**PRAMS ZPER 2.0 – IN-HOSPITAL MATERNAL SURVEY: Spanish version**

**Form Approved**

**OMB No.0920-XXXX**

**Exp. Date xx/xx/20xx**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 25 minutes, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.  Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74,  Atlanta, Georgia 30333; ATTN:  PRA (0920-XXXX).

|  |
| --- |
| **Spanish** |
| **PRAMS-ZPER 2.0 In-Hospital Maternal Survey (Spanish)** |
| *Las primeras preguntas son acerca de usted.* |
| 1. ¿Cuál es **su** fecha de nacimiento?

MES/DÍA/AÑO |
| 1. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

No terminé la escuela superiorMe gradué de escuela superior o su equivalenteTomé algunos cursos de educación universitaria o cursos técnicosMe gradué de educación universitariaTomé algunos cursos posgraduadosCompleté estudios posgraduados (maestría, doctorado) |
| 1. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía al momento del parto?

\_\_\_\_semanas \_\_\_\_ No sé |
| 1. ¿En qué municipio reside **actualmente**? (*Si usted vive en más de un lugar, por favor escriba el municipio donde vive la* ***mayoría*** *del tiempo.*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del municipio |
| 1. ¿Está casada actualmente?

SíNo |
| 1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene para pagar los gastos de su parto? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.)*

No tengo ningún seguro o plan médicoSeguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja Seguro médico privado de mis padres Seguro médico privado pagado por mí o que otra persona pagó por míPlan de salud del gobierno/ Medicaid (también conocido como Mi Salud o Reforma) Otro seguro médico 🡺 Por favor, escríbalo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Las siguientes preguntas son sobre el virus del Zika.*  |
| 1. **Durante su embarazo más reciente**, ¿cuán preocupada se sintió acerca de infectarse con el virus del Zika? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Muy preocupada Algo preocupada Nada preocupada |
| 1. **Durante su embarazo más reciente**, ¿cuán preocupada se sintió ante la posibilidad de tener un niño con microcefalia u otro defecto de nacimiento relacionado con el virus del Zika? *(La microcefalia es una malformación congénita en la cual la cabeza del bebé es más pequeña de lo esperado al compararla con la de los bebés de la misma edad y sexo.)* (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Muy preocupada Algo preocupada Nada preocupada |
| 1. **Cuando estaba embarazada,** ¿en **CUÁL** de estas fuentes confiaba **más** para recibir información sobre el virus del Zika? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar, obstetra/ginecólogo, partera u otros profesionales médicos)Otras mujeres embarazadasFamilia o amigosLos Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)El Departamento de Salud de Puerto Rico Las noticias en radio o televisiónSitios de redes sociales como FacebookWIC, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas, Lactantes, Posparto, Infantes y NiñosSitios de la web sobre embarazo u otros temas 🡺 Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras fuentes 🡺 Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. En algún momento **durante su embarazo más reciente**, ¿habló con algún médico, enfermero u otro profesional de la salud acerca del virus del Zika? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Sí, un profesional de la salud me habló del tema sin que yo se lo pidieraSí, un profesional de la salud me habló del tema pero sólo cuando le pregunté al respecto No🡺 **Pase a la Pregunta 16** |
| 1. ¿Algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le **ofreció** hacerse la prueba de detección del virus del Zika durante algunos de los siguientes periodos de tiempo? *(Para cada periodo marque* ***Sí****, si le ofrecieron hacerse la prueba en ese momento o* ***No****, si no se la ofrecieron.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí** | **No** |
| a. | Antes de mi embarazo más reciente | 🗆 | 🗆 |
| b. | Durante el 1er trimestre | 🗆 | 🗆 |
| c. | Durante el 2do trimestre | 🗆 | 🗆 |
| d. | Durante el 3er trimestre | 🗆 | 🗆 |

 |
| 1. ¿Usted se **hizo** la prueba de detección del virus del Zika durante algunos de los siguientes periodos de tiempo? *(Para cada periodo marque* ***Sí****, si se hizo la prueba en ese momento o* ***No****, si no se la hizo.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí** | **No** |
| a. | Antes de mi embarazo más reciente | 🗆 | 🗆 |
| b. | Durante el 1er trimestre | 🗆 | 🗆 |
| c. | Durante el 2do trimestre | 🗆 | 🗆 |
| d. | Durante el 3er trimestre | 🗆 | 🗆 |

 |
|  |
| **Si no se hizo la prueba del Zika, pase a la Pregunta 15.** |
| 1. ¿Dónde se hizo la prueba del Zika? *(Para cada periodo en que se hizo la prueba del Zika, marque el encasillado del lugar donde usted recibió la prueba.)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Oficina del Doctor | Clínica del Departamento de Salud | Hospital | Laboratorio, ya sea privado o comercial | Otro Lugar |
| a. | Antes de mi embarazo más reciente | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| b. | Durante el 1er trimestre | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| c. | Durante el 2do trimestre | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| d. | Durante el 3er trimestre | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |

 |
| 1. **Después de hacerse la prueba del Zika**, ¿cuánto tiempo pasó antes de recibir su resultado? *(Para cada periodo de tiempo en que usted se hizo la prueba, marque el encasillado correspondiente al tiempo que usted tuvo que esperar para recibir el resultado.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dentro del primer mes después de hacerme la prueba | 1 mes o más después de hacerme la prueba  | No he recibido mi resultado | No Recuerdo |
| a. | Antes de mi embarazo más reciente | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| b. | Durante el 1er trimestre | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| c. | Durante el 2do trimestre | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| d. | Durante el 3er trimestre | 🗆 | 🗆 | 🗆 | 🗆 |

  |
| 1. ¿Algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía el virus del Zika en algunos de los siguientes periodos de tiempo? *(Para cada periodo marque* ***Sí****, si le dijeron que tenía el virus del Zika en ese momento o* ***No****, si no le dijeron.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí** | **No** |
| a. | Antes de mi embarazo más reciente | 🗆 | 🗆 |
| b. | Durante el 1er trimestre | 🗆 | 🗆 |
| c. | Durante el 2do trimestre | 🗆 | 🗆 |
| d. | Durante el 3er trimestre | 🗆 | 🗆 |

  |
| *Las siguientes preguntas son acerca de evitar las picaduras de mosquitos.*  |
| 1. **Durante su embarazo más reciente**, ¿tomó alguna de las siguientes medidas para evitar las picaduras de mosquitos en su casa? *(Para cada una, marque* ***Sí*** *si lo hizo o* ***No*** *si no lo hizo.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| a. | Siempre usó tela metálica (“screens”) en puertas abiertas | 🗆 | 🗆 |
| b.  | Siempre usó tela metálica (“screens”) en ventanas abiertas  | 🗆 | 🗆 |
| c. | Siempre mantuvo las puertas y ventanas sin tela metálica  | 🗆 | 🗆 |
|  | (“screens”) cerradas | 🗆 | 🗆 |
| d. | Siempre usó abanicos o aire acondicionado  | 🗆 | 🗆 |
| e. | Vació los envases con agua estancada en su casa y patio **semanalmente** | 🗆 | 🗆 |
| f.  | Durmió debajo de un mosquitero para la cama | 🗆 | 🗆 |
| g.  | Montó trampas de mosquitos |  |  |

  |
| 1. **Durante su embarazo más reciente,** ¿recibió alguno de los siguientes servicios profesionales para el control de los mosquitos? *(Para cada uno, marque* ***Sí,*** *si recibió el servicio o* ***No,*** *si no lo recibió.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| a. | Fumigar el interior de mi casa para combatir los mosquitos | 🗆 | 🗆 |
| b.  | Fumigar en las afueras y alrededor de mi casa y mi patio para combatir los mosquitos | 🗆 | 🗆 |
| c. | Aplicación de larvicidas en los exteriores de mi casa | 🗆 | 🗆 |
|  |  | 🗆 | 🗆 |

 |
| 1. **Durante su embarazo más reciente,** ¿con qué frecuencia utilizó repelente de mosquitos **sobre su piel expuesta o ropa** cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

SiempreAlgunas vecesPocas veces o cuando veía mosquitosNunca🡺 **Pase a la Pregunta 20** |
| 1. Cuando usaba repelente de mosquitos sobre **su piel expuesta o ropa**, ¿cuántas veces al día se lo aplicaba? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Más de una vez por díaUna vez por día |
| 1. 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 náuseasNo me gustaba cómo me dejaba la piel Me preocupaba que los químicos del repelente me hicieran dañoMe preocupaba que los químicos del repelente le hicieran daño a mi bebéSe me olvidaba aplicármelo Me daba alergia o hacía que me picara la pielNo pensé que lo necesitabaRaramente estaba afueraEl repelente de mosquitos era demasiado costosoOtra razón 🡺 Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Durante su embarazo más reciente**, ¿con qué frecuencia usó mangas largas y pantalones largos? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Todos los días 🡺 **Pase a la Pregunta 23**Casi todos los díasAlgunos díasNunca  |
| 1. Cuando **no** usaba mangas largas y pantalones largos durante su embarazo más reciente, ¿cuáles eran sus razones? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.)*

Hacía demasiado calor para usar mangas largas o pantalones largosNo tenía ropa de mangas largas o pantalones largosMi ropa de mangas largas y mis pantalones largos ya no me servían por el embarazoRaramente estaba afuera Otro motivo🡺 Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Las siguientes preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.*  |
| 1. En algún momento **durante su embarazo más reciente**, ¿tuvo relaciones sexuales con alguna pareja de sexo masculino?

Sí 🡺 **Pase a la Pregunta 25**No |
| 1. ¿Por qué no tuvo relaciones sexuales con una pareja de sexo masculino **durante su embarazo más reciente**? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

No tenía pareja 🡺 **Pase a la Pregunta 30**Estaba evitando infectarme con el virus del Zika 🡺 **Pase a la Pregunta 28**No quería tener relaciones sexuales🡺 **Pase a la Pregunta 28**Alguna otra razón 🡺 Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡺 **Pase a la Pregunta 28** |
| 1. ¿Tuvo relaciones sexuales en algún momento **durante su embarazo** en:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí** | **No,** **para evitar Zika** | **No,** **por otra razón** |
| a. | Los **primeros** 3 meses | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| b. | Los **segundos** 3 meses | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| c. | Los **último**s 3 meses | 🗆 | 🗆 | 🗆 |

 |
| 1. ¿Con qué frecuencia usó su esposo o pareja un condón cuando tuvo relaciones sexuales juntos **durante su embarazo** en:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Siempre** | **A veces** | **Nunca** |
| a. | Los **primeros** 3 meses | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| b. | Los **segundos** 3 meses | 🗆 | 🗆 | 🗆 |
| c. | Los **último**s 3 meses | 🗆 | 🗆 | 🗆 |

  |
| **Si usó un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta 28. De lo contrario, pase a la Pregunta 27.** |
| 1. ¿Cuáles fueron sus motivos para no **siempre** usar un condón cuando tuvo relaciones sexuales **durante su embarazo más reciente**? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.)*.

No sabía que estaba embarazadaNo creí que fuera necesario usar condones durante el embarazoNo pensé que un condón podía prevenir la infección por el virus del ZikaNo pensé que el virus del Zika todavía era un problemaNo pensé que mi pareja tuviera el virus del ZikaNo me preocupaba contraer el virus del ZikaNo quería usar condonesMi pareja no quería usar condonesNo pude conseguir condones cuando los necesité No tenía dinero para comprar condonesMe olvidé de usar condonesMe daban alergia o le daban alergia a mi parejaAlguna otra razón🡺 Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Durante su embarazo más reciente,** ¿su esposo o pareja de sexo masculino se hizo una prueba de detección del virus del Zika?

 SíNoNo sé |
| 1. **Durante su embarazo más reciente,** ¿un médico, enfermero u otro profesional de la salud le dijo a alguien que vivía con usted que estaban infectados con el virus del Zika? *(Para cada persona, marque* ***Sí****, si le dijeron que tenía el virus del Zika o marque* ***No****, si no le dijeron.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| a. | Mi esposo o pareja masculina | 🗆 | 🗆 |
| b.  | A otro miembro de la familia | 🗆 | 🗆 |
| c. | A otra persona que vivía conmigo | 🗆 | 🗆 |
|  |  |  |  |

 |
| *Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de su embarazo.* |
| 1. Recordando **justo antes** del momento en el que quedó embarazada de este bebé, ¿**CUÁL** de las siguientes frases mejor identifica como **usted** se sentía acerca de tener un bebé? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Quería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, dado al riesgo asociado al virus del ZikaQuería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, por otra razónQuería tener un bebé desde hace tiempo Quería tener un bebé en ese momento Nunca quería tener un bebé No estaba seguro de lo que quería |
| 1. Cuando usted quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con el padre de su nuevo bebé? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Era mi esposo (casados legalmente)Era mi pareja (no casados legalmente, pero una pareja fija)Era mi novio (una pareja casual)Otra 🡺 Por favor, escríbala: |
| 1. Recordando **justo antes** del momento en el que quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía **el padre de su nuevo bebé** con la idea de usted quedara embarazada? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Quería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, dado al riesgo asociado al virus del ZikaQuería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, por otra razónQuería tener un bebé desde hace tiempo Quería tener un bebé en ese momento Nunca quería tener un bebé No estaba seguro de lo que quería No sé |
| 1. **Antes de quedar embarazada** con su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud habló con usted sobre cómo prepararse para un embarazo y bebé saludable?

NoSí  |
| 1. **Cuando quedó embarazada** de su nuevo bebé, ¿usted o su esposo o pareja se estaban cuidando para evitar un embarazo? Algunas cosas que hace la gente para evitar quedar embarazada incluyen tomar pastillas anticonceptivas, usar condones, interrumpir el acto sexual o la planificación familiar a través de métodos naturales.

Sí🡺 **Pase a la Pregunta 36**No |
| 1. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo? (*Marque todas las que correspondan.)*

No me preocupaba si quedaba embarazadaPensaba que no podía quedar embarazada en ese momentoEl método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundariosTenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitabaPensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivoSe me olvidó usar algún método anticonceptivoOtra 🡺 Por favor, escríbala: |
| **Si usted o su esposo o pareja no estaban haciendo algo para evitar un embarazo, pase a la Pregunta 37.**  |
| 1. ¿Qué método de control de la natalidad usaba **cuando quedó embarazada**? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.)*

Pastillas anticonceptivasCondonesInyecciones (Depo-Provera®)Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo intravaginal (NuvaRing® )DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)Planificación familiar con métodos naturales (incluido el método del ritmo)Interrumpir el acto sexual (el hombre se retira antes de terminar)Otro🡺 Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Las últimas preguntas son acerca del cuidado de salud que usted recibió durante su embarazo y después del parto.* |
| 1. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue a su **primera** visita prenatal?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas O \_\_\_\_\_\_\_\_ meses No fui al cuidado prenatal 🡺 **Pase a la Pregunta 41** |
| 1. **Durante tu embarazo más reciente,** ¿alguien fue con usted a alguna de sus visitas de cuidado prenatal? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

Sí, mi esposo o pareja Sí, otra persona 🡺 **Ir a la Pregunta 41**No 🡺 **Ir a la Pregunta 41** |
| 1. ¿Cuán frecuentemente fue su esposo o pareja con usted a las visitas de cuidado prenatal? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

SiempreAlgunas vecesSolo cuando me iban a hacer un procedimiento (como un ultrasonido)Nunca |
| 1. ¿Cuán frecuentemente intentó coordinar sus visitas de cuidado prenatal de manera que su esposo o pareja pudiera asistir? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*

SiempreAlgunas vecesSolo cuando me iban a hacer un procedimiento (como un ultrasonido)Nunca |
| 1. Durante alguna de sus visitas prenatales, ¿algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le habló de alguno de los siguientes temas? *(Para cada uno, marque* ***Sí****, si lo hicieron o* ***No****, si no lo hicieron.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| a. | Cómo prevenir las picaduras de mosquitos durante el embarazo  | 🗆 | 🗆 |
| b.  | Usar condones al tener sexo para prevenir la infección por el virus del Zika | 🗆 | 🗆 |
| c. | Los tipos de ropa que debía usar para evitar las picaduras de mosquitos | 🗆 | 🗆 |
| f. | Usar el repelente de mosquitos sobre mi piel | 🗆 | 🗆 |
| g. | El riesgo de transmitir el virus del Zika a mi bebé durante el embarazo | 🗆 | 🗆 |
| h. | Los defectos de nacimiento asociados con el virus del Zika o el Síndrome de Zika Congénito | 🗆 | 🗆 |

  |
| 1. ¿Usted comenzó (o comenzará) a utilizar algunos de los siguientes métodos de control de la natalidad **antes de ser dada de alta**? *(Para cada uno, marque* ***Sí****, si lo comenzó o comenzará a utilizarlo antes de ser dada de alta, o* ***No****, si no lo comenzó o comenzará.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| a. | Esterilización femenina (bloquearse o ligarse las trompas) | 🗆 | 🗆 |
| b.  | DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) | 🗆 | 🗆 |
| c. | Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon®) | 🗆 | 🗆 |
| f. | Inyecciones anticonceptivos (Depo-Provera®)  | 🗆 | 🗆 |
| g. | Métodos recetados (tales como pastillas anticonceptivas, parchos, anillos) | 🗆 | 🗆 |

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