**PRAMS ZPER 2.0 – IN-HOSPITAL PARTNER 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 15 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 Partner Survey (Spanish)** |
| *Quisiéramos conocer sobre sus experiencias durante el último año. Primero, quisiéramos hacerle unas preguntas sobre usted.* |
| 1. ¿Cuál es **su** fecha de nacimiento?   MES/DÍA/AÑO |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Actualmente no estoy viviendo en Puerto Rico |
| 1. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?   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) |
| 1. **En los** **últimos 12 meses**, ¿qué tipo de seguro o plan médico tenía **usted**? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   No tenía ningun tipo de seguro o plan médico  Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposa o pareja  Seguro médico privado de mis padres  Seguro médico privado pagado por mí o que otra persona pagaba por mí  Plan de salud del gobierno/ Medicaid (también conocido como Mi Salud o Reforma)  Otro 🡺 Por favor, escríbalo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Las siguientes preguntas son sobre el virus del Zika.* |
| 1. **En los últimos 12 meses**, ¿cuán preocupado se sintió **usted** acerca de infectarse con el virus del Zika? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Muy preocupado  Algo preocupado  Nada preocupado |
| 1. ¿En **CUÁL** de estas fuentes confía **más** para recibir información sobre el virus del Zika? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar u otros profesionales médicos)  Mi esposa o pareja  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  Otros sitios de la web 🡺 Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otras fuentes 🡺 Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Según su opinión, ¿cuáles de las siguientes declaraciones acerca del virus del Zika son ciertas y cuales son falsas? *(Para cada una, marque* ***Cierto*** *si usted cree que es verdad o* ***Falso****, si opina que no es verdad.)*   **Cierto Falso**   1. El virus del Zika puede transmitirse al tener relaciones sexuales con   una persona que tiene Zika 🗆 🗆   1. La infección por el virus del Zika durante el embarazo puede causar  defectos de nacimiento en el bebé 🗆 🗆 2. El virus del Zika puede propagarse a través de las picaduras de un mosquito 🗆 🗆 3. El virus del Zika puede permanecer en el semen de un hombre hasta  6 meses después de ser infectado 🗆 🗆 4. Todas las personas que tienen Zika presentan síntomas 🗆 🗆 |
| 1. **En los últimos 12 meses,** ¿**usted** ha ido alguna visita de atención médica donde se haya atendido por un doctor, enfermera u otro profesional de la salud?   Sí  No 🡺 **Pase a la Pregunta 11** |
| 1. ¿Qué tipo de visitas de atención médica tuvo usted **en los últimos 12 meses?** (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia  Visita asociada al virus del Zika  Visita asociada a una enfermedad o condición crónica  Visita asociada a una herida  Visita para depresión o ansiedad  Visita para una limpieza dental con un dentista o higienista dental  Otra 🡺 Por favor escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. En cualquiera de sus visitas de atención médica durante **los últimos 12 meses,** ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de la salud **hizo** alguna de las siguientes cosas?*(Para cada una, marque* ***Sí****, si lo hicieron* ***o No****, si no lo hicieron.)*   Sí No   1. Habló con usted acerca de la importancia de prevenir el virus del Zika 🗆 🗆 2. Habló con usted acerca de prevenir las picaduras de mosquitos 🗆 🗆 3. Habló con usted sobre el uso de condones para prevenir el Zika 🗆 🗆 4. Habló con usted sobre sus deseos de tener o no tener hijos 🗆 🗆 5. Habló con usted sobre cómo evitar un embarazo 🗆 🗆 6. Habló con usted sobre las enfermedades de transmisión sexual tales  como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH 🗆 🗆 7. Habló con usted sobre mantener un peso saludable 🗆 🗆 8. Habló con usted sobre controlar cualquier condición médica como la  diabetes o la presión alta 🗆 🗆 9. Le preguntó si fumaba cigarrillos 🗆 🗆 10. Le preguntó si se sentía decaído o deprimido 🗆 🗆 11. Le preguntó sobre el tipo de trabajo que tiene 🗆 🗆 |
| 1. **En los últimos 12 meses,** ¿alguna vez tuvo síntomas de infección del virus de Zika tales como fiebre, sarpullido, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones, ojos enrojecidos o dolor muscular?   Sí  No |
| 1. **En los últimos 12 meses,** ¿**usted** se ha hecho la prueba de detección del virus del Zika?   Sí  No |
| 1. En cualquiera de los siguientes períodos de tiempo, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud **le dijo** que tenía el virus del Zika?*(Para cada período de tiempo, marque* ***Sí****, si le dijeron que tenía el virus del Zika en ese entonces o* ***No****, si no le dijeron. Puede solicitar o utilizar un calendario.)*   **Sí No**   1. En los últimos 30 días 🗆 🗆 2. En los últimos 1 a 3 meses 🗆 🗆 3. En los últimos 4 a 6 meses 🗆 🗆 4. En los últimos 7 a 9 meses 🗆 🗆 5. En los últimos 10 a 12 meses 🗆 🗆 |
| *Las siguientes preguntas son acerca de evitar las picaduras de mosquitos.* |
| 1. **En los últimos 12 meses,** ¿tomó alguna de las siguientes medidas para evitar las picaduras de mosquitos en su hogar?*(Para cada una, marque* ***Sí*** *si lo hizo**o* ***No*** *si no lo hizo.)*   **Sí No**   * 1. Siempre usó tela metálica (“screens”) en puertas abiertas 🗆 🗆   2. Siempre usó tela metálica (“screens”) en ventanas abiertas 🗆 🗆   3. Siempre mantuvo las puertas y ventanas sin tela metálica  (“screens”) cerradas 🗆 🗆   4. Siempre usó abanicos o aire acondicionado 🗆 🗆   5. Vació los envases con agua estancada en su casa y patio **semanalmente**  🗆 🗆   6. Durmió debajo de un mosquitero para la cama 🗆 🗆   7. Fumigó el interior de su casa para combatir los mosquitos 🗆 🗆   8. Fumigó las afueras y alrededor de su casa y patio para combatir  los mosquitos 🗆 🗆   9. Aplicó larvicidas en el exterior de mi casa 🗆 🗆   10. Montó trampas de mosquitos 🗆 🗆 |
| 1. **En los últimos 12 meses,** ¿cuán a menudo utilizó repelente de mosquitos sobre **su piel expuesta o ropa** cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Siempre  Algunas veces  Pocas veces o cuando veía mosquitos  Nunca🡺 **Pase a la Pregunta 17** |
| 1. Cuando usaba repelente de mosquitos sobre **su piel expuesta o ropa**, ¿cuántas veces al día se lo aplicaba?   Más de una vez por día  Una vez por día |
| 1. Cuando **no** usaba repelente de mosquitos, ¿cuáles eran sus razones para no usarlo? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   No me gustaba su olor  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 pareja  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  A mi esposa o pareja no le gustaba cuando lo usaba  Otra razón 🡺 Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Las siguientes preguntas son acerca de los anticonceptivos.* |
| 1. ¿Cuál es el método de control de la natalidad que usted está pensando utilizar después del embarazo de su esposa o pareja?(*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   Condones  Vasectomía  Interrumpir el acto sexual (el hombre se retira antes de terminar)  Planificación familiar con métodos naturales (incluido el método del ritmo)  Mi esposa o pareja usará pastillas anticonceptivas  Mi esposa o pareja usará inyecciones contraceptivas (Depo)  Mi esposa o pareja usará el parche o anillo vaginal  Mi esposa o pareja se colocará un implante anticonceptivo en el brazo  Mi esposa o pareja se colocará un IUD o dispositivo intrauterino  Mi esposa o pareja va a operarse para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio (esterilización femenina)  Otro método 🡺 Por favor, escríbalo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sé  Mi pareja y yo no utilizaremos anticonceptivos 🡺 **Pase a la Pregunta 20** |
| 1. ¿**CUÁL** de las siguientes premisas es **la más** importante para usted al escoger un método anticonceptivo?*(Marque* ***una*** *respuesta.)*   Es fácil de usar  Es fácil de conseguir  Interfiere menos en el acto sexual  Es económico  Tiene menos efectos secundarios  Funciona bien para prevenir un embarazo  Evita enfermedades de transmisión sexual (ETS)/HIV  Mi pareja femenina lo recomienda  Mi médico lo recomienda  Mis amigos lo recomiendan  Otra 🡺 Por favor, especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Las siguientes preguntas son acerca del embarazo de la mamá de su nuevo bebé.* |
| 1. Cuando ella quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con **la mamá de su nuevo bebé**? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Era mi esposa (casados legalmente)  Era mi pareja (no casados legalmente, pero una pareja fija)  Era mi novia (una pareja casual)  Otra🡺 Por favor, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Vivía con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*     Sí, todo el embarazo  Sí, parte del embarazo  No |
| 1. Recordando el momento justo **antes** de que la mamá de su nuevo bebé quedara embarazada, ¿**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 |
| 1. ¿Cuán preocupado se sintió usted ante la posibilidad de que **la mamá de su nuevo bebé** se infectara con el virus del Zika durante su embarazo? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Muy preocupado  Algo preocupado  Nada preocupado |
| 1. **Durante el embarazo** de la mamá de su nuevo bebé, ¿cuán preocupado 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 o defecto de nacimiento en la que 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 preocupado  Algo preocupado  Nada preocupado |
| 1. **Durante el embarazo,** ¿habló con la mamá de su nuevo bebé acerca del virus del Zika?   Sí  No 🡺 **Pase a la Pregunta 27** |
| 1. Cuando habló con la mamá de su nuevo bebé acerca del virus del Zika durante su embarazo, ¿hablaron de algunos de los siguientes temas? *(Para cada una, marque Sí, si hablaron de eso o No, si no lo hablaron.)*   **Sí No**   1. El riesgo de tener un bebé con defectos de nacimiento asociados con el Zika 2. Proteger el hogar de los mosquitos 3. Usar repelente de mosquitos para evitar picaduras de mosquitos 4. Abstenerse del sexo para evitar la infección de Zika 5. Usar condones durante el sexo para evitar la transmisión del virus Zika |
| 1. ¿Usted fue con la mamá de su nuevo bebé a las consultas de cuidado prenatal? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Sí, fui a todas las consultas de cuidado prenatal  Sí, fui a algunas de las consultas de cuidado prenatal  No 🡺 **Pase a la Pregunta 29** |
| 1. Durante alguna de las consultas de **cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de cómo podría ayudar a la mamá de su nuevo bebé a evitar la infección por el virus del Zika durante su embarazo?   Sí  No |
| **Si usted fue a todas las consultas de cuidado prenatal con la mamá de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 30.** |
| 1. ¿Cuáles fueron sus razones para **no** ira todas las consultas de cuidado prenatal con la mamá de su nuevo bebé? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)     No pude tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela  El horario de las citas no era conveniente para mí  No tenía transportación para llegar a la clínica o al consultorio médico  Estaba demasiado ocupado en otras cosas  No pensé que necesitaba ir  No pensé que me darían información útil durante las consulta  Mi esposa o pareja no quería que yo fuera  No quería ir  La mamá de mi nuevo bebé no obtuvo cuidado prenatal  Otra razón 🡺 Por favor, escriba su razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé en algunos de los siguientes momentos durante su embarazo? *(You can ask or use a calendar.)*   **Sí No, para evitar Zika No, por otra razón**   1. Meses 1 a 3 🗆 🗆 🗆 2. Meses 4 a 6 🗆 🗆 🗆 3. Meses 7 a 9 🗆 🗆 🗆 |
| **Si no tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo, pase a la Pregunta 33.** |
| 1. ¿Con qué frecuencia usó un condón cuando tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo en los siguientes meses?   **Siempre A veces Nunca**   * 1. Meses 1 a 3 🗆 🗆 🗆   2. Meses 4 a 6 🗆 🗆 🗆   3. Meses 7 a 9 🗆 🗆 🗆 |
| **Si usó un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo, pase a la Pregunta 33. De lo contrario, pase a la Pregunta 32.** |
| 1. ¿Cuáles fueron sus motivos para no usar un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   No sabía que estaba embarazada  No pensé que fuera necesario usar condones durante su 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 yo tuviera el virus del Zika  No quería usar condones  Ella no quería usar condones  No pude conseguir condones cuando los necesité  No tenía dinero para comprar condones  Se me olvidó usar condones  Me daban alergia o le daban alergia a mi pareja  Otra razón🡺 Por favor, escríbala |
| 1. ¿Estuvo usted presente durante el nacimiento de su nuevo bebé?     Sí 🡺 **Pase a la Pregunta 35**  No |
| 1. ¿Cuáles fueron sus razones para no estar presente durante el nacimiento de su nuevo bebé? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   Estaba fuera de la ciudad  El nacimiento ocurrió inesperadamente y no pude llegar a tiempo  No pude tomarme tiempo libre del trabajo o de la escuela  No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos  Mi esposa o pareja no quería que estuviera presente  No quería estar presente  El personal del hospital no me permitió asistir   Otra razón🡺 Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Ha hecho alguna de las siguientes cosas para prepararse para su nuevo bebé? (*Para cada una, marque* ***Sí****, si lo ha hecho como preparativo para el nuevo bebé o* ***No****, si no lo ha hecho.)*   **Sí No**   * 1. Asistir a una o más clases de preparación para el parto   con la mamá de mi nuevo bebé 🗆 🗆   * 1. Asistir a una o más clases de lactancia con la mamá   de mi nuevo bebé 🗆 🗆   * 1. Buscar información sobre el embarazo y   el nacimiento en el Internet o en otros lugares 🗆 🗆   * 1. Hablar con **la mamá de mi nuevo bebé** sobre   el embarazo, el nacimiento y el cuidado de un nuevo bebé 🗆 🗆   * 1. Hablar con **mi familia y amigos** sobre el embarazo, el nacimiento y el   cuidado de un nuevo bebé 🗆 🗆   * 1. Comprar cosas para bebés como cuna, coche,   ropa, pañales, biberones, mantas, asiento para el carro etc. 🗆 🗆   * 1. Hacer reparaciones o mejoras en el hogar para mantener   a los mosquitos afuera del hogar 🗆 🗆   * 1. Preparar el hogar para el nuevo bebé habilitando   un espacio para el bebé 🗆 🗆   * 1. Mejorar mi salud mediante la dieta   (cambié mis hábitos alimenticios) para bajar de peso 🗆 🗆   * 1. Mejorar mi salud mediante el ejercicio   3 días o más a la semana 🗆 🗆   * 1. Buscar ayuda para problemas de salud tales como   depresión o ansiedad 🗆 🗆   * 1. Buscar ayuda para reducir el uso de cigarrillos,   alcohol o drogas 🗆 🗆 |
| 1. ¿Usted se sintió que estuvo tan involucrado como quería estar durante el embarazo de la mamá de su nuevo bebé? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Sí   No, yo quería estar más involucrado  No, yo no quería estar tan involucrado |
| 1. Esta pregunta trata sobre las preocupaciones y sentimientos que usted puede tener sobre ser padre. (*Para cada una, marque* ***Sí****, si lo describe a usted o* ***No****, si no lo describe.)*   **Sí No**   * 1. No me siento listo para ser padre 🗆 🗆   2. Me preocupa no saber lo suficiente  sobre cómo cuidar a un bebé 🗆 🗆   3. Pienso que un nuevo bebé me impedirá  hacer las cosas que acostumbraba, como  trabajar, ir a la escuela o salir 🗆 🗆   4. Estoy entusiasmado con la idea de educar  y cuidar a un nuevo bebé 🗆 🗆   5. Estoy emocionado con las nuevas experiencias que tendré con mi nuevo bebé 🗆 🗆   6. Estoy emocionado por decirle a  mis amigos del bebé 🗆 🗆   7. Me preocupa que no tenga suficiente dinero  para cuidar a un bebé 🗆 🗆   8. Me preocupa lograr un balance entre  el trabajo y la familia 🗆 🗆   9. Me preocupa tener un bebé saludable 🗆 🗆 |
| 1. **En los últimos 12 meses*,*** ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*  Siempre Frecuentemente  A veces  Rara vez  Nunca |
| 1. **En los últimos 12 meses*,*** ¿con qué frecuencia ha estado menos interesado en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*  Siempre Frecuentemente  A veces  Rara vez  Nunca |
| 1. Actualmente, ¿tiene un trabajo con paga? (*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   Sí, tengo un trabajo a tiempo parcial (30 horas o menos a la semana)  Sí, tengo un trabajo a tiempo completo (Más de 30 horas a la semana)  No 🡺 **Pase a la Pregunta 42** |
| 1. Una vez den de alta a su bebé del hospital, ¿Usted tomará tiempo libre de su trabajo para cuidar a su nuevo bebé?(*Marque* ***todas*** *las que correspondan.*)   Sí, tomaré tiempo libre**pagado** por mi trabajoo por vacaciones  Sí, tomaré tiempo libre**no pagado**por mi trabajo  No, no tomaré tiempo libre |
| 1. ¿Usted estará viviendo con su nuevo bebé? (*Marque* ***una*** *respuesta.)*   Sí, todo el tiempo  Sí, parte del tiempo  No  No sé |
| 1. Aparte de su nuevo bebé, ¿usted tiene otros hijos (biológicos o adoptados)?   Sí  No 🡺 **Pase al final de la encuesta** |
| 1. Sin incluir a su nuevo bebé, ¿cuántos hijos tiene usted (biológicos o adoptados)?     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de hijos |
| **¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!**  **Sus respuestas nos ayudarán mantener a las familias de Puerto Rico saludables.** |