

Código de participante: _____ - ____ - _____

Fecha: ____ / ____ / ____
D D M M M A A A A

Form Approved
OMB No. 0920-1190
Exp. Date 07/31/2019

Entrevistador: _____

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

Página 1 de 11

Anexo F1 – versión 14AGO17
Aprobado CDC IRB 14AGO2017

CDC estimates the average public reporting burden for this collection of information as 35 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data/information sources, gathering and maintaining the data/information 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 Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1190).

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.

	Nunca ₀	Algunas veces ₁	Siempre ₂	No sé ₇₇	No contestó ₈₈
¿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 quizás has escuchado sobre el virus del Zika.

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

Código de participante: _____ - ____ - _____

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 probable ₂	Poco probable ₁	Imposible ₀	No sé ₇₇	No contestó ₈₈
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 probable ₂	Poco probable ₁	Imposible ₀	No sé ₇₇	No contestó ₈₈
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?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tu hijo/hija?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otra persona en la casa?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
<i>Si la respuesta es Sí, quién fue? _____</i>					

Código de participante: _____ - ____ - _____

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?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tu hijo/hija?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otra persona en la casa?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
<i>Si la respuesta es Sí, quién fue? _____</i>					

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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Pozo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tanque o alberca	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Agua en botella	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Lago, río u otra fuente natural	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva o sangre	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Uso de pesticidas, insecticidas o raticidas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fábrica de baterías o reciclaje de baterías	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Código de participante: _____ - ____ - _____

Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Entre 3 - 6 meses atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
7 - 12 meses	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
13 meses - 5 años atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Hace más de 5 años	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

27b. Dengue

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ ¿Cuándo?

Menos de 3 meses atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	¿Fue dengue grave? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
------------------------	--	---

Código de participante: _____ - ____ - _____

	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Entre 3 – 6 meses atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí \longrightarrow <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	¿Fue dengue grave? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
7 – 12 meses	<input type="checkbox"/> ₁ Sí \longrightarrow <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	¿Fue dengue grave? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
13 meses – 5 años atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí \longrightarrow <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	¿Fue dengue grave? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Hace más de 5 años	<input type="checkbox"/> ₁ Sí \longrightarrow <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	¿Fue dengue grave? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

27c. Chikunguña

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

\longrightarrow ¿Cuándo?

Menos de 3 meses atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Entre 3 – 6 meses atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
7 – 12 meses	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
13 meses – 5 años atrás	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Hace más de 5 años	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fumado marihuana	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> 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

Código de participante: _____ - ____ - _____

- 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

└─┬─▶ ¿Cuántos 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 <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Aborto espontáneo (pérdida)	

Código de participante: _____ - ____ - _____

antes de 20 semanas)	_____ número de abortos espontáneos (perdidas antes de 20 semanas) <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Mortinato/óbito (pérdidas a las 20 semanas o después)	_____ número de mortinatos (perdidas a las 20 semanas o después) <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	_____ número de interrupciones voluntarias del embarazo <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Embarazo ectópico o molar	_____ número de embarazos ectópicos o molares <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tu médico te dijo que tuviste diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo)	_____ número de embarazos con diabetes gestacional <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tuviste parto(s) prematuro(s) (parto antes de las 37 semanas)	_____ número de partos prematuros (partos antes de las 37 semanas) <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tu bebé nació con un peso menos de 2500g o 2.5kg	_____ número de bebés nacidos con peso bajo <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Te han hecho cesárea	_____ número de cesáreas <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Amamantaste a tu bebé	_____ número de bebés que han sido amamantadas <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

38. ¿Cuándo terminó tu último embarazo?

____ / ____ / ____
DD MMM AAAA

₇₇ No sé ₈₈ No contestó

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

____ / ____ / ____
DD MMM AAAA

₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> 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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Inseminación intrauterina	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fertilización in vitro (IVF por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Inyección intracitoplasmática de espermatozoides	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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.

Código de participante: _____ - ____ - _____

- 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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dado sexo oral a alguien	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tenido sexo anal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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?