usted sobre utilizar condones para evitar la transmisión sexual del virus del Zika</i>				
d. <i>Habló con usted sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar después de dar a luz.</i>				
e. <i>Le proveyó o recetó un método anticonceptivo como la pastilla, el parcho, inyección (Depo-Provera®), NuvaRing®, o condones</i>				
f. <i>Le colocó un dispositivo intrauterino (Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® or Implanon®)</i>				

4. **Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una por favor dígame si un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía esa condición desde que nació su nuevo bebé.** ¿Le han dicho que usted tiene _____?

Pregunta Guía: Desde que nació su bebe más reciente, ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tuvo <condición de salud>?				
Condiciones de Salud	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. <i>Diabetes</i>				
b. <i>Presión alta o hipertensión</i>				
c. <i>Depresión</i>				
d. <i>Ansiedad</i>				
e. <i>Infección por el virus del Zika</i>				

5. Voy a leer una lista de tipos de consultas médicas que reciben algunas mujeres después de tener un bebé. Al decir cada una, por favor dígame si usted tuvo recibido este servicio desde que nació su bebé más reciente.

Pregunta Guía:	¿Desde que nació su bebé más reciente ha recibido servicios _____?			
	No Leer			
Servicios	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Consejería para depresión o ansiedad				
b. De WIC, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas, Lactantes, Posparto, Infantes y Niños				
c. Del Programa de Visitas al Hogar				
d. De Familias Saludables Puerto Rico				
e. De Unidos por la Niñez Temprana				
f. De Intervención Temprana (Avanzando Juntos)				
g. Del Programa de Servicios Integrales de Salud al Adolescente (Programa SISA)				
h. Del Programa Educativo de Responsabilidad Personal para Adolescentes en Puerto Rico (PR-PREP)				

→ENTREVISTADORA, diga: Estas próximas preguntas son acerca de su bebé.

6. ¿Su bebé está vivo?

No Leer	(1) No	ENTREVISTADORA, diga: “Lamentamos mucho su pérdida.” → IR A LA PREGUNTA 24	
	(2) Sí		
	(8) Rechazó		→ IR A LA PREGUNTA 24
	(9) No sé / No Recuerdo		→ IR A LA PREGUNTA 24

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

No Leer	(1) No	→ IR A LA PREGUNTA 24	
	(2) Sí		
	(8) Rechazó		→ IR A LA PREGUNTA 24
	(9) No sé / No Recuerdo		→ IR A LA PREGUNTA 24

8. ¿Alguna vez usted lactó a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

No Leer	(1) No	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 11

9. ¿Todavía está lactando a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

No Leer	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 11

10. ¿Por cuántas semanas o meses lactó a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Pregunta Guía: ¿Aproximadamente cuantas semanas o meses?		
No Leer	(1) Lactó por menos de una semana	
	(2) Cantidad de semanas	----- (Rango: 1-40)
	o	
	(3) Cantidad de meses	----- (Rango: 1-9)
	(8) Rechazó	
(9) No sé / No Recuerdo		

11. * ¿Su nuevo bebé ha tenido 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? Una visita preventiva de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

No Leer	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 13
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 15
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 15

12. * Voy a leer un listado de cosas que pueden impedir que su bebé reciba la visita preventiva de rutina. Para cada una, por favor indique si le aplica a usted o su bebé más reciente.

Pregunta Guía: Su bebé no obtuvo una visita preventiva de rutina porque <razones>?				
Razones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. No tiene seguro médico para su bebé				
b. No tiene suficiente dinero para pagar la visita				
c. No tiene manera de llevar a su bebé a la clínica o al consultorio del doctor				
d. No tiene a nadie que le cuide sus otros hijos				
e. No pudo conseguir una cita				
f. No pensaste que tu bebé necesitaba una visita preventiva de rutina				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
g. ¿Ocurrió otra cosa que impidió que su bebé obtuviera una cita preventiva de rutina?				
Si contestó SÍ, pregunte: ¿Qué ocurrió que evito que su bebé no pudiera tener una visita preventiva de rutina?				

→ENTREVISTADORA: Si el bebé nunca ha tenido una visita preventiva después de ser dado de alta del hospital, pase a la pregunta 15.

13. * ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé al doctor, enfermera u otro profesional de la salud para una visita preventiva de rutina? Podría serle útil usar un calendario.

Pregunta Guía: ¿Cuántas veces ha ido su bebé a una visita preventiva de rutina? Puedes usar un calendario.	
No Leer	_____ Veces
(8)	Rechazó
(9)	No sé / No Recuerdo

14. * Por favor indique cuál de las siguientes mejor describe el lugar donde usualmente lleva a su bebé a la visita preventiva de rutina. ¿Lo lleva a _____?

Pregunta Guía:	¿A dónde lleva a su bebé usualmente para las visitas preventivas de rutina?			
	No Leer			
Lugares	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. A la oficina de un médico privado				
b. A una Clínica del Departamento de Salud, por ejemplo las Clínicas IPA				
c. A un Centro de Salud de la Comunidad, conocidas como las Clínicas 330				
d. Al Centro Pediátrico Regional				
e. A la Sala de Emergencia del Hospital				
f. A la Clínicas externas de los hospitales				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
g. ¿Lleva a su bebé a otro lugar?				
Si contesta SÍ, pregunte: ¿A dónde?				

15. * ¿Hay alguien que usted considera como el 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.

Pregunta Guía:	¿Su bebé tiene una o más personas que usted considera ser su doctor o enfermera personal de su bebé?			
	(1) No (2) Sí, una persona (3) Sí, más de una persona			
No Leer	(8) Rechazó (9) No sé / No Recuerdo			

16. * **Desde que nació su bebé, ¿un médico, enfermera o proveedor de salud le ha hablado sobre los siguientes temas? Voy a leerle una lista corta de temas. Para cada tema déjeme saber si le hablaron sobre el o no.**

Pregunta Guía: ¿Un médico, enfermera o proveedor de salud le ha hablado sobre <temas>?				
Temas	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Vestir a su bebé con mangas largas y pantalón largo para evitar picaduras de mosquitos.				
b. Utilizar repelente de mosquito en la piel expuesta o ropa de su bebé				
c. Colocar un mosquitero en la cuna o cama de su bebé				
d. Cuáles son los síntomas del virus del Zika en un bebé				

17. * **Desde que nació su nuevo bebé, ¿algún médico, enfermera o proveedor de salud le ha dicho que su bebé fue infectado con el virus del Zika durante su embarazo?**

No Leer	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 19
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 18
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 18

18. * **¿Cuán preocupada está sobre la posibilidad de que su bebé se infecte con el virus del Zika ahora? ¿Usted diría que está muy preocupada, algo preocupada, o no está preocupada?**

No Leer	(1) Muy preocupada
	(2) Algo preocupada
	(3) Nada preocupada
	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

19. * Voy a leer un listado de condiciones de salud. Para cada una, indique si su bebé tiene la condición. ¿Su bebé tiene _____?

Condiciones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Problemas auditivos				
b. Problemas visuales				
c. Aumento de peso insuficiente				
d. Dificultades en alimentarse				
e. Tamaño de cabeza más que pequeño de lo normal				
f. Debilidad muscular				
g. Deformidades de los pies				
h. Convulsiones				

→ ENTREVISTADORA: Si el bebé no tiene ninguna de las condiciones establecidas anteriormente, pase a la pregunta 22.

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

No Leer	(1) No
	(2) Sí
	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

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

No Leer	(1) No
	(2) Sí
	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

22. * Voy a leer un listado de servicios que reciben algunos bebés. Para cada uno de los servicios, indique si su bebé los recibió. ¿Su bebé ha recibido _____?

Servicios de Salud	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Una tomografía de la cabeza del bebé ("CT Scan", "MRI")				
b. Un Examen auditivo				
c. Un Examen ocular/visual				
d. Una Evaluación del desarrollo del bebé				
e. Una evaluación por un especialista de terapia física				
f. Asistencia de un nutricionista				

23. * ¿Usted diría que tiene a alguien con quien usted puede contar, día a día, para que le provea apoyo emocional con el cuidado de su bebé más reciente?

No Leer	(1) No	
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	
	(9) No sé / No Recuerdo	

Las próximas preguntas son sobre el uso de anticonceptivos.

24. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo actualmente para evitar un embarazo? Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son operarse, tomar pastillas anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No Leer	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 26
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 27
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 27

25. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres o sus esposos o parejas tienen para no hacer algo a fin de evitar un embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted o su esposo o pareja actualmente. ¿Es porque _____?

Pregunta Guía:	¿No está haciendo nada para evitar un embarazo ahora mismo porque <razones>?			
	No Leer			
Razones	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. <i>Quieres quedar embarazada</i>				
b. <i>Estás embarazada ahora</i>				
c. <i>Se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio</i>				
d. <i>Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo</i>				
e. <i>Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos</i>				
f. <i>No está teniendo relaciones sexuales</i>				
g. <i>Su esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo</i>				
h. <i>Tiene problemas para pagar por los anticonceptivos</i>				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
i. <i>¿Tiene cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?</i>				
Si contesta SÍ, pregunte: <i>¿Cuál es esa razón?</i>				

→ENTREVISTADORA: Si la madre contesta que no están haciendo nada ahora para evitar el embarazo, ir a la pregunta 27.

26. **Voy a leer una lista de métodos anticonceptivos.** Al decir cada uno, por favor dígame si usted o su esposo o pareja está usándolo actualmente.

Pregunta Guía: ¿Qué está usando usted o su esposo o pareja actualmente para evitar un embarazo ahora mismo?				
Métodos Anticonceptivos	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)				
b. Vasectomía (esterilización masculina)				
c. Pastillas anticonceptivas				
d. Condones				
e. Inyecciones (Depo-Provera®)				
f. Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)				
g. IUD o dispositivo intrauterino, (incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®)				
h. Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)				
i. Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo				
j. El hombre se retira				
k. No tener relaciones sexuales o abstinencia				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
l. ¿Está usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método anticonceptivo para evitar el embarazo ahora?				
Si contesta SÍ, pregunte: ¿Qué está usando?				

27. ¿Cómo se siente ante la posibilidad de quedar embarazada en algún momento en el futuro?

Pregunta Guía: ¿Usted diría que _____?	
	(1) No quiere tener más hijos
	(2) Le gustaría tener otro hijo dentro de 1 a 2 años
	(3) Le gustaría tener otro hijo dentro de 3 a 5 años
	(4) Le gustaría tener otro hijo dentro de 5 años o más
	(5) Le gustaría tener otro hijo, pero no sabe cuando
No Leer	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

Estas últimas preguntas son sobre evitando las picaduras de mosquitos.

28. Voy a leer una lista de cosas que las personas hacen alrededor de su hogar para evitar las picadas de mosquitos o controlar los mosquitos. Para cada una por favor indique si usted hace esto alrededor de su casa desde que nació su bebé más reciente. ¿Usted _____?

Método	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Siempre usa tela metálica ("screens") en las puertas abiertas				
b. Siempre usa tela metálica ("screens") en las ventanas abiertas				
c. Mantiene las puertas o ventanas sin tela metálica ("screens") cerradas				
d. Siempre usa abanicos o aire acondicionado				
e. Vacía envases con agua estancada en tu casa y patio al menos una vez por semana				
f. Duerme debajo de un mosquitero para la cama				
g. Fumiga el interior de tu casa para combatir los mosquitos				
h. Fumiga afuera y alrededor de su casa y patio para combatir los mosquitos				
i. Aplica larvicidas en el exterior de tu casa				

29. Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia usted usa repelente de mosquitos sobre su piel expuesta o ropa, cuando está afuera, aunque sea por poco tiempo? ¿Dirías que utilizas repelente de mosquitos todos los días, casi todos los días, algunos días o nunca?

	(1) Todos los días	
	(2) Casi todos los días	
	(3) Algunos días	
	(4) Nunca	→ IR A LA PREGUNTA 31
No Leer	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 31
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 31

30. Desde que nació su bebé, cuando usted usa repelente de mosquito sobre su piel expuesta o ropa ¿Cuántas veces al día se lo aplica? ¿Dirías que utilizas el repelente más de una vez al día o una vez al día?

	(1) Más de una vez al día
	(2) Una vez al día
No Leer	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

→ ENTREVISTADORA: Si la mamá utiliza repelente de mosquito sobre su piel o ropa todos los días cuando está afuera, IR A LA PREGUNTA 32.

31. Voy a leer una lista de razones por la cual algunas personas no usa repelente de mosquitos. Para cada una, por favor diga si fue una razón para usted. ¿usted diría que no usa repelente de mosquito porque _____?

Pregunta Guía: ¿Cuáles son tus razones para no usar repelente de mosquitos?				
Razones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. No te gusta el olor o te da náuseas				
b. No te gusta cómo se siente en tu piel				
c. Te da alergia				
d. Te preocupa que los químicos del repelente te hagan daño				
e. El repelente de mosquitos es demasiado caro				
f. Se te olvida ponértelo				
g. No te preocupa que te dé el virus del Zika				
h. No quieres usarlo				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
i. ¿Hay otra razón por la que no usas repelente?				
Si contesta SÍ, pregunte: ¿Cuál?				

32. Ahora mismo ¿cuán preocupada estás sobre infectarte con el virus del Zika? ¿Dirías que estás muy preocupada, algo preocupada, o nada preocupada?

	(1) Muy preocupada
	(2) Algo preocupada
	(3) Nada preocupada
No Leer	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

Estas últimas preguntas son sobre el la prueba del virus del Zika.

33. * Voy a leer un listado de periodos diferentes. Para cada uno, por favor indique si usted se hizo la prueba del Zika en algún momento durante ese periodo.

Pregunta Guía: ¿Se hizo la prueba de Zika <i><periodo de tiempo></i> ?				
Periodo de Tiempo	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Antes de mi embarazo más reciente				
b. Durante los primeros tres meses de su embarazo o 1er trimestre				
c. Durante los segundos tres meses de su embarazo o 2do trimestre				
d. Durante los últimos tres meses de su embarazo o 3er trimestre				
e. Después de su embarazo más reciente				

→ ENTREVISTADORA: Si la mamá no se ha hecho la prueba del Zika durante cualquier periodo, IR A LA PREGUNTA 36.

34. * Después de que se hizo la prueba del Zika durante su embarazo, ¿cuánto fue lo más que tuvo que esperar en recibir su resultado?

Pregunta Guía:	¿Usted recibió los resultados dentro del primer mes, más de un mes o no los ha recibido?				
Periodo de Tiempo	No Leer				
	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
	Dentro del primer mes después de hacerse la prueba	Después de 1 mes de hacerse la prueba	No ha recibido sus resultados	Rechazó	No sé
a. Antes de mi embarazo más reciente					
b. Durante los primeros 3 meses de mi embarazo o 1er trimestre					
c. Durante los segundos 3 meses de mi embarazo o 2do trimestre					
d. Durante los últimos 3 meses de mi embarazo o 3er trimestre					
e. Después de su embarazo más reciente					

35. * ¿Dónde se hizo la prueba del Zika? Le voy a leer un listado de opciones, para cada una indique si ese fue el lugar donde se hizo la prueba. ¿Se hizo la prueba del Zika en _____?

Pregunta Guía: ¿Dónde se hizo la prueba del Zika?				
Lugares	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. La oficina del doctor				
b. El hospital				
c. Una clínica del departamento de salud o Centro de Salud (Clínica 330 o IPA)				
d. Un laboratorio, ya sea comercial o privado				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
e. ¿Se hizo la prueba en otro lugar?				
Si contesta SÍ , pregunte: ¿Dónde?				

→ ENTREVISTADORA: Si la mamá **SI** se hizo la prueba, ir a la pregunta 37.

36. * Le voy a leer un listado de razones por las cuales algunas personas no se hacen la prueba del Zika. Para cada una, por favor indique si esta fue una razón por la cual no se hizo la prueba del Zika antes, durante o después de su embarazo más reciente. ¿Fue porque _____?

Pregunta Guía: ¿Por qué no se hizo la prueba del Zika?				
Razones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (3)	No sé (4)
a. No te dijeron que te hicieras la prueba o no te dieron un referido para la prueba				
b. No era fácil de llegar a los lugares donde hacen la prueba				
c. La prueba era demasiado cara				
d. Tenías miedo que tu seguro médico no cubriera la prueba				
e. Tenías miedo del resultado de la prueba				
f. No pensabas que el Zika era un problema				
g. No pensabas que estabas en riesgo de contraer el Zika				
ENTREVISTADORA, pregunte:				
h. ¿Hay otra razón por la cual no te hiciste la prueba?				
Si contesta SÍ , pregunte: ¿Por qué?				

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 persona que mencione, por favor dígame si le dijeron que tenían Zika.

Pregunta Guía:	¿Un doctor, enfermera u otro proveedor de salud le han dicho <persona> que tiene el virus del Zika durante su embarazo?			
	No Leer			
<i>Personas</i>	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. A usted				
b. A su esposo o cualquier pareja masculina				
d. A otra persona que vive con usted				
ENTREVISTADORA, pregunte: ¿A quién?				

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?

Con esto termina la entrevista. ¿Hay algo que quisiera decir acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo, o acerca de la salud de las madres y los bebés de Puerto Rico?

→ ENTREVISTADORA: Escriba los comentarios de la participante al pie de la letra.
