

Attachment 1: PRAMS 2019 questions to be cognitively tested (Phone/Spanish version)

Aviso - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) calculan que el tiempo que le llevará al público cumplir con este pedido de información es aproximadamente de 85 minutos por participante, incluyendo el tiempo que tomará revisar las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos/información preexistentes, juntar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el pedido de información. Ninguna agencia puede llevar a cabo o patrocinar un pedido de información a menos que tenga a la vista un número vigente de control de OMB, y a ninguna persona se le puede exigir que responda en ese caso. Envíe sus comentarios con respecto al cálculo de tiempo o de cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, a CDC/ATSDR Information Collection Review Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

Garantía de confidencialidad - Nosotros tomamos su privacidad muy seriamente. Toda la información relacionada con características que permitan identificar a individuos, a una práctica o a un establecimiento será usada únicamente para propósitos estadísticos. El personal del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS por sus siglas en inglés), sus contratistas y agentes, no revelarán ni divulgarán las respuestas de ninguna forma en que pudieran identificarlos, sin la autorización de la persona o del establecimiento, de conformidad con la sección 308(d) del Acta de Servicio de Salud Pública (42 Código de Leyes de los Estados Unidos 242m(d)) y el Acta de Protección de la Información Confidencial y Eficiencia Estadística del 2002 (CIPSEA, Título 5 de la Ley Pública 107-347).

Las primeras preguntas son sobre usted y su salud.

1. Voy a leer un listado de condiciones. Para cada una, si usted la tiene actualmente. Usted tiene ____?

(PREGUNTA GUIA: ¿Usted actualmente tiene_____?)

Condición	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Depresión				
b. Ansiedad				
c. Hepatitis B				
d. Hepatitis C				
e. Dolor crónico, que es dolor que dura más de 12 semanas o 3 meses				

2. **Desde que nació su bebé, ¿cuantas visitas de salud ha tenido usted con un médico, enfermera o proveedor de salud, incluyendo servicios dentales o de salud mental?** No incluya aquellas visitas al hogar que usted pueda haber tenido por un médico, enfermera o proveedor de salud.

- (No Leer)**
- 1 Número de visitas [_____]
 - 2 No he tenido visitas de salud desde que nació su bebé → **Ir a la Pregunta 5**
 - 8 Rechazó
 - 9 No sé/No Recuerdo

3. **¿Qué tipo de visita de salud ha tenido usted desde que nació su bebé?**

Tipo de visita	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Chequeo posparto				
b. Visita por problemas que estaba teniendo relacionados al parto o nacimiento de mi bebé				
c. Visita regular en la oficina de mi médico de familia o ginecólogo/obstetra				

d. Visita para una enfermedad o condición crónica				
e. Vista por una lesión				
f. Visita para planificación familiar o contraceptivos				
g. Visita por depresión o ansiedad				
h. Visita para una limpieza dental por un dentista o higienista dental				
i. Cuidado prenatal para un embarazo nuevo				
j. ¿Ha tenido otro tipo de visita?				
k. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Qué tipo?				

4. Durante algunas de sus visitas de salud desde que nació su bebé, ¿algún médico, enfermera o profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas?

	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Habló con usted sobre el manejo del dolor después del parto o nacimiento de tu bebé				
b. Le preguntó, en persona o en un formulario, si usted tomó bebidas alcohólicas				
c. Le preguntó, en persona o en un formulario, si usted fumó cigarrillos o utilizo otros productos de tabaco				
d. Le preguntó si se sentía triste o deprimida				

5. Voy a leer un listado de medicamentos recetados para el dolor. Para cada una, por favor dígame si usted lo ha utilizado desde que nació su bebé. Por favor incluya cualquier medicamento que usted pueda haber tomado para aliviar dolor asociado al parto o nacimiento de tu bebé. ¿Usted utilizó _____ desde que nació su bebé?

Medicamentos recetados para el dolor	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Hidrocodona, como Vicodin®, Norco® o Lortab®				
b. Codeína, como Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular				
c. Oxycodona, como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®				
d. Tramadol, como Ultram® o Ultracet®				
e. Hidromorfona o meperidina, como Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®				
f. Oximorfona, como Opana®				
g. Morfina, como MS Contin®, Avinza® o Kadian®				
h. Fentanilo, como Duragesic®, Fentora® o Actiq®				



If ALL No, Ir a la Pregunta O10

ENTREVISTADORA: Si la mamá contestó “Sí” para alguna de las opciones en la Pregunta 5, continúe con la siguiente pregunta. Si no, ir a la Pregunta 7.

6. **Desde que nació su bebé, ¿por cuantas semanas o meses usted ha utilizado medicamentos recetados para el dolor?** Por favor, dígame el número total de semanas o meses que ha usado medicamentos recetados para el dolor *desde que nació su bebé*.

- (No Leer)
- 1 Número de semanas _____ (Rango: 1-45 semanas)
 O
 2 Número de meses _____ (Rango: 1-10 meses)
- 3 Menos de una semana
- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerdo

7. **Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia ha usado los siguientes productos de tabaco?** Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor, dígame **Todos los días** si ha usado ese producto de tabaco diariamente *desde que nació su bebé*, **Algunos días** si lo ha usado ocasionalmente *desde que nació su bebé*, o **Nunca** si no lo ha usado. ¿Tomó o usó _____?

(PREGUNTA GUIA: ¿Diría que ha usado _____ todos los días, algunos días o nunca?)

Productos de tabaco	(No Leer)				
	Todos los días (1)	Algunos días (2)	Nunca (3)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. E-cigarrillos u otros productos electrónicos de vaporización con nicotina. PREGUNTE: E-cigarrillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros o e-pipas son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco, y producen vapor en lugar de humo					
b. <i>Hookah</i> PREGUNTE: Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah pen.					
c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé					
d. Cigarros, puros o pequeños cigarros con filtros					

Las próximas preguntas son sobre cosas que pueden haber sucedido desde que nació su bebé.

8. Desde que nació su bebé, usted ha necesitado tratamiento o consejería para su uso de...

Substancias	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos recetados para el dolor				
b. Drogas o medicamentos además de medicamentos para el dolor				
c. Alcohol				
d. Cigarrillos u otros productos de tabaco				
e. ¿Necesitó tratamiento o consejería para otras sustancias?				
f. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Para qué?				

ENTREVISTADORA: Si la mamá marcó “No” en todas las opciones en la Pregunta 8, pase a la pregunta 15. Si no, continúe con la siguiente pregunta.

9. Desde que nació su bebé, usted ha recibido tratamiento o consejería para su uso de...

Substancias	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos recetados para el dolor				
b. Drogas o medicamentos además de medicamentos para el dolor				
c. Alcohol				
d. Cigarrillos u otros productos de tabaco				
e. ¿Necesitó tratamiento o consejería para otras sustancias?				
f. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Para qué?				

ENTREVISTADORA: Si la mamá ha recibido el tratamiento o consejería que necesitaba para su uso de cualquier sustancia, por favor pase a la Pregunta 11. Si la mamá no ha recibido todo el tratamiento o consejería que necesita, por favor continúe con la próxima pregunta.

10. Voy a leer una lista de razones por las cuales algunas personas pueden no recibir el tratamiento o la asesoría que necesitan para el uso de medicamentos, drogas, alcohol o productos de tabaco. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque _____?

Reasons	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. No pudo conseguir una cita o le colocaron en lista de espera				
b. Pudo reducir su uso o dejar de usar sin ayuda				
c. No pensó que necesitaba ayuda				
d. No tenía suficiente dinero o seguro para pagar por los servicios				
e. No sabía a donde ir para recibir ayuda				
f. No tenía transportación				

g. No quería que las personas pensarán que usted tenía un problema				
h. Su compañero(a) no quería que recibiera ayuda				
i. Tenía miedo de perder custodia de su bebé o hijos				
j. Tenía demasiadas otras cosas pasando				
k. ¿Hubo otra razón?				
l. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Cuál fue?				

ENTREVISTADORA: Si la mamá no recibió tratamiento o consejería pase a la Pregunta 15.

11. Desde que nació su bebé, ¿cuál de los siguientes tipos de tratamiento o asesoramiento ha recibido? Voy a leer una lista de tipos de tratamiento o consejería. Para cada una, por favor dígame si la recibió. ¿recibió _____?

(PREGUNTA GUIA: ¿Qué tipo de tratamiento o asesoramiento recibió?)

Tipos de tratamiento o asesoramiento	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Consejería individual con un profesional de la salud de comportamiento				
b. Consejería grupal con un profesional de la salud de comportamiento				
c. Consejería con un miembro del clérigo u otro consejero religioso o de la comunidad				
d. Reuniones de auto-ayuda o de grupos de recuperación (como Alcohólicos Anónimos, <i>Self-Management and Recovery Training</i> (SMART), Manejo de Moderación (MM)				
e. Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) que utiliza medicamentos como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexona (Vivitrol®).				
f. Tratamiento o consejería para dejar de usar tabaco				
g. ¿Recibió algún otro tipo de tratamiento o consejería?				
h. If SÍ, ask: ¿Qué tipo?				

12. Desde que nació su bebé, ¿dónde ha recibido tratamiento para su uso de algún medicamento, droga, o alcohol, no incluyendo cigarrillos? Voy a leer una lista de lugares. Para cada una, por favor dígame si recibió tratamiento en ese lugar. ¿Fue en un _____?

(PREGUNTA GUIA: ¿Recibió tratamiento por el uso de medicamentos, drogas o alcohol en _____?)

Places	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Reuniones de grupos de auto ayuda				
b. Oficina privada de un doctor				

c. Sala de emergencias				
d. En el hospital donde me quedaba la noche				
e. Una facilidad de tratamiento donde no me quedaba por la noche				
f. Una facilidad de tratamiento residencial donde me quedaba la noche				
g. En la cárcel o prisión				
h. ¿Recibió tratamiento en otro lugar?				
i. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Dónde?				

13. ¿Cuál fue el resultado del último tratamiento o consejería que recibió? ¿Usted diría que _____?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| 1 | Todavía está en tratamiento | → Ir a la Pregunta 15 |
| 2 | Completó el tratamiento o | → Ir a la Pregunta 15 |
| 3 | No terminó el tratamiento | |

- | | | | |
|-----------|---|-------------------|-----------------------|
| (No Leer) | 8 | Rechazó | → Ir a la Pregunta 15 |
| | 9 | No sé/No Recuerdo | → Ir a la Pregunta 15 |

14. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no terminó tratamiento o consejería? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque _____?

(PREGUNTA GUIA: ¿Por qué no terminó su tratamiento o consejería?)

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Tuvo un problema con el programa				
b. No pudo continuar porque era muy costoso				
c. No tenía a nadie que le ayudara a cuidar a su bebé u otros hijos.				
d. Comenzó a usar medicamentos, drogas, alcohol u otras sustancias nuevamente.				
e. ¿Hubo otra razón?				
f. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Cuál fue?				

Las siguientes preguntas son sobre el tiempo *después de que nació su bebé*.

15. *Después de que nació su bebé*, ¿alguien le sugirió que no amamantara o lactara a su nuevo bebé?

- | | | | |
|-----------|---|----|-----------------------|
| (No Leer) | 1 | No | → Ir a la Pregunta 18 |
| | 2 | Sí | |

- | | | | |
|--|---|-------------------|-----------------------|
| | 8 | Rechazó | → Ir a la Pregunta 18 |
| | 9 | No sé/No Recuerdo | → Ir a la Pregunta 18 |

16. ¿Quién le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé? Voy a leer una lista de personas. Para cada una, dígame si esa persona le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé. ¿Fue_____?

Personas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. El médico, la enfermera u otro trabajador de salud de su bebé				
b. Su médico, enfermera u otro profesional de la salud				
c. Su esposo o compañero → Ir a la Pregunta 18				
d. Su madre, padre, suegra o suegro → Ir a la Pregunta 18				
e. Otro miembro de su familia o pariente → Ir a la Pregunta 18				
f. Sus amigos → Ir a la Pregunta 18				
g. ¿Hubo otra persona que le recomendó que no amamantara o lactara?				
h. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Quién?				

ENTREVISTADORA: Si un médico, enfermera u otro profesional de la salud le recomendó que no amamantara o lactara a su bebé, pase a la siguiente pregunta, de lo contrario, ir a la Pregunta 18.

17. ¿Por qué un médico, enfermera u otro profesional de la salud le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una de las razones. ¿Fue porque _____?

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Tenía una condición médica que hacía que la lactancia materna fuera un problema para usted				
b. Tenía una condición médica que hacía que la lactancia fuera insegura para su bebé				
c. Había una preocupación de que las drogas o medicamentos que usted estaba utilizando pasaran a su bebé a través de su leche				
d. Su bebé tenía una condición médica y no se recomendaba que lo amamantara o lactara				
e. ¿Hubo otra razón?				
f. Si contestó “SÍ”, pregunte: ¿Cuál fue la razón?				

Las próximas preguntas son sobre la salud de su bebé cuando era un recién nacido.

18. Después de que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que su bebé tuvo abstinencia de drogas conocido como síndrome de abstinencia neonatal o síndrome de abstinencia de opioides neonatal?

- (No Leer) 1 No
 2 Sí

→ Ir a la Pregunta 21

- 8 Rechazó
9 No sé/No Recuerdo

→ Ir a la Pregunta 21

→ Ir a la Pregunta 21

19. ¿Recibió su bebé alguno de los siguientes tipos de cuidado o tratamiento especial para ayudarlo con los síntomas de abstinencia de drogas? Voy a leer una lista de cuidados o tratamientos especiales. Para cada tipo de cuidado o tratamiento, por favor dígame si su bebé lo recibió. ¿Su bebé recibió _____?

Tratamientos	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos como la morfina, la metadona o la buprenorfina				
b. Fluidos por vía intravenosa.				
c. Cuidado piel a piel o cuidado canguro				
d. Dormir en una habitación tranquila y poco iluminada				
e. Fórmula alta en calorías				
f. Amamantamiento o lactancia				
g. Leche materna donante				
h. ¿Recibió otro tratamiento o servicio?				
i. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Qué recibió su bebé?				

20. Voy a leer una lista de cosas que los médicos, las enfermeras o los profesionales de la salud pueden hacer después de que nazca su bebé. Para cada una, dígame si lo hicieron después de que nació su bebé, o no.

	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Le hablaron sobre por qué su bebé tuvo abstinencia de drogas.				
b. Le hablaron sobre el tratamiento para bebés con abstinencia de drogas.				
c. Le hablaron acerca de cuánto tiempo pueden durar los signos de abstinencia de su bebé				
d. Le hablaron sobre las cosas que su bebé podría experimentar				
e. Le hablaron sobre el comportamiento de su bebé.				
f. Le hablaron de cuándo su bebé podría ir a la casa				
g. Le preguntaron acerca de los medicamentos que estaba tomando o tomó durante el embarazo.				
h. Sugirieron que usted recibiera asesoramiento o tratamiento para su uso de medicamentos, drogas o alcohol.				

i. Sugirieron que recibiera servicios para su bebé, como intervención temprana o programas de visitas domiciliarias				
j. Le hicieron una prueba de sangre o una prueba de puntuación para evaluar a su bebé para el síndrome de abstinencia neonatal				

21. Después de que nació su bebé, ¿cómo describiría dónde estuvo su bebé la mayor parte del tiempo durante su estadía en el hospital? ¿Se quedó _____ ?

- 1 Con usted en su habitación en el hospital, a veces conocido como "alojamiento"
- 2 En la sala de recién nacidos regular
- 3 En una sala de recién nacidos especializada para bebés que necesitan cuidados adicionales, como una sala de atención especial ("SCN") o una unidad de cuidados intensivos neonatales ("NICU")

(No Leer) 4 Su bebé no nació en el hospital

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerdo

22. Antes de que le dieran el alta del hospital después de que nació su bebé, ¿pudo un médico, enfermera u otro profesional de la salud responder sus preguntas sobre la salud de su bebé?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 Usted no tuvo preguntas sobre la salud de su bebé

(No Leer) 8 Rechazó
9 No sé/No Recuerdo

23. Voy a leer una lista de cosas sobre las cuales los médico, enfermera o profesional de la salud pudo hablar con usted. Para cada una, dígame si lo hicieron *antes de que le dieran el alta del hospital*.

	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Como calmar a su bebé				
b. Como responder a las necesidades de su bebé				
c. Sentir un apego con su bebé				
d. Dándole de comer a su bebé en la casa				
e. Tener un sitio seguro para que su bebé pueda dormir				
f. Teniendo a alguien que le ayude a cuidar a su bebé				
g. Llevar a su bebé a las visitas médicas con un doctor				
h. Manteniendo a su bebé seguro en su hogar				
i. Reconociendo las señales o síntomas en su bebé que requieren atención médica				

24. ¿Usted y su bebé fueron dados de alta del hospital a la misma vez después del nacimiento? ¿Usted diría que _____?

- 1 No
- 2 Sí, nos dieron de alta a la misma vez y mi bebé vino a la casa conmigo
- 3 Sí, nos dieron de alta a la misma vez, pero mi bebé no vino conmigo a la casa

(No Leer) 8 Rechazó
9 No sé/No Recuerdo

25. Después de ser dado de alta cuando nació, ¿su bebé tuvo que ser admitido al hospital y pasar la noche?

(No Leer) 1 No → Ir a la Pregunta 27
2 Sí

8 Rechazó → Ir a la Pregunta 27
9 No sé/No Recuerdo → Ir a la Pregunta 27

26. ¿Por qué tuvo que volver al hospital su bebé después de ser dado de alta? Voy a leer una lista de razones, Para cada una, por favor, dígame si fue una razón para su bebé. ¿Fue a causa de _____?

(PREGUNTA GUIA: Después de ser dado de alta, ¿tuvo que regresar su bebé al hospital debido a _____?)

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Problemas respirando				
b. Dificultades en alimentación				
c. Deshidratación				
d. Cirugía				
e. Lesión				
f. Abstinencia de drogas				
g. Ictericia				
h. Fiebre				
i. Infecciones respiratorias o de otro tipo				
j. Detección o reevaluación de audiología				
k. ¿Tuvo que ir al hospital por otra razón?				
l. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Cuál fue?				

27. ¿Su bebé está viviendo con usted *actualmente*? ¿Usted diría _____?

- 1 No, él o ella está viviendo con su padre biológico → Ir a la Pregunta 31
- 2 No, él o ella está viviendo con otro miembro de la familia → Ir a la Pregunta 31
- 3 No, él o ella está siendo cuidado en un orfanato → Ir a la Pregunta 31

- 4 No, él o ella ha sido adoptado por otra persona → Ir a la Pregunta 31
 5 No, él o ella falleció → Sentimos mucho su pérdida. Ir a la Pregunta 31
 6 Sí

- (No Leer) 8 Rechazó → Ir a la Pregunta 31
 9 No sé/No Recuerdo → Ir a la Pregunta 31

28. ¿Qué edad tenía su bebé la última vez que tuvo una visita de salud o chequeo?

- 1 Edad en meses [_____] [Rango: 0 – 10]

- (No Leer) 2 Su bebé nunca ha tenido una visita de salud o chequeo
 8 Rechazó
 9 No sé/No Recuerdo

29. Voy a leer una lista sobre el comportamientos de su bebé. Para cada una, por favor dígame si le aplica a su bebé. Para cada pregunta, diga **No** si no le aplica a su bebé, **A veces** si le aplica a veces, o **Frecuentemente** si le aplica a su bebé todo el tiempo.

Acciones	(No Leer)				
	No (1)	A veces (2)	Frecuentemente (3)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. ¿Su bebé tiene dificultades estando con personas nuevas?					
b. ¿Su bebé tiene dificultades en lugares nuevos?					
c. ¿Su bebé tiene dificultades con cambios?					
d. ¿A su bebé le molesta ser cargado por otras personas?					
e. ¿Su bebé llora mucho?					
f. ¿A su bebé se le hace difícil tranquilizarse?					
g. ¿Su bebé es quisquilloso o irritable?					
h. ¿Es difícil consolar a su bebé?					
i. ¿Es difícil mantener a su bebé en un horario o rutina?					
j. ¿Es difícil dormir a su bebé?					
k. ¿Usted tiene dificultades durmiendo suficiente debido a su bebé?					
l. ¿Su bebé tiene problemas quedándose dormido?					

30. Voy a leer una lista de cosas sobre el desarrollo de su bebé. Para cada una, por favor dígame cuánto está haciéndolo su bebé ahora mismo. Para cada pregunta, diga **Aún no** si su bebé aún no lo está haciendo, **Más o menos** si su bebé lo hace a veces, o **Mucho** si su bebé lo hace todo el tiempo. Si su bebé ya no hace algo, por favor díganos la opción que describe cuánto solía hacerlo.

(PREGUNTA GUIA: ¿Usted diría que lo hace _____ aún no lo hace, más o menos, o lo hace mucho?)

Acciones	(No Leer)				
	Aún no (1)	Más o menos (2)	Mucho (3)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Sube sus manos para ser cargado					
b. Se pone en posición sentada por si solo					
c. Coge la comida y se la come					
d. Se levanta a la posición parada					
e. Participa en juegos como palmaditas y escondite					
f. Llama a sus padres “mamá” o “papá” o nombres similares					
g. Mira a su alrededor cuando alguien dice cosas como “¿Donde está tu biberón?” o “¿Donde está tu pañito?”					
h. Imita sonidos que hacen otras personas					
i. Camina a través de un cuarto sin ayuda					
j. Sigue instrucciones como "Ven aquí" o "Dame la bola"					

31. Desde que nació su bebé, ¿ha utilizado alguno de los siguientes servicios? Voy a leer una lista de servicios. Para cada una, dígame si ha utilizado alguno de los servicios desde que nació su bebé.

Servicios	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. WIC				
b. SNAP				
c. Grupos de apoyo a padres				
d. Asistencia para vivienda				
e. Asistencia financiera				
f. Asistencia de transportación				
g. Cuidado para niños de emergencia				

Las siguientes preguntas son sobre cosas que usted puede haber experimentado en los pasados 30 días. En los últimos 30 días, díganos con qué frecuencia se cumplen las siguientes afirmaciones:

32. “Nos preocupábamos si nuestra comida se nos acabaría antes de tener dinero para comprar más.”
¿Usted diría que esto fue usualmente cierto, a veces cierto o nunca cierto en los últimos 30 días?

- 1 Usualmente cierto
- 2 A veces cierto
- 3 Nunca cierto

- (No Leer) 8 Rechazó
 9 No sé/No Recuerdo

33. “La comida que compramos simplemente no duraba y no teníamos dinero para comprar o conseguir más.”
 ¿Usted diría que esto fue usualmente cierto, a veces cierto o nunca cierto en los últimos 30 días?

- 1 Usualmente cierto
 2 A veces cierto
 3 Nunca cierto

- (No Leer) 8 Rechazó
 9 No sé/No Recuerdo

Estas últimas preguntas son a cerca de cosas que pueden haber pasado o que usted puede haber experimentado antes de que tuviera 18 años de edad. Entendemos que algunas de estas preguntas pueden ser difíciles, pero sus contestaciones nos ayudarían a entender algunas de las cosas que las personas pueden experimentar cuando están creciendo.

34. Cuando eras menor, durante los primeros 18 años de edad ...

Preguntas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. ¿Sus padres estuvieron divorciados o separados <i>en algún</i> momento?				
b. ¿Su mamá era menor de 18 años cuando le tuvo?				
c. ¿Su papá era menor de 18 años cuando nació?				
d. ¿Vivió con alguien que bebía mucho o era alcohólico?				
e. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o suicida?				
f. ¿Vivió con alguien que usó drogas ilegales o que abusó de medicamentos recetados?				
g. ¿Vivió con alguien que cumplió una condena o fue condenado a cumplir una condena en una prisión, cárcel u otra institución correccional?				
h. ¿Tuvo que mudarte de casas o irse del lugar donde estabas viviendo frecuentemente?				
i. ¿Le gustaba ir a la escuela?				
j. ¿Dejó la escuela antes de poder graduarte?				
k. ¿Le hicieron <i>bullying</i> ?				