**Cuestionario de inscripción para la GESTANTE**

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primero, te voy a hacer unas preguntas acerca de ti.**

**1.** ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

D D M M M A A A A

**2.** ¿Cuál es el nivel más alto de educación que has completado?

🞎1 Menos que primaria 🞎2 Primaria 🞎3 Secundaria 🞎4 Técnico 🞎5 Universidad o más 🞎6 Ninguna

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**3.** ¿Cuál es el estrato socioeconómico de tu casa?

🞎1 1 🞎2 2 🞎3 3 🞎4 4 🞎5 5 🞎6 6 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**4.** ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

🞎1 Contributivo 🞎2 Subsidiado 🞎3 No Asegurado 🞎4 Especial 🞎5 Excepción

🞎6 Indeterminado/pendiente 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

5. ¿Cuál es el nombre de tu seguro médico?

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

6. Incluyéndote, ¿cuántos adultos y niños viven en tu casa?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adultos (18+ años) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niños (<18 años) 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**7.** ¿Cuál es tu estado civil?

🞎1 Casada 🞎2 Unión libre 🞎3 Soltera, divorciada, o viuda 🞎4 Otro, indica cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**8.** ¿Vives en la misma casa con tu esposo o pareja?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No tengo esposo ni pareja 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**Las próximas preguntas son acerca de las picaduras de zancudos/mosquitos.**

**9.** Durante los últimos 7 días, ¿cuántas picaduras de zancudos/mosquitos has recibido?

🞎0 Ninguna 🞎1 Menos de 20 🞎2 20 o más, o demasiadas para contar 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**10.** Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces has hecho las siguientes cosas? Las respuestas incluyen nunca, algunas veces, o siempre.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca0 | Algunas veces1 | Siempre2 | *No sé77* | *No contestó88* |
| ¿Has usado pantalones largos que cubrían las piernas? |  |  |  |  |  |
| ¿Has usado blusas o chaquetas de manga larga que cubrían los brazos? |  |  |  |  |  |
| ¿Has cubierto completamente tus pies y tobillos? |  |  |  |  |  |
| ¿Usaste repelente contra los zancudos/mosquitos? |  |  |  |  |  |

**11.** Durante los últimos 7 días, cuando estabas dentro de tu casa, ¿con qué frecuencia usabas el aire acondicionado?

🞎0 Nunca 🞎1 Algunas veces 🞎2 Siempre 🞎66 No tengo aire acondicionado

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**12.** En tu casa, ¿tienes anjeos intactos en tus ventanas y puertas que previenen la entrada de zancudos/mosquitos?

🞎1 Sí, en todas las ventanas y puertas 🞎2 En algunas 🞎0 Ninguna

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Las próximas preguntas son acerca de lo que quizas has escuchado sobre el virus del Zika.**

**13.** ¿Crees que es posible que alguien en tu comunidad pueda contraer el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**14.** ¿Crees que todas las personas infectadas por el virus del Zika presentan síntomas?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**15.** ¿Conoces a alguien que haya sido infectado por el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

13a. ¿Has sido infectada por el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**16.** Indica tu nivel de preocupación de ser infectada por el virus del Zika durante tu embarazo.

🞎3 Muy preocupada 🞎2 Un poco preocupada 🞎1 No estoy preocupada 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**17.** A continuación te haremos una serie de enunciados sobre la transmisión del ZIKV, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que se pueda transmitir la enfermedad por cada uno de ellos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy probable2 | Poco probable1 | Imposible0 | *No sé77* | *No contestó88* |
| Picaduras de zancudos/mosquitos |  |  |  |  |  |
| Tener sexo vaginal sin condón con un hombre que está infectado con Zika |  |  |  |  |  |
| Besar a alguien en los labios que está infectado con Zika |  |  |  |  |  |
| Darle la mano a una persona que está infectada por el Zika |  |  |  |  |  |
| Cuando alguien que tiene Zika tose o estornuda cerca de ti |  |  |  |  |  |
| Al recibir una transfusión de sangre contaminada con el virus del Zika |  |  |  |  |  |
| Al estar en el útero si una madre tiene Zika durante el embarazo |  |  |  |  |  |

**18.** A continuación te haremos una serie de enunciados sobre los efectos posibles al bebé si la mamá está infectada con Zika durante su embarazo, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que el bebé nacido tenga las siguientes condiciones:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy probable2 | Poco probable1 | Imposible0 | *No sé77* | *No contestó88* |
| Microcefalia (una cabeza pequeña) |  |  |  |  |  |
| Otras anomalías congénitas |  |  |  |  |  |
| Restricción del crecimiento intrauterino (bebé pequeño) |  |  |  |  |  |
| Pérdidas del embarazo/mortinatos |  |  |  |  |  |

**Las próximas preguntas son acerca de síntomas del virus del Zika que tu o tu familia pudieron haber tenido.**

**19.** Durante los últimos 3 meses, ¿has tenido síntomas del virus del Zika? Tener síntomas del virus del Zika significa estar enferma con 2 o más de los siguientes síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos y dolor en las articulaciones.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* DD MMM AAAA

**20.** En algún momento, ¿te ha dicho un médico o profesional de salud que podrías tener el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

DD MMM AAAA

* **Si en la pregunta #6, la gestante vive sola, pase a la pregunta #23.**

**21.** Durante los últimos 3 meses, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha tenido síntomas del virus del Zika? Síntomas del virus del Zika significa tener 2 o más síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, y dolor en las articulaciones.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

Fue tu…

|  |  |
| --- | --- |
| Esposo o pareja | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Tu hijo/hija | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Otra persona en la casa | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*  *Si la respuesta es sí, quien fue?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**22.** En algún momento, ¿un médico o profesional de salud le ha dicho a alguien en tu casa aparte de ti que ha contraído el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

Fue tu….

|  |  |
| --- | --- |
| Esposo o pareja | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Tu hijo/hija | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Otra persona en la casa | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*  *Si la respuesta es sí, quien fue?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Ahora te haré unas preguntas sobre tu casa, tu comunidad y tu medio ambiente.**

**23.** ¿Dónde sueles obtener agua potable? (Escoge todos que apliquen.)

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa de agua pública o privada | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Pozo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Tanque o alberca | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Agua en botella | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Lago, rio u otra fuente natural | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Si usa otra fuente de agua, indique cual: |  |

**24.** Durante los últimos 3 meses, ¿has trabajado? Incluye todos los trabajos que has tenido, incluyendo trabajos por cuenta propia.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿En los últimos 3 meses, tu trabajo involucró alguno de lo siguiente?

|  |  |
| --- | --- |
| Radiografías (rayos X) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva o sangre | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Uso de pesticidas, insecticidas o raticidas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fábrica de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

* **Si en la pregunta #6, la gestante vive sola, pase a la pregunta #26.**

**25.** Durante los últimos 3 meses, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha trabajado en…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fabricación de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**26.** Durante los últimos 3 meses, ¿tú o alguien en tu casa ha utilizado pesticidas, insecticidas o raticidas adentro o alrededor de tu casa?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Ahora te haré unas preguntas sobre las enfermedades que hayas tenido.**

**27.** En algún momento, ¿has tenido…?

**27a.** Fiebre amarilla

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo?

|  |  |
| --- | --- |
| Menos de 3 meses atrás | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Entre 3 – 6 meses atrás | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| 7 – 12 meses | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| 13 meses – 5 años atrás | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Hace más de 5 años | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**27b.** Dengue

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Menos de 3 meses atrás | 🞎1 Sí  🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* | ¿Fue dengue grave?  🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Entre 3 – 6 meses atrás | 🞎1 Sí  🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* | ¿Fue dengue grave?  🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| 7 – 12 meses | 🞎1 Sí  🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* | ¿Fue dengue grave?  🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| 13 meses – 5 años atrás | 🞎1 Sí  🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* | ¿Fue dengue grave?  🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Hace más de 5 años | 🞎1 Sí  🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* | ¿Fue dengue grave?  🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**27c.** Chikunguña

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo?

|  |  |
| --- | --- |
| Menos de 3 meses atrás | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Entre 3 – 6 meses atrás | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| 7 – 12 meses | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| 13 meses – 5 años atrás | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Hace más de 5 años | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**28.** En algún momento, ¿te has vacunado contra la fiebre amarilla?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Las siguientes preguntas son sobre el uso de cigarrillos, drogas, alcohol y vitaminas.**

**29.** En los últimos 3 meses, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fumado cigarrillos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Fumado marihuana | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**30.** En los últimos 3 meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas (como cerveza, vino u otra) has tomado en promedio en una semana?

🞎6 Tomé alcohol, pero no sé cuántas bebidas

🞎5 14 bebidas o más a la semana 🞎4 7–13 bebidas a la semana 🞎3 4-6 bebidas a la semana

🞎2 1–3 bebidas a la semana 🞎1 Menos de 1 bebida a la semana 🞎0 Ninguna

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**31.** En los últimos 3 meses, ¿has tomado ácido fólico?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

31a. ¿Cuándo empezaste a tomarlo?

🞎1 Antes de descubrir que estabas embarazada

🞎0 Después de descubrir que estabas embarazada

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

31b. ¿Estas tomando ácido fólico actualmente?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Las siguientes preguntas son acerca de tus embarazos.**

**32.** ¿Cuánto pesabas cuando quedaste embarazada?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**33.** ¿Cuánto mides?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**34.** ¿Cuántos embarazos has tenido en total sin incluir el embarazo actual? (todos los embarazos previos incluyendo pérdidas del embarazo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

* **Si respondió “0”, siga a la pregunta 39.**

**35.** ¿Has tenido un embarazo con más de un feto (como gemelos o trillizos)?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuantos embarazos tenían más de un feto?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**36.** ¿Cuántos embarazos anteriores (sin incluir este embarazo) resultaron en alguno de lo siguiente?

|  |  |
| --- | --- |
| Nacido vivo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de nacimientos vivos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Aborto espontáneo (pérdida antes de 20 semanas) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de abortos espontáneos (perdidas antes de 20 semanas)  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Mortinato/óbito (pérdidas a las 20 semanas o después) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de mortinatos (perdidas a las 20 semanas o después)  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de interrupciones voluntarias del embarazo  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Embarazo ectópico o molar | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos ectópicos o molares  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**37.** Durante tu(s) embarazo(s) anterior(es), ¿en cuántos embarazos (sin incluir este embarazo)…?

|  |  |
| --- | --- |
| Tu médico te dijo que tuviste pre-eclampsia (presión alta durante el embarazo) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos con pre-eclampsia  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tu médico te dijo que tuviste diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos con diabetes gestacional  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tuviste parto(s) prematuro(s) (parto antes de las 37 semanas) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de partos prematuros (partos antes de las 37 semanas)  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tu bebé nació con un peso menos de 2500g o 2.5kg | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de bebés nacidos con peso bajo  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Te han hecho cesárea | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de cesáreas  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Amamantaste a tu bebé | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de bebés que han sido amamantadas  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**38.** ¿Cuándo terminó tu último embarazo?

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

DD MMM AAAA

**39.** Para tu embarazo actual, ¿cuál fue la fecha de tu última menstruación?

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

DD MMM AAAA

Indica si estás segura de la fecha de tu última menstruación:

🞎0 No estoy segura 🞎1 Estoy segura 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**40.** ¿Utilizaste tratamientos de fertilidad para quedar embarazada?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Usaste alguno de los siguientes?

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamentos para estimulación ovárica, como citrato de clomífero o Femara | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Inseminación intrauterina | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fertilización in vitro (IVF por sus siglas en inglés) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Inyección intracitoplasmática de espermatozoides | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**41.** Pensando en el momento inmediatamente antes de embarazarte, ¿cuál de estas frases mejor describe cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?

🞎4 Esperaba quedar embarazada antes

🞎3 Quería esperar más tiempo para quedar embarazada

🞎2 Quería estar embarazada en este momento

🞎1 No quería estar embarazada en este momento ni en otro momento en el futuro

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**Estas preguntas son acerca de tus experiencias sexuales recientes. Si te sientes más cómoda, puedes decidir no contestar estas preguntas.**

**42**. En los últimos 3 meses, ¿con cuántos hombres has tenido relaciones sexuales?

🞎0 Ninguno **🡪 Si contesto “ninguno”, acá termina el cuestionario.**

🞎1 1

🞎2 2

🞎3 3 o más

🞎77 *No sé* **🡪 Si contesto “No sé”, acá termina el cuestionario.**

🞎88 *No contestó* **🡪 Si no contesto, acá termina el cuestionario.**

**43.** En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales con un hombre? Escoge la mejor respuesta.

🞎1 Una vez al día o más (7 veces o más por semana)

🞎2 2-6 veces a la semana

🞎3 Una vez a la semana (4 veces por mes)

🞎4 2-3 veces al mes

🞎5 Una vez al mes

🞎6 Menos de una vez al mes

🞎0 Nunca **🡪 pase a la pregunta #46**

🞎77 *No sé* **🡪 pase a la pregunta #46**

🞎88 *No contestó* **🡪 pase a la pregunta #46**

**44.** Cuando tuviste relaciones sexuales vaginales en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tu pareja usó condón?

🞎2 Siempre 🞎1 A veces 🞎0 Nunca 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**45.** En los últimos 3 meses, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Recibido sexo oral de alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dado sexo oral a alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tenido sexo anal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**46.** Desde que te enteraste que estás embarazada, ¿han cambiado tú y tu pareja la frecuencia de uso de condones durante el sexo?

🞎1 Sí, los usamos con más frecuencia

🞎2 Sí, los usamos menos frecuente

🞎3 No, no hemos cambiado la frecuencia del uso del condón

🞎4 No usamos condones

🞎0 No he tenido sexo regularmente con una pareja

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**