

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

2. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado? (*Marque **una** respuesta.*)

No terminé la escuela superior

Me gradué de escuela superior o su equivalente

Tomé algunos cursos de educación universitaria o cursos técnicos

Me gradué de educación universitaria

Tomé algunos cursos posgraduados

Completé estudios posgraduados (maestría, doctorado)

3. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía al momento del parto?

___ semanas

___ No sé

4. ¿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

5. ¿Está casada actualmente?

Sí

No
<p>6. ¿Qué tipo de seguro médico tiene para pagar los gastos de su parto? (Marque todas las que correspondan.)</p> <p>No tengo ningún seguro o plan médico Seguro 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 mí Plan de salud del gobierno/ Medicaid (también conocido como Mi Salud o Reforma) Otro seguro médico → Por favor, escríbalo: _____</p>
<i>Las siguientes preguntas son sobre el virus del Zika.</i>
<p>7. Durante su embarazo más reciente, ¿cuán preocupada se sintió acerca de infectarse con el virus del Zika? (Marque una respuesta.)</p> <p>Muy preocupada Algo preocupada Nada preocupada</p>
<p>8. 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.)</p> <p>Muy preocupada Algo preocupada Nada preocupada</p>
<p>9. Cuando estaba embarazada, ¿en CUÁL de estas fuentes confiaba más para recibir información sobre el virus del Zika? (Marque una respuesta.)</p> <p>Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar, obstetra/ginecólogo, partera u otros profesionales médicos) Otras mujeres embarazadas Familia o amigos Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) El Departamento de Salud de Puerto Rico Las noticias en radio o televisión Sitios de redes sociales como Facebook</p>

WIC, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas, Lactantes, Posparto, Infantes y Niños
Sitios de la web sobre embarazo u otros temas → Por favor, escríbalo: _____
Otras fuentes → Por favor, escríbala: _____

10. 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 pidiera

Sí, un profesional de la salud me habló del tema pero sólo cuando le pregunté al respecto No → **Pase**

a la Pregunta 16

11. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b . Durante el 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c . Durante el 2 ^{do} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d . Durante el 3 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b . Durante el 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c . Durante el 2 ^{do} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d . Durante el 3 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si no se hizo la prueba del Zika, pase a la Pregunta 15.

13. ¿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 o más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante el 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durante el 2 ^{do} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durante el 3 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante el 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durante el 2 ^{do} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durante el 3 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante el 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durante el 2 ^{do} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durante el 3 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de evitar las picaduras de mosquitos.

16. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Siempre usó tela metálica (“screens”) en ventanas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Siempre mantuvo las puertas y ventanas sin tela metálica (“screens”) cerradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Siempre usó abanicos o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vacío los envases con agua estancada en su casa y patio semanalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Durmió debajo de un mosquitero para la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Montó trampas de mosquitos		
<p>17. 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.)</p>		
	Sí	No
a. Fumigar el interior de mi casa para combatir los mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fumigar en las afueras y alrededor de mi casa y mi patio para combatir los mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aplicación de larvicidas en los exteriores de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>18. 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.)</p> <p>Siempre Algunas veces Pocas veces o cuando veía mosquitos Nunca → Pase a la Pregunta 20</p>		
<p>19. Cuando usaba repelente de mosquitos sobre su piel expuesta o ropa, ¿cuántas veces al día se lo aplicaba? (Marque una respuesta.)</p> <p>Más de una vez por día Una vez por día</p>		
<p>20. Cuando no usaba repelente de mosquitos durante su embarazo más reciente, ¿cuáles eran sus razones para no usarlo? (Marque todas las que correspondan.)</p> <p>No me gustaba su olor o me daba náuseas</p>		

No me gustaba cómo me dejaba la piel
Me preocupaba que los químicos del repelente me hicieran daño
Me preocupaba que los químicos del repelente le hicieran daño a mi bebé
Se me olvidaba aplicármelo
Me daba alergia o hacía que me picara la piel
No pensé que lo necesitaba
Raramente estaba afuera
El repelente de mosquitos era demasiado costoso
Otra razón → Por favor, escríbalo: _____

21. 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 días

Algunos días

Nunca

22. 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 largos

No tenía ropa de mangas largas o pantalones largos

Mi ropa de mangas largas y mis pantalones largos ya no me servían por el embarazo

Raramente estaba afuera

Otro motivo → Por favor, escríbalo: _____

Las siguientes preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.

23. En algún momento **durante su embarazo más reciente,** ¿tuvo relaciones sexuales con alguna pareja de sexo masculino?

Sí → **Pase a la Pregunta 25**

No

24. ¿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

25. ¿Tuvo relaciones sexuales en algún momento **durante su embarazo** en:

	Sí	No, para evitar Zika	No, por otra razón
a Los primeros 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Los segundos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Los segundos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

27. ¿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 embarazada
- No creí que fuera necesario usar condones durante el embarazo
- No pensé que un condón podía prevenir la infección por el virus del Zika
- No pensé que el virus del Zika todavía era un problema
- No pensé que mi pareja tuviera el virus del Zika
- No me preocupaba contraer el virus del Zika
- No quería usar condones
- Mi pareja no quería usar condones
- No pude conseguir condones cuando los necesité
- No tenía dinero para comprar condones
- Me olvidé de usar condones

Me daban alergia o le daban alergia a mi pareja
Alguna otra razón → Por favor, escríbala: _____

28. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja de sexo masculino se hizo una prueba de detección del virus del Zika?

Sí
No
No sé

29. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. A otro miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A otra persona que vivía conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de su embarazo.

30. 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 Zika

Quería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, por otra razón

Quería 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

31. 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:

32. 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 Zika

Quería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, por otra razón

Quería 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

33. 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?

No

Sí

34. 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

35. ¿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 embarazada

Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento

El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios

Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba

Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)

Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo

Se me olvidó usar algún método anticonceptivo

Otra → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no estaban haciendo algo para evitar un embarazo, pase a la Pregunta 37.

35. ¿Qué método de control de la natalidad usaba **cuando quedó embarazada**? (Marque **todas** las que correspondan.)

Pastillas anticonceptivas

Condomes

Inyecciones (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.

36. ¿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**

36. **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**

<p>37. ¿Cuán frecuentemente fue su esposo o pareja con usted a las visitas de cuidado prenatal? (Marque una respuesta.)</p> <p>Siempre Algunas veces Solo cuando me iban a hacer un procedimiento (como un ultrasonido) Nunca</p>																							
<p>37. ¿Cuán frecuentemente intentó coordinar sus visitas de cuidado prenatal de manera que su esposo o pareja pudiera asistir? (Marque una respuesta.)</p> <p>Siempre Algunas veces Solo cuando me iban a hacer un procedimiento (como un ultrasonido) Nunca</p>																							
<p>38. 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.)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Cómo prevenir las picaduras de mosquitos durante el embarazo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Usar condones al tener sexo para prevenir la infección por el virus del Zika</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Los tipos de ropa que debía usar para evitar las picaduras de mosquitos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Usar el repelente de mosquitos sobre mi piel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. El riesgo de transmitir el virus del Zika a mi bebé durante el embarazo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Los defectos de nacimiento asociados con el virus del Zika o el Síndrome de Zika Congénito</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Sí	No	a. Cómo prevenir las picaduras de mosquitos durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Usar condones al tener sexo para prevenir la infección por el virus del Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Los tipos de ropa que debía usar para evitar las picaduras de mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Usar el repelente de mosquitos sobre mi piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. El riesgo de transmitir el virus del Zika a mi bebé durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Los defectos de nacimiento asociados con el virus del Zika o el Síndrome de Zika Congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																					
a. Cómo prevenir las picaduras de mosquitos durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
b. Usar condones al tener sexo para prevenir la infección por el virus del Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
c. Los tipos de ropa que debía usar para evitar las picaduras de mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
f. Usar el repelente de mosquitos sobre mi piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
g. El riesgo de transmitir el virus del Zika a mi bebé durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
h. Los defectos de nacimiento asociados con el virus del Zika o el Síndrome de Zika Congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<p>38. ¿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.)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Esterilización femenina (bloquearse o ligarse las trompas)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon®)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Sí	No	a. Esterilización femenina (bloquearse o ligarse las trompas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Sí	No																					
a. Esterilización femenina (bloquearse o ligarse las trompas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
b. DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
c. Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

f.	Inyecciones anticonceptivos (Depo-Provera®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Métodos recetados (tales como pastillas anticonceptivas, parchos, anillos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por responder este cuestionario!

Sus respuestas nos ayudarán a cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.