



Centers for Birth Defects Research and Prevention
Birth Defects Study To Evaluate Pregnancy exposureS (BD-STEPS)
Computer-Assisted Telephone Interview

Questionnaire Version 8.0

For CATI version 8.0

Spanish Translation

August 1, 2019

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 55 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 (0920-0010).

Table of Contents

OPENING STATEMENT:.....	4
Section A: ESTABLISHING DATES.....	4
Section B: MULTIPLE GESTATION.....	5
Section C: PREGNANCY HISTORY.....	8
Section D: FAMILY HISTORY.....	10
Section E: FERTILITY.....	14
MATERNAL HEALTH INTRODUCTION.....	22
Section F: DIABETES.....	22
Section G: CANCER.....	30
Section H: HEART PROBLEMS.....	31
Section I: THYROID DISEASE.....	41
Section J: ASTHMA.....	46
Section K: EPILEPSY.....	56
Section L: MIGRAINE.....	61
Section M: AUTOIMMUNE DISEASE.....	66
Section N: TRANSPLANT RECEIPT.....	74
Section O: DEPRESSION / ANXIETY.....	77
Section P: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD).....	82
Section Q: CHRONIC DISEASE CATCH-ALL QUESTION.....	87
Section R: FEVERS.....	90
Section S: GENITOURINARY INFECTIONS.....	91
Section T: INFECCIONES.....	98
Section U: INFORMACIÓN SOBRE VIAJES.....	102
Section V: MEDICATIONS / HERBALS / VITAMINS.....	107
Section W: STRESS.....	144
Section X: PHYSICAL ACTIVITY.....	146
Section Y: OBESITY.....	149
Section Z: DENTAL PROCEDURES.....	152
Section AA: TABAQUISMO.....	158
Section BB: MARIJUANA.....	160

Section CC: ALCOHOL..... 162
Section DD: RESIDENCE HISTORY..... 163
Section EE: MATERNAL OCCUPATION..... 164
Section FF: RACE / ACCULTURATION / EDUCATION..... 166
Section GG: INSURANCE STATUS..... 169
Section HH: CLOSING..... 170
Section II: INTERVIEWER REMARKS..... 174

OPENING STATEMENT:

En esta encuesta le haré preguntas acerca de su familia, su salud, sus hábitos de vida. Las preguntas cubren muchos temas porque no sabemos las causas de la mayoría de los defectos de nacimiento. Estudiaremos las respuestas de miles de madres con la esperanza de descubrir algo nuevo acerca de las causas de los defectos de nacimiento. Puede estar segura de que sus respuestas se mantendrán en confidencialidad.

ENTER DATE OF CONSENT: MM/DD/YYYY (TODAY'S DATE IF UNKNOWN)

Section A: ESTABLISHING DATES

NOTE: THE WORDING FOR TABS AND STILLBIRTHS ARE THE SAME.

Voy a hacerle muchas preguntas sobre el periodo antes y mientras estaba embarazada [TAB: de [NOIB]; afectado por un defecto de nacimiento]. Pero antes, necesito que me diga algunas fechas.

A1. [¿Cuál es la fecha de nacimiento de [NOIB]?; TAB: ¿En qué fecha terminó el embarazo que se vio afectado por un defecto de nacimiento?]

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

A2. ¿Qué fecha le dio el médico o otro proveedor de atención médica como día de parto [de [NOIB]; TAB: del embarazo afectado]? Es decir, ¿cuándo se esperaba que naciera [[NOIB]; TAB: el/la bebé]? [Note: IF MOM KNOWS DUE DATE, CATI WILL CALCULATE WHICH PREGNANCY MONTHS CORRESPOND WITH CALENDAR DATES. IF MOM DOES NOT KNOW DUE DATE, USE THE EDD RECORDED IN THE TRACKING DATABASE TO CALCULATE DATES.]

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY
→IF NOIB IS TAB OR STILLBIRTH, SKIP TO A6

A3. ¿Aún vive [NOIB]?

- a. YES → SKIP TO A6
- b. NO → CONTINUE TO A4
- c. DK → SKIP TO A6
- d. RF → SKIP TO A6

A4. ¿De qué murió él/ella? IF NEEDED, ASK THE MOTHER TO BE AS SPECIFIC AS POSSIBLE

a. SPECIFY: _____ DK RF

A5. ¿Qué edad tenía él/ella cuando murió? NOTE: IF THE BABY LIVED LESS THAN 24 HOURS, THE RESPONSE LESS THAN 1 DAY CAN BE RECORDED AS 1 DAY.

a. AGE: _____ DK RF

i. UNITS: _____ (DÍAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)

A6. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de usted? (MOTHER'S)

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

A7. Me gustaría preguntarle acerca del padre natural o biológico [TAB: de [NOIB]/el/la/bebé]. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? [PROBE: IF DK: ¿Usted no sabe la fecha de nacimiento o no conoce el padre biológico?]

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

b. DK WHO FATHER IS

Section B: MULTIPLE GESTATION

B1. En [TAB: su embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo afectado], ¿cuántos bebés llevaba en el vientre? PROBE: ¿Llevaba en el vientre un solo bebé, gemelos (mellizos) o más bebés?

a. Number: _____

i. IF 1 (SINGLE BABY) → SKIP TO NEXT SECTION

ii. IF ≥ 2 (TWINS OR HIGHER ORDER MULTIPLE) → CONTINUE TO B2; IF
TAB: SKIP TO NEXT SECTION

iii. DK → SKIP TO NEXT SECTION

iv. RF → SKIP TO NEXT SECTION

B2. ¿El otro bebé sigue vivo/los otros bebés siguen vivos?

a. Si, todos los otros bebes estan vivos

b. Algunos bebes estan vivos, otros no

c. No, ningun otro bebe esta vivo

d. DK

e. RF

B3. ¿Además del bebé del que ya hablamos, qué era el sexo del [B1=2: otro; B1 > 2: [1er, 2o, etc.] otro] bebé?[RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY]

a. Niña

b. Niño

c. Indeterminado

d. DK

e. RF

B4. ¿Fue este bebé afectado por un defecto de nacimiento? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY]

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

B5. ¿Cuál fue el defecto de nacimiento? ¿Alguna otra cosa? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY] [IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... [READ LIST]]?

DEFECTO (ESPECIFIQUE): _____ PROMPTS:

- ¿Un defecto en el corazón? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tiene en el corazón? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Agujero oval persistente, también llamado "PFO"
 - Conducto arterioso persistente, también llamado "PDA"
 - Comunicación interauricular, también llamada "ASD"
 - Comunicación auriculoventricular, también llamada "AVSD"
 - Coartación de la aorta
 - Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico
 - Tetralogía de Fallot
 - Drenaje venoso pulmonar total anómalo
 - Transposición de las grandes arterias
 - Tronco arterioso o tronco arterioso común
 - Comunicación interventricular (VSD)
- ¿Un problema con la espalda o la columna vertebral del bebé? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Un defecto del tubo neural, como espina bífida o anencefalia, también llamada "columna vertebral abierta"
 - Escoliosis
- ¿Una abertura en el labio o en el paladar, llamada labio hendido o paladar hendido?
- ¿El cerebro o cráneo anormales, lo cual podría haber sido mencionado como agua en el cerebro o cráneo faltante?
- ¿Un problema con sus ojos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Anoftalmía, que es la ausencia de uno o ambos ojos
 - Microftalmia, cuando uno o ambos ojos son muy pequeños
- ¿Un problema con sus oídos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el

bebé? ¿Fue... (READ LIST)?

- Anotia, que es la ausencia de una o ambas orejas
- Microtia, que es cuando una o ambas orejas son muy pequeñas
- ¿Anomalías en un brazo o una pierna, como la ausencia de algunas partes o la presencia de partes adicionales?
- ¿Un problema con los órganos internos, como los intestinos? IF THE MOTHER REPORTS A PROBLEM WITH THE INTESTINES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Atresia intestinal o estenosis, que es cuando falta parte del intestino o una parte del intestino es muy pequeña
 - Gastrosquisis, que es cuando los intestinos del bebé salen del cuerpo a través de un orificio al lado del ombligo
 - Hernia diafragmática, que es un orificio en el diafragma que permite que los órganos pasen al tórax

- a.
- b. No sabe
- c. Se negó a responder

B6. FOR SAME SEX TWINS ONLY: La siguiente pregunta es para determinar qué tanto se parecen sus gemelos. Hay tres opciones. ¿Diría usted que sus gemelos: [READ OPTIONS]

- a. Son/eran prácticamente idénticos, tan físicamente parecidos como "dos gotas de agua"; o
- b. Tan parecidos como hermanos o hermanas típicos de la misma edad; o
- c. No se parecen mucho?
- d. DK
- e. RF

Section C: PREGNANCY HISTORY

Ahora voy a preguntarle sobre su experiencia con los embarazos.

C1. ¿ Antes [de [NOIB]; [TAB] del embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]], cuántas veces estuvo embarazada, incluyendo los embarazos que hayan terminado en aborto espontáneo, parto muerto, aborto inducido u otro resultado?

- a. NUMBER: _____
 - i. If 0 → SKIP TO THE NEXT SECTION
 - ii. If >0 → CONTINUE TO C2
- b. DK → SKIP TO THE NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO THE NEXT SECTION

C2. ¿Cuándo terminó el último embarazo antes [TAB: del [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YYYY OR
- b. Time period ago: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas

C3a. ¿Ese embarazo terminó en un nacido vivo? [IF A MULTIPLE PREGNANCY HAD AT LEAST ONE FETUS BORN LIVE, SELECT YES]

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 2/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2
- b. NO → CONTINUE TO C3b
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2

C3b. ¿Ese embarazo terminó en un (READ CATEGORIES: parto muerto, aborto inducido, aborto espontáneo o algún otro desenlace clínico)? IF 2 OR MORE OUTCOMES IN 1 PREGNANCY SELECT OTHER

- a. Parto muerto → CONTINUE TO C4
- b. Aborto inducido → CONTINUE TO C4
- c. Aborto espontáneo → CONTINUE TO C4
- d. OTRO, ESPECIFIQUE: → CONTINUE TO C4
- e. DK → SKIP TO C4/NEXT SECTION
- f. RF → SKIP TO C4/NEXT SECTION

C4. IF REPORTING ANY OUTCOME BESIDES LIVE BIRTH: ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando terminó el embarazo? Por ejemplo, ¿qué semana o mes? [IF MORE THAN 1 OUTCOME AND OUTCOMES ENDED ON DIFFERENT DATES, RECORD THE LATEST DATE]

- a. AMOUNT: _____ SKIP TO NEXT SECTION IF C1a=1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2

i. UNITS: _____(DIAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)

b. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a=1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2

C5a. IF MORE THAN 1 PREVIOUS PREGNANCY: Ahora, me gustaria preguntarle sobre otros embarazos, empezando por el primero

C5b. INTERVIEWER, PLEASE ENTER IN (C1# - 1) BELOW

C5c. Did your [1st, etc] pregnancy end in a live birth?

a. YES → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

b. NO → CONTINUE TO C6

c. DK → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

d. RF → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

C6. ¿Ese embarazo terminó en (READ CATEGORIES): parto muerto, aborto inducido, aborto espontáneo o algún otro desenlace clínico)? [IF 2 OR MORE OUTCOMES IN 1 PREGNANCY ENTER IN OTHER]

a. Parto muerto → CONTINUE TO C7

b. Aborto inducido → CONTINUE TO C7

c. Aborto espontáneo → CONTINUE TO C7

d. OTRO, ESPECIFIQUE: → CONTINUE TO C7

e. DK → CONTINUE TO C7

f. RF → CONTINUE TO C7

C7. IF REPORTING ANY OUTCOME BESIDES LIVE BIRTH: ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando terminó el embarazo? Por ejemplo: ¿qué semana o mes? [IF MORE THAN 1 OUTCOME AND OUTCOMES ENDED ON DIFFERENT DATES, RECORD THE LATEST DATE]

a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

i. UNITS: _____(DÍAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)

b. DK → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

c. RF → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

Section D: FAMILY HISTORY

D1. ¿Tuvo usted algún problema de salud al nacer o algún defecto de nacimiento que haya sido diagnosticado en su niñez?

- a. YES → Continue to D2
- b. NO → Skip to D3
- c. DK → Skip to D3
- d. RF → Skip to D3

D2. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS: “¿Sabe el nombre del problema que tenía? ¿Fue...” READ LIST]]

a. DEFECTO (ESPECIFIQUE): _____ PROMPTS:

- ¿Un defecto en el corazón? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tiene en el corazón? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Agujero oval persistente, también llamado “PFO”
 - Conducto arterioso persistente, también llamado “PDA”
 - Comunicación interauricular, también llamada “ASD”
 - Comunicación auriculoventricular, también llamada “AVSD”
 - Coartación de la aorta
 - Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico
 - Tetralogía de Fallot
 - Drenaje venoso pulmonar total anómalo
 - Transposición de las grandes arterias
 - Tronco arterioso o tronco arterioso común
 - Comunicación interventricular (VSD)
- ¿Un problema con la espalda o la columna vertebral del bebé? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tenía? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Un defecto del tubo neural, como espina bífida o anencefalia, también llamada "columna vertebral abierta"
 - Escoliosis
- ¿Una abertura en el labio o en el paladar, llamada labio hendido o paladar hendido?
- ¿El cerebro o cráneo anormales, lo cual podría haber sido mencionado como agua en el cerebro o cráneo faltante?
- ¿Un problema con sus ojos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tenía? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Anoftalmía, que es la ausencia de uno o ambos ojos
 - Microftalmia, cuando uno o ambos ojos son muy pequeños
- ¿Un problema con sus oídos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tenía? ¿Fue... (READ LIST)?

- Anotia, que es la ausencia de una o ambas orejas
 - Microtia, que es cuando una o ambas orejas son muy pequeñas
 - ¿Anomalías en un brazo o una pierna, como la ausencia de algunas partes o la presencia de partes adicionales?
 - ¿Un problema con los órganos internos, como los intestinos? IF THE MOTHER REPORTS A PROBLEM WITH THE INTESTINES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tenía? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Atresia intestinal o estenosis, que es cuando falta parte del intestino o una parte del intestino es muy pequeña
 - Gastrosquisis, que es cuando los intestinos del bebé salen del cuerpo a través de un orificio al lado del ombligo
 - Hernia diafragmática, que es un orificio en el diafragma que permite que los órganos pasen al tórax
 - ¿Un problema genético? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre de su enfermedad? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Síndrome de Down o trisomía 21
 - Trisomía 18 o síndrome de Edwards
 - Trisomía 13 o síndrome de Patau
 - Cromosoma X frágil
 - Alguna otra alteración de los cromosomas
- b. No sabe
- c. Se negó a responder

D3. IF FATHER UNKNOWN, SKIP TO D5: ¿Tuvo el padre biológico o natural [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado] algún problema de salud al nacer o algún defecto de nacimiento que haya sido diagnosticado en su niñez?

- a. YES → Continue to D4
- b. NO → Skip to D5/next section
- c. DK → Skip to D5/next section
- d. RF → Skip to D5/next section

D4. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS: “¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue...” READ LIST]]
DEFECTO (ESPECIFIQUE): _____ PROMPTS:

- ¿Un defecto en el corazón? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tiene en el corazón? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Agujero oval persistente, también llamado “PFO”
 - Conducto arterioso persistente, también llamado “PDA”
 - Comunicación interauricular, también llamada “ASD”
 - Comunicación auriculoventricular, también llamada “AVSD”

- Coartación de la aorta
- Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico
- Tetralogía de Fallot
- Drenaje venoso pulmonar total anómalo
- Transposición de las grandes arterias
- Tronco arterioso o tronco arterioso común
- Comunicación interventricular (VSD)
- ¿Un problema con la espalda o la columna vertebral del bebé? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Un defecto del tubo neural, como espina bífida o anencefalia, también llamada "columna vertebral abierta"
 - Escoliosis
- ¿Una abertura en el labio o en el paladar, llamada labio hendido o paladar hendido?
- ¿El cerebro o cráneo anormales, lo cual podría haber sido mencionado como agua en el cerebro o cráneo faltante?
- ¿Un problema con sus ojos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Anoftalmía, que es la ausencia de uno o ambos ojos
 - Microftalmia, cuando uno o ambos ojos son muy pequeños
- ¿Un problema con sus oídos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Anotia, que es la ausencia de una o ambas orejas
 - Microtia, que es cuando una o ambas orejas son muy pequeñas
- ¿Anomalías en un brazo o una pierna, como la ausencia de algunas partes o la presencia de partes adicionales?
- ¿Un problema con los órganos internos, como los intestinos? IF THE MOTHER REPORTS A PROBLEM WITH THE INTESTINES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Atresia intestinal o estenosis, que es cuando falta parte del intestino o una parte del intestino es muy pequeña
 - Gastrosquisis, que es cuando los intestinos del bebé salen del cuerpo a través de un orificio al lado del ombligo
 - Hernia diafragmática, que es un orificio en el diafragma que permite que los órganos pasen al tórax
- ¿Un problema genético? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre de la afección del bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Síndrome de Down o trisomía 21
 - Trisomía 18 o síndrome de Edwards
 - Trisomía 13 o síndrome de Patau
 - Cromosoma X frágil
 - Alguna otra alteración de los cromosomas

d.

- e. No sabe
- f. Se negó a responder

D5. IF PREVIOUS PREGNANCIES REPORTED: ¿Alguno de [TAB: los hermanos o hermanas de [NOIB]; los] hermanos o hermanas tuvieron algún problema de salud al nacer o un defecto de nacimiento diagnosticado durante el embarazo o en la infancia? No incluya a medios hermanos o hermanastros. Incluya a los hermanos fallecidos y los embarazos anteriores que hayan terminado en un aborto espontáneo, parto muerto o aborto inducido.

- a. YES → Continue to D6
- b. NO → Skip to next section
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

D6. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS: “¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue...” [READ LIST]]

a. DEFECTO (ESPECIFIQUE): _____ PROMPTS:

- ¿Un defecto en el corazón? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tiene en el corazón? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Agujero oval persistente, también llamado “PFO”
 - Conducto arterioso persistente, también llamado “PDA”
 - Comunicación interauricular, también llamada “ASD”
 - Comunicación auriculoventricular, también llamada “AVSD”
 - Coartación de la aorta
 - Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico
 - Tetralogía de Fallot
 - Drenaje venoso pulmonar total anómalo
 - Transposición de las grandes arterias
 - Tronco arterioso o tronco arterioso común
 - Comunicación interventricular (VSD)
- ¿Un problema con la espalda o la columna vertebral del bebé? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Un defecto del tubo neural, como espina bífida o anencefalia, también llamada "columna vertebral abierta"
 - Escoliosis
- ¿Una abertura en el labio o en el paladar, llamada labio hendido o paladar hendido?
- ¿El cerebro o cráneo anormales, lo cual podría haber sido mencionado como agua en el cerebro o cráneo faltante?
- ¿Un problema con sus ojos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?

- Anoftalmía, que es la ausencia de uno o ambos ojos
 - Microftalmia, cuando uno o ambos ojos son muy pequeños
 - ¿Un problema con sus oídos? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Anotia, que es la ausencia de una o ambas orejas
 - Microtia, que es cuando una o ambas orejas son muy pequeñas
 - ¿Anomalías en un brazo o una pierna, como la ausencia de algunas partes o la presencia de partes adicionales?
 - ¿Un problema con los órganos internos, como los intestinos? IF THE MOTHER REPORTS A PROBLEM WITH THE INTESTINES, ASK: ¿Sabe el nombre del problema que tuvo el bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Atresia intestinal o estenosis, que es cuando falta parte del intestino o una parte del intestino es muy pequeña
 - Gastrosquisis, que es cuando los intestinos del bebé salen del cuerpo a través de un orificio al lado del ombligo
 - Hernia diafragmática, que es un orificio en el diafragma que permite que los órganos pasen al tórax
 - ¿Un problema genético? IF YES, ASK: ¿Sabe el nombre de la afección del bebé? ¿Fue... (READ LIST)?
 - Síndrome de Down o trisomía 21
 - Trisomía 18 o síndrome de Edwards
 - Trisomía 13 o síndrome de Patau
 - Cromosoma X frágil
 - Alguna otra alteración de los cromosomas
- g. No sabe
- h. Se negó a responder

Section E: FERTILITY

Ahora tengo unas preguntas en particular sobre el embarazo [TAB: de NOIB; que terminó el [DOIB/DOPT]].

- E1. ¿Cuánto tiempo estuvo tratando de quedar embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo afectado] antes de quedar embarazada? [READ OPTIONS]
- a. No estábamos intentando → Skip to E14b IF PREVIOUS PREGNANCIES; SKIP TO E15 IF NO PREVIOUS PREGNANCIES
 - b. Menos de 6 meses
 - c. 6 meses o más, pero menos de un año
 - d. Un año o más, pero menos de 3 años
 - e. 3 años o más, pero menos de 5 años

- f. 5 años o más, pero menos de 7 años
- g. 7 años o más
- h. DK
- i. RF

E2a. En los dos meses antes de quedar embarazada de [TAB:[NOIB];el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]] ¿usó fertilización in vitro, también conocida como la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, también conocida como ICSI, o la inseminación artificial para ayudar a quedar embarazada?

- a. YES → CONTINUE TO E2b
- b. NO → SKIP TO E9
- c. DK → SKIP TO E9
- d. RF → SKIP TO E9

E2b. ¿Qué procedimiento o procedimientos usaste? READ LIST (INDICATE ALL THAT APPLY):

- a. Fertilización in vitro o FIV
- b. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides o IICE
- c. Inseminación artificial
- d. DK -> SKIP TO E9
- e. RF -> SKIP TO E9

IF YES TO ONLY ONE PROCEDURE → SKIP TO E4

IF YES TO MORE THAN ONE PROCEDURE → CONTINUE TO E3

E3. ¿Cuál fue el último procedimiento que usó antes de quedar embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo afectado]?

- a. Fertilización in vitro o FIV
- b. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides o IICE
- c. Inseminación artificial
- d. DK
- e. RF

E4. ¿Cuál fue la fecha de ese procedimiento?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YYYY

E5. ¿Se usaron óvulos de algún donante, esperma de algún donante, o embriones de algún donante el [DATE] / (IF UNSPECIFIED DATE) durante este último procedimiento]?

- a. YES → Continue to E6
- b. NO → Skip to E7
- c. DK → Skip to E7
- d. RF → Skip to E7

E6. ¿Cuáles se utilizaron? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Óvulos de una donante
- b. Esperma de un donante
- c. Embrión de una donante
- d. DK
- e. RF

E7. ¿Se usaron óvulos congelados, esperma congelado o embriones congelados el [DATE OF PROCEDURE, ANSWER E4]?

- a. YES → Continue to E8
- b. NO → Skip to E9
- c. DK → Skip to E9
- d. RF → Skip to E9

E8. ¿Cuáles se utilizaron? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Óvulos congelados
- b. Esperma congelados
- c. Embriones congelados
- d. DK
- e. RF

E9. Durante los dos meses anteriores a quedar embarazada de [TAB: [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]], ¿tomó alguno de los siguientes medicamentos como ayuda para quedar embarazada?

- a. YES → ASK E9a
- b. NO → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b.
- c. DK → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b.
- d. RF → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b

E9a. ¿Tomaste Clomid o citrato de clomifeno?

- i. YES → ASK E10a
- ii. NO → ASK E9b
- iii. DK → ASK E9b
- iv. RF → ASK E9b

E9b. ¿Tomaste Letrozole/Femara?

- i. YES → ASK E10b
- ii. NO → ASK E9c
- iii. DK → ASK E9c
- iv. RF → ASK E9c

E9c. ¿Tomó alguna otro cosa?

- i. YES → ASK E9d
- ii. NO → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b
- iii. DK → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b
- iv. RF → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b

E9d. ¿Que tomaste? IF CAN'T RECALL, READ LIST:

- i. Bromocriptine
- ii. Danazol
- iii. Danocrine
- iv. Depo-Provera
- v. Factrel
- vi. Lupron
- vii. Lutrepulse
- viii. Metrodin
- ix. Parlodel
- x. Pergonal
- xi. Pregnyl
- xii. Profasi HP
- xiii. Provera
- xiv. Serophene
- xv. Synarel
- xvi. OTHER, SPECIFY: _____
- xvii. DK
- xviii. RF

E10a. IF E9a = YES: ¿Cuántas pastillas de Clomid o citrato de clomifeno tomó al día en su último ciclo antes de quedar embarazada?

- a. NUMBER: _____
- b. DK
- c. RF

GO BACK TO E9b

E10b IF E9b = YES: ¿Cuántas pastillas de Letrozole/Femara tomó al día en su último ciclo antes de quedar embarazada?

- a. NUMBER: _____
- b. DK
- c. RF

GO BACK TO E9c

E11. IF REPORT ANY FERTILITY PROCEDURES OR MEDICATIONS: ¿Cuántos ciclos menstruales con tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) tenía usted antes de [TAB: quedar embarazada de [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]?

- a. 1 ciclo
- b. 2-3 ciclos

- c. 4-6 ciclos
- d. > 6 ciclos
- e. DK
- f. RF

E12. INDICATE ALL THAT APPLY IF REPORT ANY FERTILITY PROCEDURES OR MEDICATIONS: ¿Cuáles fueron los motivos para los tratamientos de fertilidad? ¿Fue...? [READ OPTIONS]

- a. Aflicción femenina, tales como bloqueo de las trompas de Falopio o síndrome de ovario poliquístico → CONTINUE TO E13
- b. Aflicción masculina, tales como conteo bajo o movilidad reducida de los espermatozoides → SKIP TO E14b IF PREVIOUS PREGNANCY REPORTED/E15 IF ONLY ONE PREGNANCY REPORTED
- c. No tiene pareja del sexo masculino → SKIP TO E14b/E15
- d. Sin explicación → SKIP TO E14b/E15
- e. DK → SKIP TO E14b/E15
- f. RF → SKIP TO E14b/E15

E13. IF REPORT FEMALE FACTOR: ¿Cuál fue la aflicción femenina? ¿Fue...? [READ OPTIONS; INDICATE ALL THAT APPLY]

- a. Bloqueo de las trompas de Falopio
- b. Síndrome de ovario poliquístico (SOP)
- c. Endometriosis
- d. Problemas de ovulación (períodos irregulares)
- e. OTHER, SPECIFY:
- f. DK
- g. RF

E14. IF PREVIOUS PREGNANCY REPORTED: ¿Alguna vez concibió un embarazo previo usando... [READ ALL, INDICATE ALL THAT APPLY]...

E14b	Pastillas estimulantes de la ovulación, tales como Clomid o Femara	YES	NO	DK	RF
E14c.	Inseminación artificial	YES	NO	DK	RF
E14d	Fertilización in vitro o FIV; o	YES	NO	DK	RF
E14e.	Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides	YES	NO	DK	RF

	o IICE				
--	--------	--	--	--	--

E15. Durante el primer trimestre de su embarazo de [TAB: [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]], ¿tomó algún medicamento para prevenir complicaciones del embarazo o amenaza de pérdida del embarazo, como hormonas, esteroides o inyecciones?

- a. YES → CONTINUE TO E16
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

E16. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [LIST ALL. IF CAN'T RECALL, READ LIST: ¿Fue...?]

- a. Depo-Provera
- b. Sulfato de magnesio
- c. Progesterona
- d. Inmunoglobulina RHo (D)
- e. Rhogam
- f. Bloqueadores de los canales de calcio
- g. Esteroides
- h. OTHER, SPECIFY: _____
- i. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- j. RF → SKIP TO NEXT SECTION

E17. ¿Qué día del primer trimestre comenzó a usar [ANSWER] para prevenir complicaciones o la pérdida del embarazo? [FOR DAY CAN INDICATE BEGINNING, MIDDLE, OR END OF MONTH. CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY **OR**
- b. Mes del embarazo (P1, P2, P3, T1)
- c. DK
- d. RF

E18. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER E16] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY **OR**
- b. Mes del embarazo (P1, P2, P3, T1) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP TO E20
- c. DK
- d. RF

OR

E19. ¿Por cuánto tiempo lo tomó? Puede decir la cantidad de tiempo por día, por semana o por mes.

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

E20. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER E16] en los primeros tres meses de su embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, o por mes o durante todo el período de 3 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

(THE FOLLOWING SPECIAL CODES ARE ALSO INCLUDED IN ALL THE RESPONSE OPTIONS FOR ALL MEDICATION FREQUENCY QUESTIONS:

- IV (Any) (includes IV Continuous and IV pump)
- Patch (worn continuously)
- Schedule varied/only as needed (NOTE: Only use this code as a last resort, and always **document what Subject said in a Comment.**)
- Tapering frequency (**document what Subject said in a Comment**)
- Per time period (Refers to the number of times Subject took a drug between the dates she reported.)

MATERNAL HEALTH INTRODUCTION

En este momento y durante la entrevista le haré preguntas acerca de enfermedades que haya tenido y de varios tipos de medicamentos y remedios que haya usado. Muchas de estas preguntas se referirá al período de 4 meses, desde el mes anterior de su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo. Por favor, incluya todos los medicamentos recetados por un profesional médico y medicamentos que haya recibido sin receta, ya sea de tiendas, farmacias, amistades o parientes, y también hierbas o remedios caseros. Si usted completa el formulario de medicamento que enviamos con su paquete preliminar sería de gran ayuda de tenerlo con usted para estas preguntas. Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su salud.

Section F: DIABETES

F1. ¿Alguna vez le informó algún médico o otro proveedor de atención médica que tenía diabetes, (incluso diabetes gestacional), a veces llamada diabetes mellitus o azúcar en la sangre?

- a. YES → CONTINUE TO F2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

F2. ¿Qué tipo de diabetes tenía o tiene actualmente usted? ¿Era (READ LIST)?

- a. Gestacional, es decir, solamente durante el embarazo
- b. Tipo I, llamada diabetes insulino dependiente o juvenil
- c. Tipo II, llamada diabetes que no depende de insulina o diabetes del adulto
- d. DK
- e. RF

F3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez, diabetes relativo a [su embarazo de [NOIB]/ TAB: el embarazo afectado]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- a. ¿Antes de su embarazo, y no durante ningún otro embarazo?
- b. ¿Durante su embarazo previo?
- c. ¿Durante este embarazo de [TAB: [NOIB]/el embarazo afectado]?
- d. DK
- e. RF

IF F2=a, d, or e OR F3=b, c, d, e THEN SKIP TO F7 [ONLY ASK F4 if F2 = b or c AND F3=a]

F4. Antes o después de [su embarazo with NOIB]: TAB/STILLBIRTH: the affected pregnancy], ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO F5
- b. NO → SKIP TO F7

- c. DK → SKIP TO F7
- d. RF → SKIP TO F7

F5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO F7
- b. NO → GO TO F6
- c. DK → SKIP TO F7
- d. RF → SKIP TO F7

F6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre
- c. DK
- d. RF

F7. ¿Cómo se controló la diabetes y sus complicaciones durante el tiempo transcurrido entre el mes anterior a su embarazo y el final del tercer mes de embarazo? GIVE OPTIONS; INDICATE ALL THAT APPLY.

- a. Tomó medicinas u otros remedios → IF YES, CONTINUE TO F8 AFTER QUERYING F7b-F7d
- b. Modificó sus hábitos alimenticios → IF YES, ASK F19
- c. Controló su peso o el aumento de peso → IF YES, ASK F19
- d. Hizo otra cosa → IF YES, ASK F20
- e. NINGUNO DE LOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE → SKIP TO F22
- f. DK → SKIP TO F22
- g. RF → SKIP TO F22

F8. IF F7=a: ¿Qué medicamentos tomó?/¿Tomó algo más? LIST ALL. [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST. ¿Tomó usted...?]

- a. Actos
- b. Amaryl
- c. Byetta
- d. Diabeta
- e. Diabinese
- f. Glucophage

- g. Glucotrol
- h. Glucotrol XL
- i. Glumetza
- j. Glyburide
- k. Glynase PresTab
- l. Humalog
- m. Humulin N
- n. Humulin R
- o. Januvia
- p. Lantus
- q. Levemir
- r. Metformin HCL
- s. Micronase
- t. Novolog
- u. Novolin N
- v. Novolin R
- w. Onglyza
- x. Prandin
- y. Precose
- z. Starlix
- aa. Victoza
- bb. OTHER (SPECIFY)
- cc. DK → SKIP TO F19/F20 OR F21
- dd. RF → SKIP TO F19/F20 OR F21

F9. ¿Usó [DRUG, ANSWER F8] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO F13
- b. NO → CONTINUE TO F10
- c. DK → CONTINUE TO F10
- d. RF → CONTINUE TO F10

F10. ¿Cuándo comenzó a usar [DRUG, ANSWER F8] para la diabetes por primera vez durante este período? (For day can indicate beginning, middle, or end of month) [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

F11. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER F8] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
 - b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO F10 AND F11, SKIP F12
 - c. DK
 - d. RF
- OR**

F12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

F13. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER F8] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT _____
 - i. Por día
 - ii. Por semana
 - iii. Por mes
 - iv. Por período
- b. DK
- c. RF

F14. ¿Tomó la misma dosis de [DRUG, ANSWER F8] cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO F15
- b. NO → SKIP TO F16a
- c. DK → CONTINUE TO F15
- d. RF → CONTINUE TO F15

F15. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER F8] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO F19 (IF F7b OR F7c also=YES), OR
→ SKIP TO F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES)
→ SKIP TO F21a (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

→

- i. UNITS:_____
- b. DK or RF → SKIP TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21a (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

FOR EACH DRUG UNIT RESPONSE IN SECTION F THROUGH X, THESE ARE THE OPTIONS:

- MICROGRAMOS
- MILIGRAMO(S)
- MILILITRO(S)
- CHUCHARADITA(S)
- CHUCHARADA(S)
- UNIDADES INTERNACIONALES
- PILDORA/CÁPSULA/CAPLET(S)
- SOPLO(S)
- GOTA(S)
- OTHER, SPECIFY
- DK, RF

F16a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- a. AMOUNT:_____ RF

F16b. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER F8]tomaste el [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT:_____

DK → SKIP TO F17

RF → SKIP TO F17

- ii. UNITS:_____

DK

RF

F17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

F18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY OR → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- b. MONTH OF PREGNANCY (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO F17 AND F18, SKIP F18a. CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- c. DK → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- d. RF → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

OR

F18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

(ANSWER F16b – F18a FOR ALL DOSES REPORTED IN F16a)

F19. Para modificar sus hábitos alimenticios o controlar su peso durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿hizo usted lo siguiente...? [READ OPTIONS AND ASK: ¿Hizo alguna otra cosa?]

- a. ¿Siguió una dieta específica para la diabetes?
- b. ¿Se alimentó más sanamente, pero no siguió una dieta específica para la diabetes?
- c. ¿Hacer ejercicio?
- d. OTRA COSA, ESPECIFIQUE _____
- e. NO SABE
- f. SE NEGÓ A RESPONDER

F20. IF F7d=YES: ¿Qué más hizo para controlarse la diabetes y sus complicaciones durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo?/ ¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

F21a. IF F7a = YES: ¿Cada cuánto le funciona el tomarse medicamentos o otros remedios para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo?

[READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces

- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21b. IF F7b = YES: ¿Cada cuánto le funciono el modificar sus hábitos alimenticios para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? [READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21c. IF F7c = YES: ¿Cada cuánto le funciono el controlar su peso para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? [READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21d. IF F7d = YES: ¿Cada cuánto le funciono [ACTIVITY TO MANAGE DIABETES, ANSWER F20] ([ACTIVITY TO MANAGE DIABETES, ANSWER F20]) para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? [RE-WORD APPROPRIATELY IF F20 = DO NOT KNOW. READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F22. El análisis de glucohemoglobina o "A uno C" mide la concentración media de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses y por lo general fluctúa entre 5.0 y 13.9. Cuando se embarazó de [TAB: [NOIB]; el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]], ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le había revisado la glucohemoglobina o "A uno C"?

- a. YES → CONTINUE TO F23
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION

d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

F23. ¿Cuál era su nivel de "A uno C" cuando le hicieron el análisis en la ocasión más cercana a cuando quedó embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]? PROBE: Si no puede recordar el número, ¿sabe si el número era normal o alto?

AMOUNT: _____/High/Normal/DK/RF

F24. ¿Cuándo le hicieron el análisis "A uno C"?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. RELATIVE TO PREGNANCY:
 - i. 1 mes a 3 meses antes del embarazo
 - ii. 4 meses a 6 meses antes del embarazo
 - iii. 6 meses a 1 año antes del embarazo
 - iv. Más de 1 año antes del embarazo
- c. DK
- d. RF

Section G: CANCER

G1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica que usted tenía cáncer o un tumor de cualquier tipo?

- a. YES → CONTINUE TO G2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

G2. ¿Qué tipo de cáncer era? CAN ENTER MULTIPLE SITES IF APPLICABLE

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

G3. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron cáncer **por primera vez**?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

G4. ¿Cuál es el estado actual de su cáncer? (READ OPTIONS) IF MOTHER SAYS “IN PARTIAL REMISSION”, RECORD AS ‘ACTIVE’.

- a. Activo → SKIP TO NEXT SECTION
- b. En remisión → CONTINUE TO G5
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

G5. ¿Hace cuánto tiempo que está en remisión?

- a. TIME: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas
 - iv. Días
- b. DK
- c. RF

Section H: HEART PROBLEMS

H1. ¿Tiene usted un problema cardíaco que ha estado presente desde su nacimiento? Por favor, no incluya los problemas que desaparecieron por sí solos. PROBE: Por favor, no incluya la arritmia, ya que hablaremos de ella más adelante.

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

H2. ¿Cuál es el problema?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

H3. ¿Tomó usted algún medicamento o remedio para el [HEART PROBLEM, ANSWER H2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su (pregnancy with [TAB: [NOIB]; the pregnancy that ended on [DOIB/DOPT]])?

- a. YES → CONTINUE TO H4
- b. NO → SKIP TO H15
- c. DK → SKIP TO H15
- d. RF → SKIP TO H15

H4. ¿Qué tomó?/¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____
- b. DK → SKIP TO H15
- c. RF → SKIP TO H15

H5. ¿Usó [HEART PROBLEM, ANSWER H4] durante todo el período, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H9
- b. NO → CONTINUE TO H6
- c. DK → CONTINUE TO H6
- d. RF → CONTINUE TO H6

H6. ¿Cuándo comenzó a tomar [HEART PROBLEM, ANSWER H4] por primera vez durante este período? (For day can indicate beginning, middle, or end of month) [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or

- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H7. ¿Cuándo tomó [HEART PROBLEM, ANSWER H4] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H6 AND H7, SKIP H8
- c. DK
- d. RF

OR

H8. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - iv. Días
 - v. Semanas
 - vi. Meses
- b. DK
- c. RF

H9. ¿Con qué frecuencia tomó [HEART PROBLEM, ANSWER H4] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H10. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H11
- b. NO → SKIP TO H12
- c. DK → CONTINUE TO H11
- d. RF → CONTINUE TO H11

H11. ¿Qué dosis de [HEART PROBLEM, ANSWER H4] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO H15
 - DK → SKIP TO H15
 - RF → SKIP TO H15
- b. UNITS: _____ → SKIP TO H15
 - DK → SKIP TO H15

RF → SKIP TO H15

H12a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

i. AMOUNT:_____ RF

H12b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER H4] tomaste el [1st, 2nd, etc.] tiempo?

i. AMOUNT:_____

DK → Skip to H13

RF → Skip to H13

ii. UNITS:_____ DK RF

H13. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

H14. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H13 AND H14, SKIP

H14a

c. DK

d. RF

OR

H14a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

a. AMOUNT:_____ DK RF

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

(ANSWER H12b-H14a FOR ALL DOSES REPORTED IN H12a.)

H15. ¿Alguna vez le han diagnosticado arritmias cardíacas?

a. YES → CONTINUE TO H16

b. NO → SKIP TO H28

c. DK → SKIP TO H28

d. RF → SKIP TO H28

H16. ¿Tomó algún medicamento para arritmias durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO H17
- b. NO → SKIP TO H28
- c. DK → SKIP TO H28
- d. RF → SKIP TO H28

H17. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]:

- a. Amiodarone
- b. Atenolol
- c. Betapace
- d. Cardizem
- e. Cartia XT
- f. Carvedilol
- g. Cordarone
- h. Diltiazem HCL
- i. Labetolol
- j. Lopressor
- k. Metoprolol
- l. Pacerone
- m. Propafenone HCL
- n. Propranolol
- o. Rythmol
- p. Sotalol
- q. Toprol XL
- r. Verapamilo
- s. OTHER (SPECIFY)
- t. DK → SKIP TO H28
- u. RF → SKIP TO H28

H18. ¿Usó [ANSWER] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H22
- b. NO → CONTINUE TO H19
- c. DK → CONTINUE TO H19
- d. RF → CONTINUE TO H19

H19. ¿Cuándo comenzó a tomar [DRUG, ANSWER H17] para arritmias por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H20. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER H17] para arritmias por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes de embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H19 AND H20, SKIP H21
- c. DK
- d. RF

OR

H21. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

H22. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER H17] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H23. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)] ? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H24
- b. NO → SKIP TO H25a
- c. DK → CONTINUE TO H24
- d. RF → CONTINUE TO H24

H24. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H17] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO H28
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO H28
- c. RF → SKIP TO H28

H25a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

i. AMOUNT:_____ RF

H25b. ¿Qué cantidad de [DRUG, ANSWER H17] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

i. AMOUNT:_____

DK → SKIP TO H26

RF → SKIP TO H26

ii. UNITS:_____ DK RF

H26. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

H27. ¿Cuándo tomó esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H26 and H27, SKIP
H27a

c. DK

d. RF

OR

H27a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

a. AMOUNT:_____ DK RF

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

ANSWER H25b-H27a FOR ALL DOSES REPORTED IN H25a.

H28. ¿Alguna vez en su vida le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica que tiene presión alta?

- a. YES → CONTINUE TO H29
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H29. ¿Tuvo usted presión arterial alta cuando estaba embarazada de ([NOIB]; TAB: este embarazo)?

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

H30. ¿Qué tipo de presión alta ha tenido? ¿Estaba **relacionada con el embarazo?** Es decir, ¿fue solo durante el embarazo? A este tipo de presión alta también se la llama toxemia inducida por el embarazo o preeclampsia o eclampsia. ¿O se trata de **presión alta crónica o hipertensión crónica?** Esta hipertensión no está relacionada con el embarazo. Puede que haya sido diagnosticada durante el embarazo, pero que no haya desaparecido después del embarazo.

- a. Relacionada con el embarazo
- b. Presión arterial alta crónica o hipertensión crónica
- c. Ambas
- d. DK
- e. RF

IF H30=a, d, or e THEN SKIP TO H34 (ONLY ASK H31 if H30=b, c)

H31. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO H32
- b. NO → SKIP TO H34
- c. DK → SKIP TO H34
- d. RF → SKIP TO H34

H32. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO H34
- b. NO → GO TO H33
- c. DK → SKIP TO H34
- d. RF → SKIP TO H34

H33. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

a. AMOUNT: _____Días/Semanas/Meses/Trimestre/DK/RF

H34. ¿Tomó algún medicamento o remedio para la hipertensión arterial durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO H35
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H35. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

- a. Accupril
- b. Adalat
- c. Altace
- d. Amlodipino
- e. Atenolol
- f. Avapro
- g. Benazepril HCL
- h. Benicar
- i. Calan
- j. Capoten
- k. Cardizem
- l. Covera -HS
- m. Cozaar
- n. Diltiazem HCL
- o. Diovan
- p. Enalapril Maleato
- q. Hidralazina
- r. Hidroclorotiazida
- s. Inderal
- t. Irbesartán
- u. Labetalol
- v. Lisinopril
- w. Losartan Potásico
- x. Lotensin
- y. Metildopa
- z. Metoprolol
- aa. Microzide
- bb. Nifedipina
- cc. Normodine

- dd. Norvasc
- ee. Olmesartán Medoxomil
- ff. Prinivil
- gg. Procardia
- hh. Propranolol
- ii. Quinapril HCL
- jj. Ramipril
- kk. Tenormin
- ll. Tiazac
- mm. Trandate
- nn. Valsartán
- oo. Vasotec
- pp. Verapamilo
- qq. Verelan
- rr. Zestril
- ss. OTHER (SPECIFY): _____
- tt. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- uu. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H36. ¿Usó [DRUG, ANSWER H35] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H40
- b. NO → CONTINUE TO H37
- c. DK → CONTINUE TO H37
- d. RF → CONTINUE TO H37

H37. ¿Cuándo comenzó a tomar [DRUG, ANSWER H35] para hipertensión arterial por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H38. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER H35] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H37 AND H38, SKIP H39

- c. DK
- d. RF

OR

H39. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días/Semanas/Meses

H40. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER H35] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H41. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos de la medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H40
- b. NO → SKIP TO H43a
- c. DK → CONTINUE TO H42
- d. RF → CONTINUE TO H42

H42. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H35] tomó cada vez que la tomó?

- i. AMOUNT: _____
DK → SKIP TO NEXT SECTION
RF → SKIP TO NEXT SECTION
- ii. UNITS: _____ DK RF

H43a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT: _____ RF

H43b. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H35] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
DK → Skip to H44
RF → Skip to H44
- ii. UNITS: _____ DK RF

H44. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H45. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H45a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días/Semanas/Meses

Section I: THYROID DISEASE

- I1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad de la tiroides, aparte del cáncer de tiroides del que ya hemos hablado?
- YES → CONTINUE TO I2
 - NO → SKIP TO NEXT SECTION
 - DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - RF → SKIP TO NEXT SECTION
- I2. ¿Qué tipo de enfermedad de la tiroides le diagnosticaron inicialmente? ¿Fue... [READ ALL; ASK ALL OPTIONS AND ALLOW MULTIPLE TYPES]
- Hipotiroidismo, a lo que también se llama tener "insuficiencia" de la tiroides?
 - Enfermedad de Hashimoto o tiroiditis autoinmune?
 - Hipertiroidismo, a lo que también se llama tener tiroides "hiperactiva"?
 - Enfermedad de Graves?
 - OTHER, SPECIFY: _____
- NOTE: THYROID CANCER COVERED EARLIER
- DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - RF → SKIP TO NEXT SECTION
- I3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez [THYROID DISEASE, ANSWER I2] relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]
- Más de 2 años antes
 - En los 2 años antes
 - Durante el primer trimestre
 - Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
 - Después del embarazo
 - DK
 - RF
- I4. [IF REPORTING HYPERTHYROIDISM/OVERACTIVE THYROID/GRAVES' DISEASE CONTINUE, OTHERWISE, SKIP TO I9]: ¿Le hicieron una cirugía para quitarle total o parcialmente la glándula tiroides?
- YES → CONTINUE TO I5
 - NO → SKIP TO I7
 - DK → SKIP TO I7
 - RF → SKIP TO I7
- I5. ¿Le quitaron la glándula tiroides total o parcialmente?

- a. Totalmente
- b. Parcialmente
- c. DK
- d. RF

I6. ¿Cuándo le hicieron esa cirugía?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. AGE: _____ or
- c. Período transcurrido: _____
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas
 - iv. Días
- d. DK
- e. RF

I7. ¿Recibió tratamiento con yodo radiactivo?

- a. YES → CONTINUE TO I8
- b. NO, DK, RF → SKIP TO I9

I8. ¿Cuándo le hicieron ese procedimiento?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. AGE: _____ or
- c. Período transcurrido: _____ DK RF
 - i. Años
 - ii. Meses
 - iii. Semanas
 - iv. Días

IF I3=c, d, e, f, OR g THEN SKIP TO I12 (ONLY ASK I9 IF I3=a or b)

I9. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO I10
- b. NO → SKIP TO I12
- c. DK → SKIP TO I12
- d. RF → SKIP TO I12

I10. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO I12
- b. NO → GO TO I11

- c. DK → SKIP TO I12
- d. RF → SKIP TO I12

I11. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestres

I12. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [THYROID DISEASE, ANSWER I2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO I13
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

I13. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más?

IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST:

- a. Armour Thyroid
- b. Carbimazole
- c. Cytomel
- d. Levothroid
- e. Levotiroxina Sódica
- f. Levoxyl
- g. Liotironina
- h. Liotrix
- i. Metimazol
- j. Nature-throid
- k. Propiltiouracilo (PTU)
- l. Synthroid
- m. Tiamazol
- n. Thyrolar
- o. Tirosint
- p. Unithroid
- q. Westhroid
- r. OTHER, SPECIFY: _____

- s. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- t. RF → SKIP TO NEXT SECTION

I14. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER I13] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO I18
- b. NO → CONTINUE TO I15
- c. DK → CONTINUE TO I15
- d. RF → CONTINUE TO I15

I15. ¿Cuándo comenzó a tomar [MEDICINE, ANSWER I13] para [THYROID DISEASE, ANSWER I2] por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY OR
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

I16. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER I13] para [THYROID DISEASE, ANSWER I2] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO I15 AND I16, SKIP I17
- c. DK
- d. RF

OR

I17. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

I18. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER I13] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

I19. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO I20
- b. NO → SKIP TO I21a
- c. DK → CONTINUE TO I20
- d. RF → CONTINUE TO I20

I20. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER I13] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION

i. UNITS: _____

I21a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field]

a. AMOUNT: _____ RF

I21b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER I13] tomaste la [1st, 2nd, etc] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
DK → SKIP TO I22
RF → SKIP TO I22
- ii. UNITS: _____ DK RF

I22. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

I23. Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO I22 and I23, SKIP I23a
- c. DK
- d. RF

OR

I23a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF

BD-STEPS CATI
2/5/2020
Spanish Translation

- i. Días
- ii. Semanas
- iii. Meses

Section J: ASTHMA

J1. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma o vías respiratorias reactivas?

- a. YES → CONTINUE TO J2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

J2. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez, asma o vías respiratorias reactivas relativo a [TAB: su embarazo de [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

J3. ¿Tuvo síntomas de asma en el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]? Estos síntomas incluyen dificultad para respirar, opresión o dolor en el pecho, tos o jadeo, o tasas bajas de flujo expiratorio máximo.

- a. YES → CONTINUE TO J4
- b. NO → SKIP TO J6
- c. DK → SKIP TO J6
- d. RF → SKIP TO J6

J4. Durante ese período de 4 meses, ¿faltó a su trabajo, al colegio o a sus actividades cotidianas normales debido al asma?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

J5. Durante ese período de 4 meses, ¿con cuánta frecuencia se levantaba por la noche debido al asma?

[READ OPTIONS]

- a. Nunca
- b. Menos de una vez al mes
- c. Una o dos veces al mes
- d. Más de dos veces al mes
- e. DK

f. RF

IF J2=c, d, e, f, g THEN SKIP TO J9 (ONLY ASK J6 if J2=a, b)

J6. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO J7
- b. NO → SKIP TO J9
- c. DK → SKIP TO J9
- d. RF → SKIP TO J9

J7. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- e. YES → SKIP TO J9
- f. NO → GO TO J8
- g. DK → SKIP TO J9
- h. RF → SKIP TO J9

J8. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre

Ahora voy a preguntarle sobre medicamentos o remedios de mantenimiento para el control a largo plazo del asma y luego sobre medicamentos o remedios de alivio rápido o de “rescate” para el tratamiento de una crisis asmática. Primero...

J9. ¿Tomó medicamentos o remedios de mantenimiento para el control a largo plazo del asma durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO J10a
- b. NO → SKIP TO J45
- c. DK → SKIP TO J45
- d. RF → SKIP TO J45

J10a. Primero, le preguntaré sobre el uso de atomizadores nasales, después por los inhaladores y luego por las pastillas que haya usado para controlar el asma. ¿Usó algún **atomizador nasal**?

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE

d. SE NEGÓ A RESPONDER

J10b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]

NASAL SPRAYS

- a. Flonase
- b. Flunisolide
- c. Fluticasone Aerosol/Atomizador Nasal
- d. Nasonex Aerosol/Atomizador Nasal
- e. Omnaris Aerosol/Atomizador Nasal
- f. Qnasl Nasal Aerosol
- g. Rhinocort
- h. OTHER (SPECIFY): _____
- i. DK → SKIP TO J22a
- j. RF → SKIP TO J22a

ASK J12-J21, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J10b: [Note: Question J11

Removed] J12. ¿Usó [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO J16
- b. NO → CONTINUE TO J13
- c. DK → CONTINUE TO J13
- d. RF → CONTINUE TO J13

J13. ¿Cuándo comenzó a tomar [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] para asma o enfermedad reactiva de las vías por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J14. ¿Cuándo tomó [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J13 AND J14, SKIP J15
- c. DK
- d. RF

J15. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF

- i. Días
- ii. Semanas
- iii. Meses

J16. ¿Con qué frecuencia tomó [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

J17. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde[B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO J18
- b. NO → SKIP TO J19a
- c. DK → CONTINUE TO J18
- d. RF → CONTINUE TO J18

J18. ¿Qué dosis de [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO J22a
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO J22a
- c. RF → SKIP TO J22a

J19a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?

- i. AMOUNT: _____ RF

J19b. ¿Qué dosis de [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] tomaste la [1st, 2nd, etc] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → SKIP TO J20
 - RF → SKIP TO J20
- ii. UNITS: _____ DK RF

J20. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J21. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or

BD-STEPS CATI
2/5/2020
Spanish Translation

- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J20 and J21, SKIP
J21a
- c. DK
- d. RF

OR

J21a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

J22a. ¿Usó unos **inhalantes orales**, que es la medicina que roció en su boca? Para recordarle, estoy preguntando sobre medicamentos de largo plazo para controlar su asma; luego preguntaré sobre el uso de inhalador de rescate.

- a. YES → CONTINUE TO J22b
- b. NO → SKIP TO J34a
- c. DK → SKIP TO J34a
- d. RF → SKIP TO J34a

J22b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

ORAL INHALANTS

- a. Advair
- b. Aerobid
- c. Aerospan HFA
- d. Alvesco Inhaler
- e. Asmanex Twisthaler
- f. Budesonida Suspensión Inhalante
- g. Dulera
- h. Flovent
- i. Foradil
- j. Fumarato de Formoterol
- k. Perforomist
- l. Pulmicort
- m. Qvar HFA Inhalante
- n. Salmeterol Xinafoate
- o. Serevent
- p. Symbicort
- q. OTHER (SPECIFY): _____
- k. DK → SKIP TO J34a
- l. RF → SKIP TO J34a

J23. ¿Usó [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO J27

- b. NO → CONTINUE TO J24
- c. DK → CONTINUE TO J24
- d. RF → CONTINUE TO J24

J24. ¿Cuándo comenzó a tomar [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] para asma o enfermedad reactiva de las vías por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY OR
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J25. ¿Cuándo tomó [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J24 and J25, SKIP J26
- c. DK
- d. RF

OR

J26. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

J27. ¿Con qué frecuencia tomó [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:_____ Por Dia/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

J28. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → J29
- b. NO → SKIP TO J30a
- c. DK → CONTINUE TO J29
- d. RF → CONTINUE TO J29

J29 ¿Qué dosis de [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:_____ → SKIP TO J34a
 - i. UNITS:_____
- b. DK → SKIP TO J34a
- c. RF → SKIP TO J34a

J30a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?

- i. AMOUNT:_____ RF

J30b. ¿Qué dosis de [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- a. AMOUNT:_____
- DK → SKIP TO J31

RF → SKIP TO J31

- b. UNITS:_____ DK RF

J31 ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J32 ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J31 and J32, SKIP J32a
- c. DK
- d. RF

OR

J32a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

J33 [QUESTION NUMBER NOT USED]

J34a. ¿Usó alguna píldora que tomara por la boca?

- a. YES → CONTINUE TO J34b
- b. NO → SKIP TO J45

- c. DK → SKIP TO J45
- d. RF → SKIP TO J45

J34b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

ORAL TABLETS/CAPS

- a. Accolate
- b. Montelukast Sódico
- c. Singulair
- d. Zafirlukast
- e. Zileuton
- f. Zyflo
- g. OTHER (SPECIFY): _____
- h. DK → SKIP TO J45
- i. RF → SKIP TO J45

ASK J35-J44, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J34b:

J35. ¿Usó [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO J39
- b. NO → CONTINUE TO J36
- c. DK → CONTINUE TO J36
- d. RF → CONTINUE TO J36

J36. ¿Cuándo comenzó a tomar [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] para asma o enfermedad reactiva de las vías por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J37. ¿Cuándo tomó [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J36 and J37, SKIP J38
- c. DK
- d. RF

OR

J38. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
Dias/Semanas/Meses

J39. ¿Con qué frecuencia tomó [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por dia/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

J40. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → J41
b. NO → SKIP TO J42a
c. DK → CONTINUE TO J41
d. RF → CONTINUE TO J41

J41. ¿Qué dosis de [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:_____ → SKIP TO J45
 - i. UNITS:_____
- b. DK → SKIP TO J45
- c. RF → SKIP TO J45

J42a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:_____ RF

J42b. ¿Qué dosis de [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] tomaste la [1st, 2nd, etc.]] tiempo?

- i. AMOUNT:_____
- DK → SKIP TO J43
- RF → SKIP TO J43
- ii. UNITS:_____ DK RF

J43. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J44. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J43 and J44, SKIP J44a
- c. DK
- d. RF

OR

J44a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

J45 ¿Tomó medicamentos o remedios de alivio rápido o de "rescate" para el tratamiento de una crisis asmática durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO J46

- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

J46. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST: AFTER READING LIST, ASK "Otros esteroides, como la predisona o metilpredisolona". RECORD RESPONSE IN "OTHER" BOX.]

- a. Albuterol → SKIP TO J48
- b. Asthmanefrin → SKIP TO J48
- c. Atrovent HFA → SKIP TO J48
- d. Ipratropio Bromuro → SKIP TO J48
- e. Levalbuterol Tartrate → SKIP TO J48
- f. Maxair → SKIP TO J48
- g. Acetato de Pirbuterol → SKIP TO J48
- h. ProAir HFA Inhalante → SKIP TO J48
- i. Ventolin HFA → SKIP TO J48
- j. Xopenex HFA → SKIP TO J48
- k. OTHER (SPECIFY): _____ → CONTINUE TO J47
- l. DK → SKIP TO K1
- m. RF → SKIP TO K1

J47. ¿Recibió este [MEDICINE, J46 OTHER SPECIFIED] en forma de una pastilla que se traga o mediante una inyección?

- a. Pastilla
- b. Inyección
- c. Inhalador
- d. DK
- e. RF

ASK J48-J50, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J46:

J48. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

J49. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER J46] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ? [IF TIME PERIOD IS "PER PERIOD, DO NOT READ THIS QUESTION AND CHOOSE "NA"]

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION
- b. NO → CONTINUE TO J50a
- c. DK → CONTINUE TO J50a
- d. RF → CONTINUE TO J50a
- e. NA → SKIP TO NEXT SECTION WITHOUT READING THIS QUESTION

J50a. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el mes anterior a su embarazo, que fue desde [B1] hasta [P1]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50b. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el primer mes de su embarazo, que fue desde [P1] hasta [P2 (-1)]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50c. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el segundo mes de su embarazo, que fue desde [P2] hasta [P3(-1)]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50d. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el tercer mes de su embarazo, que fue desde [P3] hasta [P4(-1)]?

- i. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

Section K: EPILEPSY

K1. ¿Alguna vez le informó algún médico u otro proveedor de atención médica que tenía epilepsia? IF MOM REPORTS SHE HAD A SEIZURE ONCE, REPEAT THE QUESTION, EMPHASIZING, "... ever told by a doctor or health care provider that you had epilepsy"

- a. YES → CONTINUE TO K2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION

- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

K2. ¿Qué tipo de epilepsia tiene? IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST:

- a. Epilepsia del lóbulo temporal
- b. Epilepsia del Lóbulo Frontal
- c. Reflex Epilepsia
- d. Niñez Ausencia Epilepsia
- e. Ausencia Juvenil Epilepsia

- f. Epilepsia Generalizada
- g. Epilepsia Focal
- h. Epilepsia Generalizada y Focal
- i. OTHER, SPECIFY: _____
- j. DK
- k. RF

K3. ¿Cuándo le diagnosticaron epilepsia por primera vez en relación a [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

IF K3=c, d, e, f, g THEN SKIP TO K7 (ONLY ASK K4 IF K3=a, b)

K4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO K5
- b. NO → SKIP TO K7
- c. DK → SKIP TO K7
- d. RF → SKIP TO K7

K5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO K7
- b. NO → GO TO K6
- c. DK → SKIP TO K7
- d. RF → SKIP TO K7

K6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestres

K7. ¿Tomó algún medicamento o remedio para la epilepsia durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO K8
- b. NO → SKIP TO K19
- c. DK → SKIP TO K19
- d. RF → SKIP TO K19

K8. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]:

- a. Carbamazepina
- b. Carbatrol
- c. Clonazepam
- d. Depakine Capsulas
- e. Depakote
- f. Dilantin
- g. Felbatol
- h. Keppra
- i. Klonopin
- j. Lamictal
- k. Fenobarbital
- l. Phenytoin
- m. Stavzor
- n. Tegretol
- o. Topamax
- p. Topiramato
- q. Trileptal
- r. Acido Valproico
- s. OTRO (ESPECIFIQUE)
- t. DK or RF → SKIP TO K19

K9. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER K8] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO K13
- b. NO → CONTINUE TO K10
- c. DK → CONTINUE TO K10
- d. RF → CONTINUE TO K10

K10. ¿Cuándo comenzó a tomar [MEDICINE, ANSWER K8] para la epilepsia por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY OR
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

K11. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER K8] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or

- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO K10 AND K11, SKIP K12
- c. DK
- d. RF

OR

K12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

K13. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER K8] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

K14. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO K15
- b. NO → SKIP TO K16
- c. DK → CONTINUE TO K15
- d. RF → CONTINUE TO K15

K15. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER K8] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO K19
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO K19
- c. RF → SKIP TO K19

K16a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT: _____ RF

K16b. ¿Qué cantidad de [MEDICINE, ANSWER K8] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → Skip to K17
 - RF → Skip to K17
- ii. UNITS: _____ DK RF

K17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

K18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to K17 and K18, skip K18a
- c. DK
- d. RF

K18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

K19. ¿Tuvo convulsiones en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO K20
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

K20. ¿Cuántas convulsiones tuvo en total durante ese tiempo?

- a. AMOUNT: _____ DK RF

Section L: MIGRAINE

L1. ¿Alguna vez ha tenido migraña, también llamada jaqueca?

- a. YES → CONTINUE TO L2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L2. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo migraña?

- a. AGE: _____ DK RF

L3. ¿Tuvo migrañas en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO L4
- b. NO → SKIP TO L5
- c. DK → SKIP TO L5
- d. RF → SKIP TO L5

L4. ¿Cuántas migrañas tuvo en total durante ese tiempo?

- a. Total number: _____ DK RF
- b. Frequency – UNIT: _____
 - i. Total 4 month period
 - ii. Por día
 - iii. Por Semana
 - iv. Por mes
 - v. DK
 - vi. RF
 - vii. Other, Specify:

Ahora voy a preguntarle sobre medicamentos o remedios de mantenimiento que puede usar para sus migrañas. Por favor incluya medicamentos que usted puede usar para prevenir las migrañas Y los medicamentos que usted puede usar para tratar el dolor de la migraña cuando se presenta. Por favor incluya medicamentos que no requieren receta médica y medicamentos que requieren receta médica.

L5. ¿Tomó algún medicamento o remedio para las migrañas durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO L6
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION

- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L6. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL: ¿Este medicamento que tomo, fue para prevenir migrañas o tratamiento de dolor de migraña que ya comenzó? SI FUE MEDICAMENTO PARA EL DOLOR: ¿Fue medicamento que no requiere receta médica o medicamento que requiere receta médica?
THEN READ FROM THE APPROPRIATE DRUG LIST:]

PREVENTION MEDICATIONS

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Amitriptilina
- d. Aspirina
- e. Atenolol
- f. Botox
- g. Calan
- h. Ciproheptadina HCL
- i. Depakote
- j. Diltiazem
- k. Divalproex Sódico
- l. Doxepin
- m. Effexor
- n. Excedrin Extra Fuerte Capsulas/Pastillas/Tabletas de Gelatina
- o. Gabapentina
- p. Ibuprofeno
- q. Inderal
- r. Innopran XL
- s. Lamictal
- t. Lamotrigina
- u. Lisinopril
- v. Metoprolol
- w. Motrin
- x. Motrin Ib
- y. Nadolol
- z. Naproxeno Sódico
- aa. Neurontin
- bb. Nifedipina
- cc. Nimodipina

- dd. Nortriptilina
- ee. Pamelor
- ff. Propranolol
- gg. Protriptilina HCL
- hh. Timolol
- ii. Topamax
- jj. Topiramato
- kk. Valproate Sodio
- ll. Ácido Valproico
- mm. Venlafaxina
- nn. Verapamilo
- oo. Verelan
- pp. Vivactil
- qq. Zestril

OVER-THE-COUNTER PAIN MEDICATIONS

- rr. Acetaminofén
- ss. Advil
- tt. Aleve
- uu. Aspirina
- vv. Excedrin Migraña
- ww. Ibuprofeno
- xx. Motrin
- yy. Naproxeno Sódico
- zz. Tylenol

PRESCRIPTION PAIN MEDICATIONS

- aaa. Acetaminofén con codeína
- bbb. Almotriptan Maleato
- ccc. Amerge
- ddd. Axert
- eee. Cafergot
- fff. Dihidroergotamina
- ggg. Eletriptan Hydrobromide
- hhh. Ergotamina
- iii. Fioricet
- jjj. Frova
- kkk. Frovatriptán Succinate
- lll. Imitrex
- mmm. Indometacina
- nnn. Maxalt
- ooo. Migergot Supositorios
- ppp. Migranal
- qqq. Naproxeno Sódico/Sumatriptan Succinate

- rrr. Naratriptan
- sss. Relpax
- ttt. Rizatriptan
- uuu. Sumatriptan Succinate
- vvv. Treximet
- www. Zolmitriptan
- xxx. Zomig
- yyy. OTHER (SPECIFY): _____
- zzz. DK SKIP TO NEXT SECTION
- aaaa. RF SKIP TO NEXT SECTION

ASK L7-L16, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN L6:

- L7. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER L6] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?
- a. YES → Skip to L11
 - b. NO → Continue to L8
 - c. DK → Continue to L8
 - d. RF → Continue to L8
- L8. ¿Cuándo comenzó a tomar [MEDICINE, ANSWER L6] para migrañas por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]
- a. MM/DD/YYYY or
 - b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
 - c. DK
 - d. RF
- L9. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER L6] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]
- a. MM/DD/YYYY or
 - b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to L8 and L9, skip L10
 - c. DK
 - d. RF
- OR**
- L10. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?
- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

L11. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER L6] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

a. AMOUNT:_____ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

L12. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → Continue to L13
- b. NO → Skip to L14a
- c. DK → Continue to L13
- d. RF → Continue to L13

L13. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER L6] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:_____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS:_____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L14a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

i. AMOUNT:_____ RF

L14b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER L6] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT:_____
- DK → Skip to L15
- RF → Skip to L15
- ii. UNITS:_____DK RF

L15. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

L16. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) → If valid response to L15 and L16, skip L16a

- c. DK
- d. RF

OR

L16a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

Section M: AUTOIMMUNE DISEASE

M1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes]? INDICATE ALL THAT APPLY. [READ EACH UP TO RESPONSES PRECEDED BY "OTHER" THEN ASK: "Other autoimmune disease (not including diabetes or thyroid disorders, which we have already discussed)" THEN, IF CAN'T RECALL, READ RESPONSES PRECEDED BY "OTHER"] [IF REPORTS OSTEOARTHRITIS, DO NOT RECORD ANSWER, BUT SAY: I'll ask about osteoarthritis later. Have you ever been diagnosed with any (other) autoimmune disease?]

- a. Lupus
- b. Artritis reumática
- c. Esclerosis múltiple
- d. Enfermedad celíaca
- e. Enfermedad de Crohn
- f. Colitis ulcerosa; tenga en cuenta que en este caso no estamos preguntando por colitis en general
- g. Psoriasis
- h. Otra enfermedad autoinmune (sin contar los trastornos de la tiroides ni la diabetes, de las que ya hemos hablado) IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST
 - i. Púrpura trombocitopénica idiopática/inmunitaria
 - ii. Cistitis intersticial
 - iii. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos/síndrome del anticoagulante lúpico/síndrome APLS
 - iv. Enfermedad de Addison
 - v. Anemia perniciosa
 - vi. Miastenia gravis
 - vii. Anemia hemolítica autoinmunitaria
 - viii. Enfermedad de Berger/nefropatía por IgA
 - ix. Alopecia, universal o areata
 - x. Vitiligo
 - xi. Artritis juvenil
 - xii. Síndrome de Guillain-Barré
 - xiii. Esclerodermia, morfea
 - xiv. Síndrome de Sjögren/síndrome de Sicca
 - xv. Espondilitis anquilosante
 - xvi. Fiebre reumática
 - xvii. OTHER, SPECIFY:
 - xviii. NONE
 - xix. DK → SKIP TO NEXT SECTION

xx. RF → SKIP TO NEXT SECTION

IF YES TO ANY, CONTINUE TO M2.

ASK FOLLOWING QUESTIONS FOR EACH CONDITION IF MORE THAN ONE CONDITION REPORTED:M2. ¿Cuándo le diagnosticaron [AUTOIMMUNE DISEASE, ANSWER M1] por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ OPTIONS.]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. DK
- g. RF

IF M2=c, d, e, f, g THEN SKIP TO M6 (ONLY ASK M3 IF M2=a or b)

M3. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → Go to M4
- b. NO → Skip to M6
- c. DK → Skip to M6
- d. RF → Skip to M6

M4. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → Skip to M6
- b. NO → Go to M5
- c. DK → Skip to M6
- d. RF → Skip to M6

M5. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre

M6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [AUTOIMMUNE DISEASE, ANSWER M1] en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → Continue to M7
- b. NO → Skip to next section OR M2 IF > 1 CONDITION IN M1
- c. DK → Skip to next section OR M2 IF > 1 CONDITION IN M1
- d. RF → Skip to next section OR M2 IF > 1 CONDITION IN M1

M7. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG PROMPT LISTS FOR DISEASE REPORTED IN SQUARE BRACKETS].

[Lupus]:

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Arava
- d. Azasan
- e. Azathioprina
- f. Belimumab
- g. Benlysta
- h. Cellcept
- i. Ciclofosfamida
- j. Cytosan
- k. Hidroxicloroquina Sulfato
- l. Leflunomida
- m. Metotrexato
- n. Motrin
- o. Mycophenolate Mofetil
- p. Plaquenil
- q. Prednisone
- r. Trexall
- s. OTHER, SPECIFY: _____
- t. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- u. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

[Artritis reumática]:

- a. Abatacept
- b. Actemra
- c. Adalimumab
- d. Advil
- e. Aleve
- f. Anakinra

- g. Arava
- h. Azasan
- i. Azatioprina
- j. Azulfidine
- k. Certolizumab Pegol
- l. Cimzia
- m. Ciclofosfamida
- n. Ciclosporina
- o. Cytosan
- p. Dynacin
- q. Enbrel
- r. Etanercept
- s. Gengraf
- t. Golimumab
- u. Humira
- v. Hidroxichloroquina Sulfato
- w. Ibuprofeno
- x. Imuran
- y. Infliximab
- z. Kineret
- aa. Leflunomida
- bb. Metotrexato
- cc. Minocin
- dd. Minociclina
- ee. Motrin
- ff. Naproxeno Sódico
- gg. Neoral
- hh. Orenzia
- ii. Plaquenil
- jj. Prednisona
- kk. Remicade
- ll. Rituxan
- mm. Rituximab
- nn. Sandimmune
- oo. Simponi
- pp. Sulfasalazina
- qq. Tocilizumab
- rr. Trexall
- ss. OTHER, SPECIFY: _____
- tt. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

uu. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

[Esclerosis múltiple]:

- a. Amantadina
- b. Ampyra
- c. Amrix
- d. Aubagio
- e. Avonex
- f. Baclofeno
- g. Betaseron
- h. Copaxone
- i. Cyclobenzaprina
- j. Dalfampridine
- k. Extavia
- l. Fingolimod
- m. Flexeril
- n. Gilenya
- o. Acetato de Glatiramer
- p. Lioresal
- q. Metilpredisolona
- r. Mitoxantrona HCL
- s. Natalizumab
- t. Prednisona
- u. Rebif
- v. Solu-Medrol
- w. Tecfidera
- x. Teriflunomida
- y. Tizanidina HCL
- z. Tysabri
- aa. Zanaflex
- bb. OTHER, SPECIFY: _____
- cc. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- dd. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

[Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa]:

- a. Adalimumab
- b. Apriso
- c. Asacol
- d. Azasan
- e. Azatioprina

- f. Azulfidine
- g. Balsalazide Disodium
- h. Certolizumab Pegol
- i. Cimzia
- j. Cipro
- k. Ciprofloxacino HCL
- l. Colazal
- m. Ciclosporina
- n. Dipentum
- o. Flagyl
- p. Gengraf
- q. Humira
- r. Imuran
- s. Infliximab
- t. Lialda
- u. Mercaptopurina
- v. Mesalamine
- w. Metotrexato
- x. Metronidazole
- y. Natalizumab
- z. Neoral
- aa. Olsalazina Sódica
- bb. Purinetol
- cc. Remicade
- dd. Rheumatrex
- ee. Sandimmune
- ff. Sulfasalazina
- gg. Tysabri
- hh. OTHER (SPECIFY): _____
- ii. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- jj. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

[Psoriasis]:

- a. Anthralin
- b. Calcipotriene
- c. Coal Tar
- d. Dovonex
- e. Elidel
- f. Protopic Unguento
- g. Retin-A

- h. Acido Salícilico
- i. Tazorac
- j. Tazaroteno
- k. Tretinoína
- l. OTHER (SPECIFY): _____
- m. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- n. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M8. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER M7] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → Skip to M12
- b. NO → Continue to M9
- c. DK → Continue to M9
- d. RF → Continue to M9

M9. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER M7] para [CONDITION, ANSWER M1] por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

M10. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER M7] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid start and stop date, skip M11
- c. DK
- d. RF

OR

M11. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

M12. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER M7] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por Día /Por Semana/Por Mes/Por Período/DK/RF

M13. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO M14
- b. NO → SKIP TO M15a
- c. DK → CONTINUE TO M14
- d. RF → SKIP TO M14

M14. ¿Qué cantidad de [MEDICINE, ANSWER M7] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

M15a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT: _____ RF

M15b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER M7] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
 - DK → SKIP TO M16
 - RF → SKIP TO M16
- ii. UNITS: _____ DK RF

M16. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

M17. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- e. MM/DD/YYYY or
- f. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP M17a
- g. DK
- h. RF

OR

M17a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

Section N: TRANSPLANT RECEIPT

N1. ¿Alguna vez le han hecho un trasplante de algún órgano o tejido? DOES NOT INCLUDE BLOOD TRANSFUSIONS OR TISSUE TRANSFERS

- a. YES → CONTINUE TO N2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N2. ¿Qué órgano o tejido le trasplantaron?

- a. SPECIFY: _____ DK RF

N3. ¿Cuál fue la fecha del trasplante?

- a. MM/DD/YYYY
- b. DK
- c. RF

N4. ¿Tomó usted algún medicamento relacionado con su trasplante durante el mes anterior a su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO N5
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N5. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]

- a. Atgam
- b. Azatioprina
- c. Cellcept
- d. Ciclosporina
- e. Mycophenolate Mofetil
- f. Myfortic
- g. Orthoclone OKT3
- h. Prednisona
- i. Prograf
- j. Sirolimús
- k. Tacrolimús
- l. Timoglobulina
- m. OTHER (SPECIFY): _____
- n. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

o. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

N6. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER N5] durante el total tiempo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → Skip to N10
- b. NO → Continue to N7
- c. DK → Continue to N7
- d. RF → Continue to N7

N7. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER N5] para su trasplante por primera vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N8. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER N5] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP N9
- c. DK
- d. RF

OR

N9. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

N10. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER N5] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes /Por período/DK/RF

N11. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

BD-STEPS CATI
2/5/2020
Spanish Translation

- a. YES → Continue to N12
- b. NO → Skip to N13a
- c. DK → Continue to N12
- d. RF → Continue to N12

N12. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER N5] cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:_____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS:_____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N13a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:_____ RF

N13b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER N5] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT:_____ DK RF
 - DK → Skip to N14
 - RF → Skip to N14
- ii. UNITS:_____ DK RF

N14. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N15. ¿Cuándo tomó esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

OR

N15a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
 - i. Dias
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

Section O: DEPRESSION / ANXIETY

- O1. ¿Algún médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ le dijo que tenía un trastorno de ansiedad, incluidos el trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático, o trastorno de ansiedad social?
- YES → CONTINUE TO O2
 - NO → SKIP TO O4
 - DK → SKIP TO O4
 - RF → SKIP TO O4
- O2. ¿Qué enfermedad le dijo que tenía? ¿Algo más?
- SPECIFY: _____ DK RF
- O3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]
- Más de 2 años antes
 - En los 2 años antes
 - Durante el primer trimestre
 - Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
 - Después del embarazo
 - DK
 - RF
- O4. ¿Algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho alguna que usted tenía depresión?
- YES → Continue to O5
 - If NO/DK/RF, and YES to O1 → Continue to O6
 - If NO/DK/RF, and NO/DK/RF to O1 → Skip to next section
- O5. ¿Cuándo le diagnosticaron depresión por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]
- Más de 2 años antes
 - En los 2 años antes
 - Durante el primer trimestre
 - Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
 - Después del embarazo
 - DK

g. RF

O6. ¿Tuvo síntomas en el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO O7
- b. NO → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8
- c. DK → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8
- d. RF → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8

O7. ¿Cuáles fueron los síntomas que tuvo?

- a. SPECIFY: _____ DK RF

IF O1=a AND O4=a AND O3=c, d, e, f, g AND O5=c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ANXIETY AND DEPRESSION, BUT BOTH WERE DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)

IF O1=b, c, d AND O4=a AND O5=c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ONLY DEPRESSION DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)

IF O1 = a AND O4=b AND O3= c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ONLY ANXIETY DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)

O8. **IF O3 OR O5 = a or b, ASK O8 THROUGH REST OF SECTION JUST ONCE:** Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO O9
- b. NO → SKIP TO O11
- c. DK → SKIP TO O11
- d. RF → SKIP TO O11

O9. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO O11
- b. NO → GO TO O10
- c. DK → SKIP TO O11
- d. RF → SKIP TO O11

O10. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF

- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestre

O11. ¿Qué tratamiento recibió para su(s) problema(s) de salud mental en los meses de antes de su embarazo hasta el tercer mes de su embarazo? [INDICATE ALL THAT APPLY. READ CHOICES. AFTER READING CHOICES, ASK: "¿O alguna otra cosa?"]

- a. Bajo la atención de un terapeuta/psicólogo IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Con medicamento IF YES, CONTINUE WITH O12
- c. No recibió ningún tipo de tratamiento IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- d. ¿O alguna otra cosa? (SPECIFY): _____ IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- e. DK → CONTINUE WITH O12
- f. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O12. ¿Usó algún medicamento para tratar la afección o afecciones entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes de embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO 13
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O13. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Abilify
- b. Alprazolam
- c. Anafranil
- d. Aripiprazole
- e. Ativan
- f. Bupropion
- g. Buspar
- h. Bupirona
- i. Celexa
- j. Citalopram Hydrobromide
- k. Clomipramina
- l. Clonazepam
- m. Cymbalta
- n. Diazepam
- o. Duloxetina

- p. Effexor
- q. Escitalopram Oxolate
- r. Fluoxetina
- s. Imipramina
- t. Inderal
- u. Klonopin
- v. Lexapro
- w. Lorazepam
- x. Paroxetina
- y. Paxil
- z. Propranolol
- aa. Prozac
- bb. Sertralina
- cc. St. John's Wort
- dd. Tofranil
- ee. Valium
- ff. Venlafaxina
- gg. Wellbutrin
- hh. Xanax
- ii. Zoloft
- jj. OTHER (SPECIFY): _____
- kk. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- ll. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O14. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER O13] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO O18
- b. NO → CONTINUE TO O15
- c. DK → CONTINUE TO O15
- d. RF → CONTINUE TO O15

O15. ¿Cuándo comenzó a utilizar [MEDICINE, ANSWER O13] para su(s) problema(s) de salud mental por primera vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

O16. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER O13] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP O12
- c. DK
- d. RF

OR

O17. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

O18. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER O13] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por Semana/Por Mes/Por período/DK/RF

O19. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO O20
- b. NO → SKIP TO O21a
- c. DK → CONTINUE TO O20
- d. RF → CONTINUE TO O20

O20. ¿Qué cantidad de [MEDICINE, ANSWER O13] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O21a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT: _____ RF

O21b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER O13] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT: _____
DK → SKIP TO O22

RF → SKIP TO O22

ii. UNITS: _____ DK RF

O22. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

O23. ¿Cuándo tomó esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE in O22 and O23, SKIP O23a
- c. DK
- d. RF

OR

O23a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

Section P: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

P1. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica que usted tenía trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno por déficit de atención (ADD)?

- a. YES → CONTINUE TO P2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P2. ¿Cuál de las afecciones le diagnosticaron? IF MOM SAYS SHE USED TO HAVE ONE KIND BUT NOW THEY SAY IT'S A DIFFERENT KIND, USE "Other, specify" AND ENTER BOTH TYPES

- a. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

- b. Trastorno por déficit de atención
- c. OTHER, SPECIFY:
- d. DK
- e. RF

P3. ¿Cuándo le diagnosticaron [DIAGNOSED CONDITION, ANSWER P2] por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. DK
- d. RF

IF P3=c, d, e, f, g THEN SKIP TO P7 (ONLY ASK P4 IF P3=a, b)

P4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO P5
- b. NO → SKIP TO P7
- c. DK → SKIP TO P7
- d. RF → SKIP TO P7

P5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO P7
- b. NO → GO TO P6
- c. DK → SKIP TO P7
- d. RF → SKIP TO P7

P6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
- b. UNITS:
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Trimestres

P7. ¿Tomó algún medicamento para tratar el [DIAGNOSED CONDITION, ANSWER P2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO P8
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P8. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Adderall
- b. Adderall XR
- c. Anfetamina
- d. Atomoxetine
- e. Celexa
- f. Citalopram
- g. Clonidina Cloridrato
- h. Concerta
- i. Parche Daytrana
- j. Dexedrine
- k. Dexmetilfenidato HCL
- l. Dextroanfetamina
- m. Dextrostat
- n. Focalin
- o. Focalin XR
- p. Guanfacina
- q. Intuniv
- r. Kapvay
- s. Lisdexamfetamine Dimesilato
- t. Metadate CD
- u. Methylin
- v. Metilfenidato
- w. Prozac
- x. Ritalin
- y. Ritalin LA
- z. Ritalin SR
- aa. Sertralina
- bb. Strattera
- cc. Vyvanse
- dd. Zoloft
- ee. OTHER, SPECIFY: _____
- ff. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- gg. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P9. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER P8] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO P13
- b. NO → CONTINUE TO P10
- c. DK → CONTINUE TO P10

d. RF → CONTINUE TO P10

P10. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER P8] para [DIAGNOSED CONDITION, ANSWER P2] por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P11. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER P8] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP 12
- c. DK
- d. RF

OR

P12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

P13. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER P8] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

P14. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO P15
- b. NO → SKIP TO P16a
- c. DK → CONTINUE TO P15
- d. RF → CONTINUE TO P15

P15. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER P8] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____

- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P16a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field]

i. AMOUNT:_____ RF

P16b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER P8] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

i. AMOUNT:_____

DK → SKIP TO P17

RF → SKIP TO P17

ii. UNITS:_____DK RF

P17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P18. ¿Cuándo tomó esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

OR

P18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:_____DK RF
 - i. DÍAS
 - ii. SEMANAS
 - iii. MESES

Section Q: CHRONIC DISEASE CATCH-ALL QUESTION

Q1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna otra enfermedad crónica o enfermedad de la cual no hayamos hablado tales como fibromialgia, hepatitis, trastornos de coagulación de la sangre, síndrome del intestino irritable, apnea del sueño u otros trastornos del sueño, trastorno bipolar, esquizofrenia u otras enfermedades mentales? [PROBE: Esto no incluye las enfermedades de corta duración, como los resfriados.]

- a. YES → CONTINUE TO Q2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q2. ¿Qué tuvo?/¿Tuvo algo más? [READ LIST IF NECESSARY] DO NOT INCLUDE ALLERGIES

- a. Fibromialgia
- b. Hepatitis
- c. Trastornos de coagulación de la sangre
- d. Síndrome del intestino irritable
- e. Apnea del sueño u otros trastornos del sueño
- f. Trastorno Bipolar
- g. Esquizofrenia u otras condiciones de salud mental
- h. ENFERMEDAD CRÓNICA NO ESPECIFICA O ENFERMAD A LARGO PLAZO
- i. SPECIFY: _____ → CONTINUE TO Q3
- j. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q3. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron de la [CHRONIC DISEASE, ANSWER Q2]?

- a. Edad: _____ DK RF
 - i. Años
 - ii. Meses

Q4. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [CHRONIC DISEASE, ANSWER Q2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]? [DO NOT RECORD CPAP HERE]

- a. YES → CONTINUE TO Q5
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q5. ¿Qué tomó?/¿Algo más?

- a. SPECIFY: _____

- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q6. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER Q5] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO Q10
- b. NO → CONTINUE TO Q7
- c. DK → CONTINUE TO Q7
- d. RF → CONTINUE TO Q7

Q7. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER Q5] para [CHRONIC DISEASE, ANSWER Q2] por primera vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Q8. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER Q5] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Q7 AND Q8, SKIP Q9
- c. DK
- d. RF

OR

Q9. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

Q10. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER Q5] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:_____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

Q11. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO Q12
- b. NO → SKIP TO Q13

- c. DK → CONTINUE TO Q12
- d. RF → CONTINUE TO Q12

Q12. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER Q5] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - i. UNITS: _____
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q13a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT: _____ RF

Q13b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER Q5] tomaste la [1st, 2nd, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT: _____ DK or RF → SKIP TO Q14
- ii. UNITS: _____ DK RF

Q14. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Q15. ¿Cuándo tomó esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Q14 and Q15, SKIP Q15a
- c. DK
- d. RF

OR

Q15a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Dias
 - ii. Semanas

iii. Meses

Section R: FEVERS

R1. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo fiebres?, [PROBE: La fiebre podría haber sido por enfermedades respiratorias, bronquitis, neumonía, una infección de los riñones, la vejiga o las vías urinarias, enfermedad inflamatoria de la pelvis u otras infecciones o enfermedades?]

- a. YES → CONTINUE TO R2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

R2. ¿Cuántas fiebres te acuerdas haber tenido? [IF DK NUMBER, SELECT 1 AND ASK MOM FOR DETAILS ABOUT 1 FEVER SHE REMEMBERS.] [ASK R3-R11 FOR EACH FEVER LISTED.]

- a. NUMBER: _____

R3. ¿Cuál fue la causa de la [1st, 2nd, etc.] fiebre?

- a. CAUSE: _____
- b. DK
- c. RF

R4. Cuando tuvo [CAUSE OF FEVER, ANSWER R3], ¿durante qué meses tuvo usted fiebre?

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. DK
- f. RF

R5. ¿Cuál fue la temperatura más alta mientras tuvo fiebre?

- a. VALUE: _____ DK RF NOT RECORDED → SKIP UNITS
- i. UNITS: F or C

R6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para esa fiebre?

- a. YES → CONTINUE TO R7
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

R7. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [CODE ALL THAT APPLY. IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST: ¿Tomó usted.....?]

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Aleve
- d. Ibuprofeno
- e. Motrin
- f. Naproxeno sódico
- g. Nuprin
- h. Tylenol
- i. OTHER, SPECIFY: _____
- j. DK SKIP TO NEXT SECTION
- k. RF SKIP TO NEXT SECTION

R8. ¿Cuándo comenzó a tomar [DRUG, ANSWER R7] para esta [CAUSE OF FEVER, ANSWER R3] por primera vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

R9. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER R7] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or DK or RF or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to R8 and R9, SKIP R10

OR

R10. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

R11. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER R7] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____/Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

Section S: GENITOURINARY INFECTIONS

- S1. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo algún riñon, la vejiga o infección del tracto urinaria? DO NOT INCLUDE KIDNEY STONES
- a. YES → CONTINUE TO S2
 - b. NO → SKIP TO S15
 - c. DK → SKIP TO S15
 - d. RF → SKIP TO S15

ASK THE FOLLOWING QUESTIONS FOR EACH INFECTION REPORTED:

- S2. ¿Fue la infección diagnosticada por un médico u otro proveedor de atención médica? IF ONLY DIAGNOSED WITH KIT TEST RESULT, ENTER "No".
- a. YES
 - b. NO
 - c. DK
 - d. RF

- S3. ¿Tomó algún medicamento o remedio para infección?
- a. YES → CONTINUE TO S4
 - b. NO → SKIP TO S15
 - c. DK → SKIP TO S15
 - d. RF → SKIP TO S15

ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICINE USED:

Row #		QUESTION	RESPONSE
1	S4. S18. S32.	¿Qué tomó?/¿Algo más?	MEDICATION: _____ DK RF

	<p>S4, S18: (UTI or PID MEDS): PROBE: IF CAN'T RECALL READ FROM DRUG LIST:</p> <p>Amoxicilina Amoxil Augmentin Azitromicina Bactrim Biaxin Ceftriaxona sódica Cipro Doxiciclina EES Erythrocin Eritromicina Furadantin Levaquin Macrobid Macrodantina Nitrofurantoína Nitrofurantoína Macrocristales Penicilina NOS Rebetol Septra Trimetoprim-sulfametoxazol Trimox Vibramycin Virazole Zithromax Antibiotico NOS</p>	<p>S4: IF NO/DK/RF →SKIP TO S15</p> <p>S18: IF NO/DK/RF →SKIP TO S29</p> <p>S32: IF NO/DK/RF →SKIP TO S43</p>
--	--	---

	<p>S32 (STD MEDS): [PROBE: IF CAN'T RECALL READ FROM DRUG LIST]</p> <p>Aciclovir Aldara Condylox Famciclovir Famvir Imiquimod Podofilox Podofilina Acido Tricloroacético (TCA) Valaciclovir Valtrex Zovirax</p>	
--	--	--

		Zyclara	
2	S5. S19. S33.	¿Usó [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?	YES → SKIP TO ROW 6 NO DK RF →CONTINUE TO ROW 3
3	S6. S20. S34.	¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] para infección por primera vez durante ese período?	MM/DD/YYYY __/__/____ or MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) DK RF
4	S7. S21. S35.	¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] por última vez durante ese período?	MM/DD/YYYY __/__/____ or DK RF MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP ROW 5 DK RF
5	S8. S22. S36.	¿Por cuánto tiempo lo tomó?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF
6	S9. S23. S37.	¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/ Por semana/ Por Mes/ Por Periodo DK RF
7	S10. S24. S38.	¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.	YES, DK, RF → Continue to Row 8 NO → Skip to Row 9
8	S11. S25. S39.	¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF →SKIP UNITS UNITS: _____ DK S11 → SKIP TO S15 S25 → SKIP TO S29 S39 → SKIP TO S43

9	S12a. S26a. S40a.	¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?	AMOUNT: _____ RF
10	S12b. S26b. S40b.	¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] tomaste la [1 st , 2 nd , etc.] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF
11	S13. S27. S41a.	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	MM/DD/YYYY __/__/____ or MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) DK RF
12	S14. S28. S41b.	¿Cuándo tomó esa dosis?	MM/DD/YYYY __/__/____ or MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP ROW 13 DK RF
13	S14a S28a S42.	¿Por cuánto tiempo la tomó?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF

**AFTER S14, CONTINUE WITH S15 BELOW. AFTER S28a, CONTINUE WITH S29 BELOW.
 FOR S15-S28, FOR S29 -SXX, USE SAME RESPONSES AND SKIP PATTERNS AS FOR SIMILAR QUESTIONS
 IN S1-S14 ABOVE.**

S15. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo alguna enfermedad pélvica inflamatoria o EPI?

- a. YES → CONTINUE TO S16
- b. NO → SKIP TO S29
- c. DK → SKIP TO S29
- d. RF → SKIP TO S29

S16. ¿Fue la enfermedad pélvica inflamatoria o EPI diagnosticados por un médico u otro proveedor de atención médica?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

S17. ¿Tomó algún medicamento o remedio para su enfermedad pélvica inflamatoria o EPI?

- a. YES → **CONTINUE TO S18 IN TABLE ABOVE**
- b. NO → SKIP TO S29
- c. DK → SKIP TO S29
- d. RF → SKIP TO S29

AFTER S18 - S28 IN TABLE ABOVE, CONTINUE:

- S29. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿Tuvo alguna infección vaginal por hongos?
- a. YES → CONTINUE TO S29a
 - b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
 - c. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION
- S29a. ¿La infección por levaduras fue diagnosticada por un médico u otro proveedor de atención médica?
- a. YES
 - b. NO
 - c. DK
 - d. RF
- S30. ¿Tomó algún medicamento o remedios para la infección de levadura? that is from [B1] to [P4 (-1)], did you take any medications or remedies for your yeast infection?
- a. YES → CONTINUE TO S30a
 - b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
 - c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - d. RF → SKIP TO NEXT SECTION
- S30a. ¿Tomó algún medicamento recetado por un médico o alguno que no requiere receta médica? SELECT ALL THAT APPLY
- a. Medicamentos con receta
 - b. Receta médica Que no requiere receta médica
 - c. DK
 - d. RF
- S31. ¿Usó un medicamento que insertó o se aplicó en el exterior o una pastilla que se tragó? SELECT ALL THAT APPLY
- a. Producto externo o insertado → SKIP TO NEXT SECTION
 - b. Pastilla → SKIP TO NEXT SECTION
 - c. OTHER (SPECIFY): _____ → SKIP TO NEXT SECTION
 - d. DK → SKIP TO NEXT SECTION
 - e. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Section T: INFECCIONES

INFECTIONS – Gateway Table					
(FOLLOW-UP QUESTIONS FOR EVERY “YES” RESPONSE BEGIN IN NEXT TABLE)					
¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes infecciones?		IF YES, ASK FOLLOW-UP QUESTIONS	IF NO, ASK NEXT CATEGORY	IF DK, ASK NEXT CATEGORY	IF RF, ASK NEXT CATEGORY
		SÍ	NO	NO SABE	SE NEGÓ A RESPONDER
T1.	Virus del Zika				
	Chikunguña				
	Dengue				
	Enfermedad de Lyme				
	Paludismo (malaria)				
	Virus del Nilo Occidental				
	Hepatitis A				
	Hepatitis B				
	Hepatitis C				
	VIH				
	Sífilis				
	Clamidia				
	Gonorrea				
	Virus del papiloma humano (VPH)				
	¿Alguna otra enfermedad de transmisión sexual, como herpes o tricomoniasis?	¿Cuál?			

For each infection that the mother reported, ask the following questions:

T2.	¿Cuándo se le diagnosticó la infección por primera vez?	<p>a. MM/DD/AAAA O</p> <p>b. Edad en años</p> <p>c. NO SABE</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
T3.	¿Tuvo algún síntoma durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]], esto es desde [B3] hasta el final del embarazo? Por favor, tenga en cuenta que este es un periodo más largo que el que abarca la mayoría de las otras preguntas.	<p>a. SÍ → CONTINUE TO T4</p> <p>b. NO → SKIP TO 5</p> <p>c. NO SABE → SKIP TO 5</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO 5</p>
T4.	¿Durante qué meses tuvo síntomas?	<p>a. B3</p> <p>b. B2</p> <p>c. B1</p> <p>d. P1</p> <p>e. P2</p> <p>f. P3</p> <p>g. T2</p> <p>h. T3</p> <p>i. NO SABE</p> <p>j. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
T5.	¿Tomó algún medicamento o remedio contra [INFECTION] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]?	<p>a. SÍ → CONTINUE TO 6</p> <p>b. NO → SKIP TO NEXT INFECTION/SECTION</p> <p>c. NO SABE → SKIP TO NEXT INFECTION/SECTION</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT INFECTION/SECTION</p>
T6.	¿Qué tomó? ¿Tomó alguna otra cosa? [LIST ALL]	<p>a. Medicamento: _____</p> <p>b. NO SABE</p> <p>c. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
T7.	¿Usó [MEDICINE] todo el tiempo desde los 3 meses	<p>a. SÍ → SKIP TO 11</p>

	antes del embarazo hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]?	<p>b. NO → CONTINUE TO 8</p> <p>c. NO SABE → CONTINUE TO 8</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO 8</p>
T8.	¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE] por primera vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]	<p>a. MM/DD/AAAA o</p> <p>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)</p> <p>c. NO SABE</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
T9.	¿Cuándo dejó de usar [MEDICINE] por última vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]	<p>a. MM/DD/AAAA o</p> <p>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)</p> <p>c. NO SABE</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
T10.	<p>O</p> <p>¿Por cuánto tiempo lo tomó?</p>	<p>a. CANTIDAD: _____</p> <p>i. Días</p> <p>ii. Semanas</p> <p>iii. Meses</p> <p>b. NO SABE</p> <p>c. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
T11.	¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo ese periodo.	<p>a. CANTIDAD: _____</p> <p>i. Por día</p> <p>ii. Por semana</p> <p>iii. Por mes</p> <p>vi. Por periodo [Note to interviewers that this refers to B3-end of pregnancy; e.g., if the mother only took the medication once during that entire time period they would put AMOUNT=1 per time period]</p> <p>b. NO SABE</p>

		c. SE NEGÓ A RESPONDER
T12.	¿Tomó la misma dosis del medicamento cada vez que lo tomó durante todo [B3] y hasta [DOIB/DOPT]? ¿Esto es, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis?	a. SÍ → CONTINUE TO 13 b. NO → SKIP TO 14 c. NO SABE → CONTINUE TO 13 d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO 13
T13.	¿Cuál fue la dosis de [MEDICINE] que tomó cada vez que lo tomó?	a. CANTIDAD: _____ → SKIP TO NEXT MEDICINE/INFECTION/SECTION i. UNIDADES: _____ b. NO SABE → SKIP TO NEXT MEDICINE/INFECTION/SECTION c. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT MEDICINE/INFECTION/SECTION
T14.	¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage information she does remember. You may put additional details in a comment field.]	a. CANTIDAD: _____ b. SE NEGÓ A RESPONDER
T15.	¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó la [1. ^a , 2. ^a , etc.] vez?	a. CANTIDAD: _____ i. UNIDADES: _____ b. NO SABE c. SE NEGÓ A RESPONDER
T16.	¿Cuándo empezó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/AAAA o b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3) c. NO SABE d. SE NEGÓ A RESPONDER
T17.	¿Cuándo tomó esa dosis?	a. MM/DD/AAAA o b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3) c. NO SABE

		d. SE NEGÓ A RESPONDER
T18.	<p>O</p> <p>¿Por cuánto tiempo la tomó?</p>	<p>a. CANTIDAD: _____</p> <p>i. Días</p> <p>ii. Semanas</p> <p>iii. Meses</p> <p>b. NO SABE</p> <p>c. SE NEGÓ A RESPONDER</p>

Section U: INFORMACIÓN SOBRE VIAJES

Las próximas preguntas son acerca de los lugares a los que podría haber viajado antes y durante su embarazo.

U1. ¿Pasó algún tiempo fuera del territorio continental de los Estados Unidos durante el periodo que va desde 3 meses antes del embarazo hasta el final del embarazo, esto es desde [B3] HASTA [DOIB/DOPT]? Nos interesa saber si viajó a otros países, a Hawái, o a un territorio de los Estados Unidos como Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. [Note to interviewers: We are not interested in travel to Alaska in this question, even though it can be considered outside of the continental Unites States.]

- a. SÍ → CONTINUE TO U2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

U2. ¿A dónde viajó? ¿Viajó a algún otro lugar?

[Interviewer guidance will be provided that multiple locations (e.g. different cities) within a trip to a country/U.S. territory would only be recorded as a single location here.]

- Lugar [1]:
- Lugar [2]:
- Lugar [3]:
- Etc...

ASK QUESTIONS U3 – U11 FOR EACH LOCATION, IF MULTIPLE TRIPS TO THE SAME LOCATION, RECORD EACH TRIP SEPARATELY

U3. ¿Qué día comenzó su viaje a [Location[N]]?

- a. MM/DD/AAAA o MM/AAAA
- b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

U4. ¿Qué día terminó su viaje a [Location[N]]?

- a. MM/DD/AAAA
- b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)

- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER
-

U4a. ¿Cuánto duró su viaje?

- a. CANTIDAD: _____ NO SABE SE NEGÓ A RESPONDER
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses

U5. ¿Se enfermó durante su viaje a [Location[N]] o dentro del periodo de 2 semanas después de que regresó a los Estados Unidos?

- a. SÍ → CONTINUE TO U6
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

U6. ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas con esta enfermedad?

- a. Sarpullido: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- b. Conjuntivitis o “pink eye”: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- c. Dolor detrás de los ojos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- d. Dolor en las articulaciones: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- e. Dolor corporal en los músculos o los huesos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- f. Escalofríos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- g. Dolor de cabeza: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- h. Vómitos persistentes: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- i. Diarrea: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- j. Congestión nasal: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- k. Tos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- l. Dolor de garganta: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- m. Dificultad para respirar: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- n. Fiebre: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER

U7. ¿Tuvo algún otro síntoma con esta enfermedad?

- a. SÍ → CONTINUE TO U7a
- b. NO → SKIP TO U8
- c. NO SABE → SKIP TO U8
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO U8

U7a. ¿Qué otros síntomas tuvo?

Síntoma 1: _____

Síntoma 2: _____

[allow them to report as many additional symptoms as they had]

NO SABE

SE NEGÓ A RESPONDER

U8. ¿Recibió el diagnóstico de un médico o de otro proveedor de atención médica?

- a. SÍ → CONTINUE TO U9
- b. NO → SKIP TO U10
- c. NO SABE → SKIP TO U10
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO U10

U9. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dieron?

Diagnóstico: _____

NO SABE

SE NEGÓ A RESPONDER

U10.	¿Tomó algún medicamento o remedio para esta enfermedad en los 3 meses antes del embarazo y hasta el final del embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> a. SÍ → CONTINUE TO U10a b. NO → SKIP TO NEXT SECTION c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT
------	---	--

		SECTION
U10a.	¿Ya me dijo los medicamentos que tomó para esta enfermedad?	a. SÍ → SKIP TO NEXT SECTION b. NO → CONTINUE TO U11 c. NO SABE → CONTINUE TO U11 d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO U11
U11.	¿Qué tomó? ¿Tomó alguna otra cosa? [LIST ALL]	a. Medicamento: _____ b. NO SABE c. SE NEGÓ A RESPONDER
U12.	¿Usó [MEDICINE] todo el tiempo desde los 3 meses antes del embarazo hasta el final del embarazo?	a. SÍ → SKIP TO U16 b. NO → CONTINUE TO U13 c. NO SABE → CONTINUE TO U13 d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO U13
U13.	¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE] por primera vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]	a. MM/DD/AAAA o b. MES DEL EMBARAZO (B1, P1, P2, P3) c. NO SABE d. SE NEGÓ A RESPONDER
U14.	¿Cuándo dejó de usar [MEDICINE] por última vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]	a. MM/DD/AAAA o b. MES DEL EMBARAZO (B1, P1, P2, P3) c. NO SABE d. SE NEGÓ A RESPONDER
U15.	O ¿Por cuánto tiempo lo tomó?	a. CANTIDAD: _____ i. Días ii. Semanas iii. Meses b. NO SABE c. SE NEGÓ A RESPONDER

U16.	¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final del embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.	<p>a. CANTIDAD: _____</p> <p>i. Por día</p> <p>ii. Por semana</p> <p>iii. Por mes</p> <p>vi. Por periodo <i>[Note to interviewers that this refers to B3-end of pregnancy; e.g., if the mother only took the medication once during that entire time period they would put AMOUNT=1 per time period]</i></p> <p>b. NO SABE</p> <p>c. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
U17.	¿Tomó la misma dosis del medicamento cada vez que lo tomó durante todo [B3] y hasta [DOIB/DOPT]? ¿Esto es, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis?	<p>a. SÍ → CONTINUE TO U18</p> <p>b. NO → SKIP TO U19</p> <p>c. NO SABE → CONTINUE TO U18</p> <p>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO U18</p>
U18.	¿Cuál fue la dosis de [MEDICINE] que tomó cada vez que lo tomó?	<p>a. CANTIDAD: _____</p> <p>i. UNIDADES: _____</p> <p>b. NO SABE</p> <p>c. SE NEGÓ A RESPONDER</p>
U19.	¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? <i>[If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage information she does remember. You may put additional details in a comment field.]</i>	<p>a. CANTIDAD: _____</p> <p>b. SE NEGÓ A RESPONDER</p>

U20.	¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó la [1. ^a , 2. ^a , etc.] vez?	a. CANTIDAD: _____ i. UNIDADES: _____ b. NO SABE c. SE NEGÓ A RESPONDER
U21.	¿Cuándo empezó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/AAAA o b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3) c. NO SABE d. SE NEGÓ A RESPONDER
U22.	¿Cuándo tomó esa dosis?	a. MM/DD/AAAA o b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3) c. NO SABE d. SE NEGÓ A RESPONDER
U23.	O ¿Por cuánto tiempo la tomó?	a. CANTIDAD: _____ i. Días ii. Semanas iii. Meses b. NO SABE c. SE NEGÓ A RESPONDER

Section V: MEDICATIONS / HERBALS / VITAMINS

Nos interesa saber sobre cualquier medicamento que haya tomado desde 1 mes antes de quedar embarazada, que sería el [B1], hasta el final del tercer mes de embarazo, que sería [P4(-1)]. Estos incluyen medicamentos con o sin receta. Incluya medicamentos que le haya recetado un profesional de la salud y medicamentos que quizás le hayan recetado a otra persona pero que usted utilizó. Posiblemente ya hayamos hablado sobre algunos de estos medicamentos, pero méncionelos nuevamente en respuesta a estas preguntas. Algunas veces puede utilizarse el mismo medicamento por diferentes motivos y esta es la razón de que algunas preguntas puedan parecer repetitivas. Para comenzar, le voy a preguntar si ha utilizado ciertos tipos de medicamentos y luego le preguntaré sobre su uso de medicamentos específicos. Si completó

la hoja de medicamentos incluida en su paquete de presentación, sería útil tenerla en frente para estas preguntas. Para evitar que tenga que repetir información que ya cubrimos, puede que le pida su ayuda en recordar si ya nos dijo si esta usando algún medicamento y para cual condición medica. Desafortunadamente no podemos ver sus respuestas anteriores.

Medication Categories

		QUESTION	RESPONSES			
			IF YES, ASK FOLLOW-UP QUESTIONS	IF NO, ASK NEXT CATEGOR Y	IF DK, ASK NEXT CATEGORY	IF RF, ASK NEXT CATEGORY
		Desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿tomó.../did you get any vaccines (V154)?				
V1.		Pastillas o píldoras anticonceptivas? (V3)	Y	N	DK	RF
V18.		Antibióticos (V20)	Y	N	DK	RF
V35.		Medicamentos para el dolor que no requieren receta médica (V37)	Y	N	DK	RF
V52.		Medicamentos para el dolor con receta médica (V54)	Y	N	DK	RF
V69.		Medicinas para ayudar a reducir el colesterol ("estatinas") (V71)	Y	N	DK	RF
V86.		Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar (V88)	Y	N	DK	RF
V103.		Medicamentos para ayudar con alergias o síntomas de resfriado (por ejemplo, secreción nasal, tos) (V105)	Y	N	DK	RF
V120.		Medicamentos para tratar una infección por un virus, como la influenza o gripe ("antiviral") (V122)	Y	N	DK	RF
V137.		Medicamentos para ayudarle a dormir (V139)	Y	N	DK	RF
V154.		Desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿se puso alguna vacuna (WILL ONLY CAPTURE NAME & DATE OF VACCINES) (V156)	Y	N	DK	RF
V171.		Medicamentos para tratar las náuseas o los vómitos (V173)	Y	N	DK	RF

V3.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	BIRTH CONTROL PILLS PROMPTS:	SELECT EACH YES:
	Apri	Y
	Aviane (21,28)	Y

BD-STEPS CATI
 2/5/2020
 Spanish Translation

		Beyaz	Y
		Brevicon (21,28)	Y
		Camila	Y
		Cryselle 28	Y
		Cyclessa	Y
		Desogen	Y
		Jolivette	Y
		Kariva	Y
		Levora NOS	Y
		Lo Loestrin Fe	Y
		Lo Ovral 21	Y
		Loseasonique	Y
		Low-Ogestrel (21,28)	Y
		Micronor	Y
		Mircette	Y
		Nor QD	Y
		Nora Be	Y
		Nordette (21,28)	Y
		Ogestrel 0.5/50	Y
		Ortho-Cept	Y
		Ortho-Cyclen	Y
		Ortho-Novum 1/35 (21,28)	Y
		Ortho-Novum 7/7/7 21,28	Y
		Ortho Tri Cyclen	Y
		Ortho Tri Cyclen Lo	Y
		Ovcon 35 (21,28)	Y
		Ovcon 50 (21,28)	Y
		Portia 28	Y
		Seasonale	Y
		Seasonique	Y
		Sprintec	Y
		Trinessa	Y
		Tri-Norinyl 21,28	Y
		Tri-Sprintec 28	Y
		Trivora	Y
		Yasmin	Y
		Yaz	Y
		OTHER, SPECIFY	Y

FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5.

V20.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
------	---	---

	ANTIBIOTICS PROMPTS:	SELECT EACH YES:
	Amoxicilina	Y
	Amoxil	Y
	Augmentin	Y
	Biaxin	Y
	Cipro	Y
	Ciprofloxacino	Y
	Cleocin	Y
	Doxiciclina	Y
	Erythromycin	Y
	Flagyl	Y
	Macrodantina	Y
	Nitrofurantoina	Y
	Penicilina	Y
	Trimetoprim-Sulfametoxazol	Y
	Vancocin	Y
	Vibramycin	Y
	Zithromax	Y
	Z-Pak	Y
	OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.		

V37.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	OVER-THE-COUNTER PAIN RELIEVERS PROMPTS:	SELECT EACH YES:
	Acetaminofén	Y
	Advil	Y
	Aleve	Y
	Aspirina	Y
	Excedrin Extra Fuerte Capsulas/Pastillas/Tabletas de Gelatina	Y
	Ibuprofeno	Y
	Motrin	Y
	Naproxeno Sódico	Y
	Tylenol	Y
	OTHER, SPECIFY	
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.		
V54.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	PRESCRIPTION PAIN RELIEVERS	SELECT EACH YES:
	Celebrex	Y
	Bitartrato De Hidrocodona + Acetaminofén	Y
	Lorcet	Y
	Lortab	Y
	Neurontin	Y
	Oxycodona/Acetaminofén	Y
	Oxycontin	Y
	Percocet	Y
	Roxicet	Y
	Tramadol	Y
	Tramadol Hcl/ Acetaminofén	Y
	Tylenol #1,#2,#3,#4	Y
	Ultram	Y
	Vicodin	Y
	OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.		
V71.	¿Cuál era el nombre del medicamento? /	

	¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	MEDICINES TO HELP LOWER YOUR CHOLESTEROL ("STATINS")	SELECT EACH YES:
	Altoprev	Y
	Atorvastatina	Y
	Crestor	Y
	Fluvastatina	Y
	Lescol	Y
	Lipitor	Y
	Livalo	Y
	Lovastatin	Y
	Mevacor	Y
	Pitavastatina	Y
	Pravachol	Y
	Pravastatin Sódica	Y
	Rosuvastatina Calcica	Y
	Simvastatina	Y
	Zocor	Y
	OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5.		

V88.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	MEDICINES TO HELP YOU QUIT SMOKING	SELECT EACH YES:
	Budeprion SR	Y
	Bupropion HCL	Y
	Chantix	Y
	Clonidina	Y
	Nicoderm CQ	Y
	Nicorette Gum	Y
	Goma De Mascar De Nicotina	Y
	Inhalador De Nicotina	Y
	Nicotrol Inhalante	Y
	Nortriptilina	Y
	Pamelor	Y
	Tartrato De Vareniclina	Y
	Wellbutrin	Y
	Wellbutrin XL	Y
	Zyban	Y
	OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5.		

V105.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	MEDICINES TO HELP WITH ALLERGIES OR COLD SYMPTOMS (E.G. RUNNY NOSE, COUGH)	SELECT EACH YES:
	Afrin 12 Hour Aerosol/Atomizador Nasal	Y
	Allegra	Y
	Allegra D	Y
	Benadryl	Y
	Clarinex	Y
	Clarinex D	Y
	Claritin	Y
	Claritin D	Y
	Delsym 12 Hour Cough Relief	Y
	Mucinex	Y
	Mucinex DM	Y
	Fenilefrina	Y
	Pseudoefedrina	Y
	Sudafed PE Nasal Decongestant	Y
	Sudafed Nasal Decongestant	Y
	Zyrtec	Y
	Zyrtec D	Y
	OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.		
V122.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	MEDICINE TO TREAT AN INFECTION WITH A VIRUS, LIKE THE FLU (“ANTIVIRAL”)	SELECT EACH YES:
	Aciclovir	Y
	Amantadina	Y
	Combivir	Y
	Oseltamivir Fosfato	Y
	Relenza	Y
	Tamiflu	Y
	Zanamivir	Y
	OTHER, SPECIFY:	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW V4/ROW 1-V24/ROW 4.		

V139.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	MEDICINE TO HELP YOU SLEEP ("SLEEP AID")	SELECT EACH YES:
	Ambien	Y
	Benadryl	Y
	Compoz	Y
	Difenhidramina	Y
	Doxilamina	Y
	Eszopiclona	Y
	Planta Medicinal Kava-Kava	Y
	L-Triptofano	Y
	Lunesta	Y
	Melatonina	Y
	Nytol	Y
	Prosom	Y
	Ramelteon	Y
	Restoril	Y
	Rozerem	Y
	Sleepinal	Y
	Sominex	Y
	Sonata	Y
	Triptofano	Y
	Extracto De Valeriana	Y
	Zaleplon	Y
	Tartrato De Zolpidem	Y
	Zzzquil Liquicaps Sleep-Aid	Y
	Zzzquil Liquid Sleep-Aid	Y
	OTHER, SPECIFY:	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5.		

V156.	¿Qué vacunas te pusiste? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO NEXT CATEGORY RF → SKIP TO NEXT CATEGORY
	Vaccines	SELECT EACH YES:
	Chickenpox Vaccine	Y
	Vacuna Contra La Influenza	Y
	Vacuna Contra La Hepatitis A	Y
	Vacuna Contra La Hepatitis B	Y
	Vacuna Contra El VPH (Virus Del Papiloma Humano)	Y
	Vacuna Contra El Meningococo	Y
	Vacuna Contra El Sarampión, Paperas, Y Rubeola	Y
	Vacuna Polivalente Contra El Neumococo	Y
	Vacuna Contra El Herpes Zóster	Y
	Vacuna Contra La Varicela	Y
	OTHER, SPECIFY _____	Y
V157.	¿Cuándo te pusiste la vacuna contra [NAME OF VACCINE]?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) o c. Hace cuánto tiempo (con unidades para días, semanas, meses, años) d. DK e. RF
CONTINUE TO V171, NEXT CATEGORY.		

V173.	¿Cuál era el nombre del medicamento? / ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría? PROBE: READ LIST IF NECESSARY	NAME: _____ DK → SKIP TO SPECIFIC MEDICINES RF → SKIP TO SPECIFIC MEDICINES
	MEDICINES TO TREAT NAUSEA OR VOMITING	SELECT EACH YES:
	Benadryl	Y
	Bonine	Y
	Difenhidramina	Y
	Doxilamina	Y
	Jengibre	Y
	Metoclopramida	Y
	Ondansetron	Y
	Phenergan	Y
	Preggie Pops (Various Flavors)	Y
	Prometazina	Y
	Reglan	Y
	Tigan	Y
	Unisom Tablets	Y
	Vitamina B6	Y
	Zofran	Y
	OTHER, SPECIFY	Y
FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.		

ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICINE USED IN T1 THROUGH T137 AND T171. NOT ASKED OF VACCINES.			
Row	Quex #	Question Text	Responses
1	V4 V21 V38 V55 V72 V89 V106 V123 V140 V157 V174	¿Ya me dijo antes en la entrevista que tomó este medicamento?	a. YES → Continue to V5/Row2 b. NO → Continue to V24/Row 4 or Skip to V8/Row 5 c. DK → Continue to V24/Row 4 or Skip to V8/Row 5 d. RF → Continue to V24/Row 4 or Skip to V8/Row 5
2	V5 V22 V39 V56 V73 V90 V107 V124 V141 V175	¿Me podría recordar para que condición médica se tomó este medicamento?	a. CONDITION _____ b. DK c. RF
3	V6 V23 V40 V57 V74 V91 V108 V125 V176	¿Tomó este medicamento por algún otro motivo del que no hayamos hablado todavía?	a. YES → CONTINUE TO V24/ROW 4 OR SKIP TO V8/ROW 5 b.. NO/DK/RF → CONTINUE TO NEXT MEDICATION CATEGORY OR SKIP TO SPECIFIC MEDICATIONS INTRO

FOR ALL MEDICATION CATEGORIES, EXCEPT BIRTH CONTROL PILLS, STATINS, SMOKING CESSATION MEDICATIONS, SLEEP AIDS, AND VACCINES → ASK V24/ROW 4; FOR THE AFOREMENTIONED CATEGORIES, SKIP TO V8/ROW 5.			
4	V24 V41 V58 V109 V126 V177	¿Por qué tomó [MEDICATION]?	a. REASON: _____ b. DK c. RF
5	V8 V25 V42 V59 V76 V93 V110 V127 V144 V178	¿Usó [MEDICATION] durante el total del tiempo, desde el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo?	a. YES → Skip to V12/Row 9 b. NO → Continue to V9/Row 6 c. DK → Continue to V9/Row 6 d. RF → Continue to V9/Row 6
6	V9 V26 V43 V60 V77 V94 V111 V128 V145 V179	¿Cuándo comenzó a usar [MEDICATION] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
7	V10 V27 V44 V61 V78 V95 V112 V129 V146 V180	¿Cuándo tomó [MEDICATION] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) ☐ If valid stop and start date, skip V11/Row 8 c. DK d. RF

8	V11 V28 V45 V62 V79 V96 V113 V130 V147 V181	¿Por cuánto tiempo lo tomó [ANSWER]?	AMOUNT: _____ DIAS SEMANAS MESES DK RF
9	V12 V29 V46 V63 V80 V97 V114 V131 V148 V182	¿Con qué frecuencia tomó [MEDICATION] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/ Por Semana/Por Mes/Por Periodo DK RF
10	V13 V30 V47 V64 V81 V98 V115 V132 V149 V183	¿Tomó la misma dosis de medicamento, cada vez que lo tomó, en todo el tiempo que lo tomó durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.	a. YES → CONTINUE TO V14/ROW 11 b. NO → SKIP TO V15a/ROW 12 c. DK → CONTINUE TO V14/ROW 11 d. RF → CONTINUE TO V14/ROW 11
11	V14 V31 V48 V65 V82 V99 V116 V133 V150 V184	¿Qué dosis de [MEDICATION] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK SKIP TO V18/NEXT CATEGORY

12	V15a V32a V49a V66a V83a V100a V117a V134a V151a V185a	¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado [IF MOM KNOWS SHE TOOK MORE THAN ONE DOSAGE, BUT CAN'T REMEMBER HOW MANY, SELECT 1 FOR THE NUMBER OF DOSAGES AND REPORT THE DOSAGE INFO SHE DOES REMEMBER. YOU MAY PUT ADDITIONAL DETAILS IN A COMMENT FIELD.]	AMOUNT _____ RF
13	V15b V32b V49b V66b V83b V100b V117b V134b V151b V185b	¿Qué dosis de [MEDICATION] tomaste la [1st, 2nd, etc] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK
14	V16 V33 V50 V67 V84 V101 V118 V135 V152 V186	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
15	V17 V34 V51 V68 V85 V102 V119 V136	¿Cuándo tomó esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V17a/ROW 16 c. DK

	V153 V187		d. RF
--	--------------	--	-------

16	V17a V34a V51a V68a V85a V102a V119a V136a V153a V187a	¿Por cuánto tiempo la tomó?	AMOUNT: _____		
			Dias	Semanas	Meses
			DK	RF	

AFTER V17, CONTINUE TO V18 AT BEGINNING OF TABLE, OR NEXT CATEGORY.

CYCLE BACK UP TO NEXT MEDICATION CATEGORY ON THE LIST AND CONTINUE WITH QUESTIONS UNTIL YOU HAVE ASKED ABOUT EACH MEDICATION CATEGORY THROUGH THOSE FOR NAUSEA AND VOMITING.

SPECIFIC MEDICATIONS:

Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de medicamentos específicos. A medida que lea la lista, dígame Sí o No para cada medicamento. Posiblemente ya hayamos hablado sobre algunos de estos medicamentos, pero, menciónelos nuevamente en respuesta a estas preguntas.

		Desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tomó...?	IF YES, ASK NEXT QUESTION IN ROW 17	IF NO, ASK NEXT DRUG	IF DK, ASK NEXT DRUG	IF RF, ASK NEXT DRUG
	V188.	Prozac	Y	N	DK	RF
	V203.	Wellbutrin	Y	N	DK	RF
	V218.	Paxil	Y	N	DK	RF
	V233.	Zoloft	Y	N	DK	RF
	V248.	Effexor	Y	N	DK	RF
	V263.	Celexa	Y	N	DK	RF
	V278.	Lexapro	Y	N	DK	RF
	V293.	Cymbalta	Y	N	DK	RF
	V308.	Abilify	Y	N	DK	RF
	V323.	Seroquel	Y	N	DK	RF
	V338.	Zyprexa	Y	N	DK	RF
	V353.	Depakene, Depakote, o Acido Valproico	Y	N	DK	RF
	V368.	Dilantin o Phenytoin	Y	N	DK	RF
	V383.	Felbatol	Y	N	DK	RF
	V398.	Klonopin o Clonazepam	Y	N	DK	RF

V413.	Lamictal	Y	N	DK	RF
V428.	Fenobarbital	Y	N	DK	RF
V443.	Topiramate o Topamax	Y	N	DK	RF
V458.	Furadantin	Y	N	DK	RF
V473.	Macrofantina	Y	N	DK	RF
V488.	Qsymia	Y	N	DK	RF
V503.	Talidomida	Y	N	DK	RF
V518.	Accutane or Isotretinoin	Y	N	DK	RF
V533.	CellCept	Y	N	DK	RF
V548.	Myfortic	Y	N	DK	RF
V563.	Cytotec	Y	N	DK	RF
V578.	Misoprostol	Y	N	DK	RF
V593.	Metotrexato	Y	N	DK	RF
			Skip to V608	Skip to V608	Skip to V608

ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICATION TAKEN IN V188-V593:

Row	Quex #	Question Text	Responses
17	V189 V204 V219 V234 V249 V264 V279 V309 V324 V339 V354 V369 V384 V399 V414 V429 V444 V459 V474 V489 V504 V519 V534 V549 V564	¿Ya me dijo antes en la entrevista que tomó[MEDICATION]?	a. YES → Continue to V190/Row 18 b. NO → Skip to V192/Row 20 c. DK → Skip to V192/Row 20 d. RF → Skip to V192/Row 20

	V579 V594		
--	--------------	--	--

18	V190 V205 V220 V235 V250 V265 V280 V295 V310 V325 V340 V355 V370 V385 V400 V415 V430 V445 V460 V475 V490 V505 V520 V535 V550 V565 V580 V595	¿Me podría recordar para que condición médica se tomó este medicamento?	CONDITION _____ DK RF
----	--	---	-------------------------------------

19	V191 V206 V221 V236 V251 V266 V281 V296 V311 V326 V341 V356 V371	¿Tomó este medicamento por algún otro motivo del que no hayamos hablado todavía?	a. YES → CONTINUE TO V192/ROW 20 b. NO → SKIP TO V203/NEXT MEDICINE c. DK → SKIP TO V203/NEXT MEDICINE d. RF → SKIP TO V203/NEXT MEDICINE
----	--	--	--

	V386 V401 V416 V431 V446 V461 V476 V491 V506 V521 V536 V551 V566 V581 V596		
--	--	--	--

20	V192 V207 V222 V237 V252 V267 V282 V297 V312 V327 V342 V357 V372 V387 V402 V417 V432 V447 V462 V477 V492 V507 V522 V537 V552 V567 V582 V597	¿Por qué tomó [MEDICINE]?	a. REASON: _____ b. DK c. RF
----	--	---------------------------	------------------------------------

21	V193 V208 V223 V238 V253 V268 V283 V298 V313 V328 V343 V358 V373 V388 V403 V418 V433 V448 V463 V478 V493 V508 V523 V538 V553 V568 V583 V598	¿Usó [MEDICINE] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?	a. YES → SKIP TO V197/ROW 25 b. NO → CONTINUE TO V194/ROW 22 c. DK → CONTINUE TO V194/ROW 22 d. RF → CONTINUE TO V194/ROW 22
----	--	---	---

22	V194 V209 V224 V239 V254 V269 V284 V299 V314 V329 V344 V359 V374 V389 V404 V419	¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
----	--	--	---

	V434 V449 V464 V479 V494 V509 V524 V539 V554 V569 V584 V599		
--	--	--	--

23	V195 V210 V225 V240 V255 V270 V285 V300 V315 V330 V345 V360 V375 V390 V405 V420 V435 V450 V465 V480 V495 V510 V525 V540 V555 V570 V585 V600	¿Cuándo tomó [MEDICINE] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V196/ROW 24 c. DK d. RF
----	--	--	--

24	V196 V211 V226	¿Por cuánto tiempo lo tomó [MEDICINE]?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses
----	----------------------	--	---

	V241 V256 V271 V286 V301 V316 V331 V346 V361 V376 V391 V406 V421 V436 V451 V466 V481 V496 V511 V526 V541 V556 V571 V586 V601		DK RF
--	--	--	----------

25	V197 V212 V227 V242 V257 V272 V287 V302 V317 V332 V347 V362 V377 V392 V407 V422 V437 V452 V467 V482	¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/ Por semana/Por Mes/Por Periodo DK RF
----	--	---	---

	V497 V512 V527 V542 V557 V572 V587 V602		
--	--	--	--

26	V198 V213 V228 V243 V258 V273 V288 V303 V318 V333 V348 V363 V378 V393 V408 V423 V438 V453 V468 V483 V498 V513 V528 V543 V558 V573 V588 V603	¿Tomó la misma dosis de medicamento, cada vez que lo tomó, en todo el tiempo que lo tomó durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.	a. YES → CONTINUE TO V199/ROW 27 b. NO → SKIP TO V200/ROW 28 c. DK → CONTINUE TO V199/ROW 27 d. RF → CONTINUE TO V199/ROW 27
----	--	--	---

27	V199 V214 V229 V244 V259 V274 V289	¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF UNITS: _____ DK RF → SKIP TO T203
----	--	---	---

	V304 V319 V334 V349 V364 V379 V394 V409 V424 V439 V454 V469 V484 V499 V514 V529 V544 V559 V574 V589 V604.		
--	---	--	--

28	V200 V215a V230a V245a V260a V275a V290a V305a V320a V335a V350a V365a V380a V395a V410a V425a V440a V455a V470a V485a V500a V515a V530a V545a	¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]	AMOUNT _____ RF
----	---	--	-----------------

	V560a V575a V590a V605a		
--	----------------------------------	--	--

29 V200b V215b V230b V245b V260b V275b V290b V305b V320b V335b V350b V365b V380b V395b V410b V425b V440b V455b V470b V485b V500b V515b V530b V545b V560b V575b V590b V605b	¿Qué dosis de [MEDICINE] tomaste la [1st, 2 nd , etc.] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK
--	---	--

30	V201 V216 V231 V246 V261 V276 V291 V306 V321 V336 V351 V366 V381 V396 V411 V426 V441 V456 V471 V486 V501 V516 V531 V546 V561 V576 V591 V606	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
----	--	------------------------------------	---

31	V202 V217 V232 V247 V262 V277 V292 V307 V322 V337 V352 V367 V382 V397 V412 V427 V442 V457 V472 V487 V502 V517 V532 V547 V562 V577 V592 V607	¿Cuándo tomó esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V202a/ROW 32 c. DK d. RF
----	--	-------------------------	---

32	V202a V217a V232a V247a V262a V277a V292a V307a V322a V337a V352a V367a V382a V397a V412a V427a V442a V457a V472a V487a V502a V517a V532a V547a V562a V577a V592a V607a	¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:3390 1.*.1]?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF
----	--	---	---

HERBALS:		
V608.	Desde el mes anterior a quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, ¿usó hierbas o remedios tradicionales para el tratamiento de alguna aflicción, para conservar la salud o para bajar de peso? No incluya infusiones de hierbas.	a. YES → CONTINUE TO V609 b. NO → SKIP TO V615 c. DK → SKIP TO V615 d. RF → SKIP TO V615
V609.	¿Entre el [START DATE OF B1] y el [P4(-1) END DATE OF P3] ¿qué hierbas o remedios tradicionales tomó? / ¿Algo más?	HERBALS _____ DK → SKIP TO V615 RF → SKIP TO V615
ASK THIS SERIES FOR EACH HERBAL PRODUCT USED:		
V610.	¿Usó [Name of herb/medicine] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?	a. YES → SKIP TO V614 b. NO → CONTINUE TO V611 c. DK → CONTINUE TO V611 d. RF → CONTINUE TO V611
V611.	¿Cuándo comenzó a usar [Name of herb/medicine 1] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
V612.	¿Cuándo tomó [Name of herb/medicine] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V613 c. DK d. RF
V613.	¿Por cuánto tiempo lo tomó [Name of herb/medicine]?	AMOUNT: _____ DK RF Días Semanas Meses
V614.	¿Con qué frecuencia usó [Name of herb/medicine] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/Por Semana/ Por Mes/Por Periodo DK RF

VITAMINS:			
Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de vitaminas antes y durante el embarazo.			
V615.	Desde el mes anterior a quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde el [B1] hasta el [P4(-1)], ¿tomó alguna multivitamina, vitamina prenatal o suplemento de ácido fólico?	a. YES → Continue to V616 b. NO → Skip to V620 c. DK → Skip to V620 d. RF → Skip to V620	
V616.	¿Comenzó su uso <u>antes de que comenzara</u> su embarazo?	a. YES → Continue to V617 b. NO → Skip to V618 c. DK → Skip to V618 d. RF → Skip to V618	
V617.	¿Continuó su uso después de que comenzara su embarazo?	a. YES → Skip to V620 b. NO → Skip to V620 c. DK → Skip to V620 d. RF → Skip to V620	
V618.	¿Comenzó su uso en el primer mes de embarazo?	a. YES → Skip to V620 b. NO → Continue to V619 c. DK → Skip to V620 d. RF → Skip to V620	
V619.	¿Comenzó su uso después del primer mes de embarazo?	a. YES b. NO c. DK d. RF	

Catch-All Medication Question		
V620.	Durante ese tiempo, ¿tomó algún medicamento, remedio o tratamiento que no hayamos mencionado? /¿Algo más?	a. YES → Continue to V621 b. NO → Skip to NEXT SECTION c. DK → Skip to NEXT SECTION d. RF → Skip to NEXT SECTION
V621.	¿Cuál medicamento tomó?	SPECIFY _____ DK → SKIP TO NEXT SECTION RF → SKIP TO NEXT SECTION
V622.	¿Por qué tomó [ANSWER V621]?	a. REASON: _____ b. DK c. RF
V623.	¿Usó [MEDICINE, ANSWER V621] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?	a. YES → SKIP TO V627 b. NO → CONTINUE TO V624 c. DK → CONTINUE TO V624 d. RF → CONTINUE TO V624
V624.	¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER V621] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
V625.	¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER V621] por última vez durante este período?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V626 c. DK d. RF
V626.	¿Por cuánto tiempo lo tomó [MEDICINE, ANSWER V621]?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF
V627.	¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER 621] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.	AMOUNT: _____ Por día/Por Semana/ Por Mes/Por Periodo DK RF

V628.	¿Tomó la misma dosis de [MEDICINE, ANSWER V621] cada vez que la tomó desde el [B1] hasta el [P4(-1)]?	a. YES → CONTINUE TO V629 b. NO → SKIP TO V630a c. DK → CONTINUE TO V629 d. RF → CONTINUE TO V629
V629.	¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER V621] tomó cada vez que la tomó?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF SKIP TO NEXT SECTION
V630a.	¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?	AMOUNT _____ RF
V630b.	¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER V621] tomaste Ila [CHAPTER] tiempo?	AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS UNITS: _____ DK RF
V631.	¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) c. DK d. RF
V632.	¿Cuándo tomó esa dosis?	a. MM/DD/YYYY or b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V632b c. DK d. RF
V632b.	¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:9570 1.*.1]?	AMOUNT: _____ Días Semanas Meses DK RF

Section W: STRESS

Las siguientes preguntas tienen que ver con acontecimientos que pudieron haber pasado en su vida desde los 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre de su embarazo o sea, desde [START DATE OF B3] hasta [P4(-1)]. Estas preguntas serán un poco diferentes de algunas de las otras preguntas que hemos hecho porque ahora preguntamos sobre los tres meses antes de quedar embarazada, así como los tres primeros meses de su embarazo. La mayoría de la gente pasa por períodos de estrés o tensión, causados por eventos importantes y la vida diaria. Le preguntaremos si sucedió algo en particular durante ese período, pero no pediremos otros detalles.

W1. Desde los 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre de su embarazo, ¿pasó por tiempos difíciles en la relación con su esposo o pareja, se separó o se divorció?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W2. Durante ese mismo tiempo, ¿tuvo alguna vez usted o su esposo o pareja algún problema serio legal o financiero?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W3. Durante ese mismo tiempo, ¿fue usted o alguien cercano a usted víctima de algún abuso, de violencia o de algún delito? Recuerde que solo tiene que responder sí o no. [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY “ALGUIEN CERCANO A USTED”.]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W4. Durante ese mismo tiempo, ¿tuvo usted o alguien cercano a usted alguna enfermedad grave o sufrió una herida o lesión grave? [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY “ALGUIEN CERCANO A USTED”.]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W5. Durante ese mismo tiempo, ¿murió alguien cercano a usted? [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY “ALGUIEN CERCANO A USTED”.]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W6. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que le diera apoyo emocional, como por ejemplo hablar de un problema o ayudarle a tomar una decisión difícil, si lo necesitara?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W7. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que le diera ayuda financiera/económica, como por ejemplo ayudarle a pagar las cuentas, darle alimentos o ropa, si lo hubiera necesitado?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W8. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que la ayudara en las tareas diarias, como por ejemplo hacer las compras en el supermercado, cuidar a los niños o cocinar, si lo hubiera necesitado?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W9. Durante ese mismo tiempo, ¿Con qué frecuencia se sintió nerviosa y estresada? Diría...[READ CHOICES]

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. A veces
- d. Con frecuencia
- e. Con mucha frecuencia
- f. DK
- g. RF

Section X: PHYSICAL ACTIVITY

Ahora le voy a preguntar acerca del tiempo que usted estuvo físicamente activa durante los tres meses antes de quedar embarazada. Responda cada pregunta aunque usted no se considere una persona activa. Piense acerca de las actividades que usted hace en su trabajo, como parte del trabajo en el jardín y en su hogar, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Ahora, piense acerca de todas las actividades *vigorosas* que requieren un esfuerzo físico fuerte que usted hizo durante los tres meses antes de quedar embarazada. Actividades vigorosas son las que hacen respirar mucho más fuerte que lo normal y pueden incluir el levantamiento de objetos pesados, excavar, aeróbicos, correr, o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

X1. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas vigorosas? [PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos.] (P1)

- a. DÍAS POR SEMANA: _____
IF 0 → SKIP TO INTRODUCTION TO X3
IF 1 – 7 → CONTINUE TO X2
- b. DK → SKIP TO INTRODUCTION TO X3
- c. RF → SKIP TO INTRODUCTION TO X3

X2. Usualmente, ¿Cuánto tiempo pasó normalmente haciendo actividades físicas vigorosas durante uno de esos días? [PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P2)] [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO X3
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO X3
[REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM THAT WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK → CONTINUE TO X2b
- d. RF → CONTINUE TO X2b

X2b. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuánto tiempo en total dedicó usted a actividades físicas vigorosas?

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____
- c. DK

d. RF

Ahora piense en actividades que requieren *esfuerzo físico moderado* y que usted hizo durante los tres meses antes de quedar embarazada. Actividades físicas moderadas son las que hacen respirar un poco más fuerte que lo normal e incluyen cuidado de niños estando parada, cargar cosas ligeras (en casa o en el trabajo), barrer o trapear pisos, o montar en bicicleta a una velocidad moderada. No incluye caminar. Otra vez piense únicamente en aquellas actividades físicas que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

X3. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas? [PROBE: Think only about those physical activities that you do for at least 10 minutes at a time (P3). El cuidado de niños incluye vestirlos, bañarlos, peinarlos, alimentarlos o levantar objetos ocasionalmente.]

- a. DÍAS POR SEMANA : _____
 - i. IF 0 → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
 - ii. IF 1 – 7 → CONTINUE TO X4
- b. DK → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
- c. RF → SKIP TO INTRODUCTION TO X5

X4. En esos días, ¿cuánto tiempo solía dedicar a actividades físicas moderadas? [PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P4)] [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
[REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM THAT WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK → CONTINUE TO X4b
- d. RF → CONTINUE TO X4b

X4b. Durante los tres meses antes de quedar embarazada ¿cuánto tiempo en total le dedicó usted en <u>una semana típica </u> a hacer actividades físicas moderadas. PROBE: Think only about those physical activities that you do for at least 10 minutes at a time.

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____
- c. DK
- d. RF

Ahora piense en el tiempo que usted dedicó a caminar durante los tres meses antes de quedar embarazada. Esto incluye caminar en el trabajo y en su hogar, caminar para ir de un sitio a otro y cualquier otra caminata que usted haya hecho únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

X5. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días caminó usted por lo menos 10 minutos seguidos? [PROBE: Piense solamente en las caminatas que duraban por lo menos 10 minutos continuos. (P5)]

- a. DÍAS POR SEMANA : _____
 - iii. If 0 → Skip to introduction to X7
 - iv. If 1 – 7 → Continue to X6
- b. DK or RF → Skip to introduction to X7

X6. Generalmente, ¿cuánto tiempo pasaba caminando en uno de esos días? (P6) [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO X7
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO INTRODUCTION TO X7
[REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK or RF → CONTINUE TO X6b

X6b. En los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica ¿cuál es la cantidad total de tiempo que usted pasó caminando?

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____
- c. DK
- d. RF

Ahora piense acerca del tiempo que usted pasó sentada en la semana durante los tres meses antes de quedar embarazada. Incluya el tiempo en el trabajo, en su hogar, estudiando y durante el descanso. Esto puede incluir tiempo que pasó sentada en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentada o acostada viendo televisión.

X7. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, usualmente ¿cuánto tiempo en total solía pasar sentada durante un día de la semana. (P7)

- a. HOURS PER DAY: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- b. MINUTES PER DAY: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK RF → CONTINUE TO X7b

X7b. ¿Cuál fue la cantidad total de tiempo que usted pasó sentada en un miércoles típico? [PROBE: Include time spent lying down (awake) as well as sitting. (P7)]

- a. HOURS: _____
- b. MINUTES: _____
- c. DK
- d. RF

Section Y: OBESITY

Ahora tengo algunas preguntas acerca de los cambios en su peso antes de [TAB: su embarazo de [NOIB]; su embarazo].

Y1. ¿Cuánto mide sin zapatos?

- a. FEET: _____
- b. INCHES: _____ OR
- c. CENTIMETERS: _____
- d. DK
- e. RF

Y2. ¿Cuánto pesaba antes del [TAB: embarazo de [NOIB]; su embarazo]?

- a. WEIGHT: _____
 - i. POUNDS
 - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

Y3. Sin incluir el embarazo, cuando aumenta de peso, ¿en qué parte del cuerpo se le nota más el aumento de peso? [READ OPTIONS A-D]:

- a. La cintura o la parte superior del cuerpo
- b. Las caderas, los glúteos o la parte superior muslos
- c. Uniformemente en todo el cuerpo
- d. No sube de peso
- e. DK
- f. RF

Y4. Independientemente de que suba o baje de peso, ¿cuál de las siguientes formas describe la forma subyacente de su cuerpo? [READ OPTIONS A-C]:

- a. ¿Tiene la mayor parte de su peso en la cintura o la parte superior del cuerpo (forma de manzana)?
- b. ¿Tiene la mayor parte de su peso en las caderas, los glúteos o la parte superior muslos (forma de pera)?
- c. ¿Tiene la mayor parte de su peso distribuido uniformemente en el cuerpo?
- d. DK
- e. RF

Y5. ¿Cuánto es lo máximo que ha pesado fuera del embarazo?

- a. WEIGHT: _____
 - iii. POUNDS
 - iv. KILOGRAMS
- b. DK

c. RF

Y6. ¿Qué edad tenía cuando pesaba eso?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

Y7. ¿Cuánto es lo mínimo que ha pesado fuera del embarazo en los últimos 5 años?

- a. WEIGHT: _____
 - i. POUNDS
 - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

Y8. ¿Qué edad tenía cuando pesaba eso?

- a. AGE: _____
- b. DK
- c. RF

Y9. En el año anterior [TAB: al embarazo de [NOIB]; a su embarazo], ¿fluctuó su peso más de 20 libras/9 kilogramos?

- a. YES → CONTINUE TO Y10
- b. NO → SKIP TO Y12
- c. DK → SKIP TO Y12
- d. RF → SKIP TO Y12

Y10. ¿Cuánto fluctuó su peso? [NOTE: REFERENCE WEIGHT = THEIR WEIGHT AT THE START OF THEIR PREGNANCY]

- a. AMOUNT: _____ DK RF
 - i. POUNDS
 - ii. KILOGRAM

Y11. ¿Se debió ese cambio al embarazo?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

Y12. ¿Alguna vez le han hecho alguna cirugía para ayudarla a bajar de peso? Esto no incluye procedimientos cosméticos, como la liposucción.

- a. YES → CONTINUE TO Y13
- b. NO → SKIP TO Y14
- c. DK → SKIP TO Y14

d. RF → SKIP TO Y14

Y13. ¿Qué procedimiento le hicieron?

- a. Bypass gástrico
- b. Banda gástrica
- c. Gastrectomía
- d. OTHER (SPECIFY): _____
- e. DK
- f. RF

Y14. En el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿siguió usted alguno de los siguientes tipos de dieta? [READ LIST. INDICATE ALL THAT APPLY]

- a. Vegetariana
- b. Vegana
- c. Baja en carbohidratos
- d. Baja en contenido graso
- e. Sin gluten
- f. Sin lácteos
- g. OTHER (SPECIFY): _____
- h. NONE OF THE ABOVE
- i. DK
- j. RF

Section Z: DENTAL PROCEDURES

El siguiente conjunto de preguntas es acerca de las consultas dentales que pueda haber hecho justo antes y al principio de su embarazo.

Z1. Durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [desde [B1] hasta [P4(-1) ¿fue al dentista u otro especialista dental, como un periodoncista o cirujano oral?

- a. YES → CONTINUE TO Z2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Z2. ¿Cuántas veces fue al dentista durante ese período?

- a. NUMBER: _____ DK RF

Z3. ¿Cuáles procedimientos dentales recibió en esa consulta/esas consultas? IF DON'T KNOW GIVE OPTIONS. CAN REPORT MULTIPLE PROCEDURES. X-RAYS WILL BE REPORTED IN Z4. (NEXT QUESTION).

- a. Limpieza dental o chequeo de rutina
- b. Tapado de caries o colocación de empaste dental → CONTINUE WITH Z4 – Z19, BUT SKIP Z20 AND GO TO Z21
- c. Endodoncia
- d. Blanqueamiento de dientes
- e. Extracción (por ejemplo, de muela del juicio)
- f. Colocación de corona dental
- g. Puente dental
- h. Cirugía oral
- i. OTHER, SPECIFY): _____
- j. DK
- k. RF

Z4. ¿Le tomaron radiografías durante la consulta/las consultas?

- a. YES → Continue to Z5
- b. NO → Skip to Z6
- c. DK → Skip to Z6
- d. RF → Skip to Z6

Z5. ¿Le suministraron un delantal protector para el cuerpo que debía utilizar cuando le tomaran radiografías?

- a. SÍ para todas las radiografías
- b. SÍ para algunas radiografías, pero no para todas
- c. NO para todas las radiografías
- d. DK
- e. RF

Z6. ¿Le pusieron alguna inyección para adormecerle la boca durante la consulta/al menos una de las consultas (un anestésico inyectable)?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

Z7. ¿Le dieron "gas hilarante" (gas para dormir), también llamado protóxido de nitrógeno, durante la consulta/al menos una de las consultas?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

Z8. ¿Le recetaron algún medicamento para la consulta dental/las consultas dentales o en la consulta/las consultas? (IF MOM PRESCRIBED DRUG BUT NEVER TOOK IT, SELECT "YES".)

- a. YES → Continue to Z9
- b. NO → Skip to Z14
- c. DK → Skip to Z14
- d. RF → Skip to Z14

Z9. ¿Cuál medicamento le recetaron? / ¿Algo más? [PROBE: IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST. MULTIPLE MEDICATIONS CAN BE REPORTED.]

- a. Acetaminofén con Codeína
- b. Amoxicilina
- c. Amoxil
- d. Gluconato de clorhexidina
- e. Clindamycin
- f. Diazepam
- g. Doxycycline
- h. Eritromicina
- i. Fluoruro de Fosfato, Acidulado
- j. Hidrocodona con Ibuprofeno

- k. Bitartrato de Hidrocodona / APAP
- l. Hidrocodona producto desconocido
- m. Kenalog in Orabase
- n. Magic mouthwash
- o. Orabase
- p. Orafate Paste
- q. Oxycodona con Acetaminofén
- r. Penicilina
- s. Percocet
- t. Periostat
- u. Tylenol #1,#2,#3,#4
- v. Valium
- w. Vicodin
- x. Vicoprofen
- y. Medicamento para el dolor con Codeína Desconocido
- z. OTHER (SPECIFY):_____
- aa. DK → SKIP TO Z14
- bb. RF → SKIP TO Z14

ASK SERIES FOR EACH DRUG IN Z9:

Z10. ¿Cuándo comenzó a tomar [ANSWER Z9]? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DIDN'T TAKE IT (ONLY RECEIVED PRESCRIPTION; DIDN'T FILL IT)
- d. DK
- e. RF

Z11. ¿Cuándo tomó [ANSWER Z9] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Z10 and Z11, SKIP Z12
- c. DK
- d. RF

OR

Z12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó [ANSWER Z9]?

- a. AMOUNT:_____ DK RF
- i. Días

- ii. Semanas
- iii. Meses

Z13. ¿Con qué frecuencia usó [ANSWER] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes /Por período/DK/RF

Z14. ¿Tomó algún medicamento que no requiere receta médica antes o justo después de su consulta/sus consultas con el dentista?

- a. YES → CONTINUE TO Z15
- b. NO → SKIP TO Z20 OR Z21A
- c. DK → SKIP TO Z20 OR Z21A
- d. RF → SKIP TO Z20 OR Z21A

Z15. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST. MULTIPLE MEDICATIONS CAN BE REPORTED.]

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Anbesol
- d. Aspirina
- e. Aspirina Bayer
- f. Chloraseptic líquido/aerosol
- g. Ibuprofeno
- h. Motrin
- i. Nuprin
- j. Ora-jel
- k. Tylenol
- l. Xylocaine
- m. OTHER (SPECIFY): _____
- n. DK → SKIP TO Z20/Z21a
- o. RF → SKIP TO Z20/Z21a

ASK SERIES BELOW FOR EACH DRUG:

Z16. ¿Cuándo empezó a tomar [ANSWER Z15] para su consulta dental? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK

d. RF

Z17. ¿Cuándo tomó [ANSWER Z15] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Z16 and Z17, SKIP Z18
- c. DK
- d. RF

OR

Z18. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - iv. Por periodo
- b. DK
- c. RF

Z19. ¿Con qué frecuencia usó [ANSWER Z15] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: _____ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

IF THEY REPORTED HAVING A CAVITY FILLED IN Z3 SKIP Z20 AND CONTINUE TO Z21.

Z20. IF THEY DID NOT REPORT HAVING A CAVITY FILLED IN Z3: ¿Le taparon alguna caries o le colocaron algún empaste dental durante la 1^{ra}/2^{da}/3^{ra}, etc... consulta? [[IF THEY DID NOT REPORT HAVING A CAVITY FILLED IN X3]

- a. YES → CONTINUE TO Z21a
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Z21a. ¿En cuántas visitas tuvo la colocación del empaste dental (o el tapado de caries)?

- a. NUMBER: _____ DK RF

Z21b. ¿Durante la [1.ra, 2.da, etc.] visita en que le colocaron rellenos dentales, ¿cuántos recuerda que le hayan puesto? (IF MOM KNOWS SHE HAD AT LEAST ONE FILLING BUT DOESN'T KNOW HOW MANY, SELECT 1 AND DESCRIBE SITUATION IN COMMENTS)

- a. NÚMERO: _____ DK RF

Z22. ¿Cuál fue el día de [1st, 2nd, etc.] en que el empaste dental/los empastes dentales fue/fueron colocado/colocados? [ASK FOR EACH VISIT IF MULTIPLE VISITS]

- a. MM/DD/YYYY or
b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
c. DK
d. RF

Z23. ¿El empaste era de color plateado, también llamado amalgama, o del color del diente, también llamado resina compuesta? [ASK FOR EACH DATE REPORTED. ALLOW MULTIPLE RESPONSES IF MORE THAN ONE FILLING WAS PLACED DURING A SINGLE VISIT.]

- a. Amalgama/de color plateado
b. Resina compuesta/del color del diente
c. DK
d. RF

Section AA: TABAQUISMO

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco.

AA1. En algún momento desde 1 mes antes de que quedara embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, esto es desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿fumó cigarrillos? [PROBE: Aun cuando no haya fumado todo el tiempo, nos interesa saber si en algún momento fumó cigarrillos durante este periodo]. SOLO NOS INTERESA SABER SI FUMÓ CIGARRILLOS DE TABACO

- a. SÍ → CONTINUE TO AA2
- b. NO → SKIP TO AA3
- c. NO SABE → SKIP TO AA3
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO AA3

AA2. ¿Durante qué meses fumó? INDICATE ALL THAT APPLY

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. NO SABE
- f. SE NEGÓ A RESPONDER

AA3. En algún momento desde 1 mes antes de que quedara embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿usó cigarrillos electrónicos o algún otro dispositivo de vapor electrónico con nicotina? [PROBE: Algunos ejemplos de dispositivos de vapor electrónicos son las plumas de vapor, los *mods*, los sistemas de tanque, los narguiles electrónicos o *e-hookahs*, los cigarros electrónicos, las pipas electrónicas, y los sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENDS). Aun cuando no haya fumado durante todo ese tiempo, nos interesa saber si usó cigarrillos electrónicos alguna vez durante ese periodo].

- a. SÍ → CONTINUE TO AA4
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

AA4. ¿Con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo?

- a. Cada día
- b. Algunos días

- c. Rara vez
- d. NO SABE
- e. SE NEGÓ A RESPONDER

Section BB: MARIJUANA

Las siguientes preguntas tratan de la marihuana o productos del cannabis, a veces, llamados mota, hierba, hachís o concentrados. Algunas de las formas en que estos productos se pueden usar o consumir son fumarlos (como en un porro, cartucho, pito, churro, pipa o cachimba), vapearlos (usando una pluma de vapor, pluma de cera [dab], vaporizador de mesa o vaporizador portátil), inhalarlos en concentrados de cera, comerlos, beberlos o aplicarlos como loción. BB1. En algún momento desde 1 mes antes de que quedara embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, esto es desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿consumió marihuana en alguna forma? [PROBE: Aunque no haya usado estos productos todo el tiempo, nos interesa saber si usó algunos de ellos en algún momento durante este periodo].

- a. SÍ → CONTINUE TO BB2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

BB2. Durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo, ¿de cuáles de las siguientes formas usó o consumió marihuana o algún producto del *cannabis*? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Los fumó → IF YES, ASK BB4
- b. Los vapeó → IF YES, ASK BB7
- c. Los inhaló → IF YES, ASK BB8
- d. Los comió → IF YES, ASK BB5
- e. Los bebió → IF YES, ASK BB6
- f. Se puso gotas, tiras, pastillas o atomizaciones en la boca o debajo de la lengua → IF YES, ASK BB3
- g. Se aplicó loción, crema o parches en la piel → IF YES, ASK BB3
- h. Tomó pastillas → IF YES, ASK BB3
- i. ¿De alguna otra forma? → CONTINUE TO BB2a.
BB2a. ¿Cómo los usó o consumió? → CONTINUE TO BB3
- g. NO SABE
- h. SE NEGÓ A RESPONDER

BB3. En promedio, ¿con qué frecuencia usó o consumió marihuana por medio de [RESPONSE TO "OTHER"] durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
 - i. POR DÍA
 - ii. POR SEMANA
 - iii. POR MES
 - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB4. En promedio, ¿con qué frecuencia fumó marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
 - i. POR DÍA
 - ii. POR SEMANA
 - iii. POR MES
 - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB5. En promedio, ¿con qué frecuencia consumió alimentos que contenían marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
 - i. POR DÍA
 - ii. POR SEMANA
 - iii. POR MES
 - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB6. En promedio, ¿con qué frecuencia bebió algo que contenía marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
 - i. POR DÍA
 - ii. POR SEMANA
 - iii. POR MES
 - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB7. En promedio, ¿con qué frecuencia vapeó marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
 - i. POR DÍA
 - ii. POR SEMANA
 - iii. POR MES

iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB8. En promedio, ¿con qué frecuencia usó marihuana en concentrado (*dabbing*) durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
 - i. POR DÍA
 - ii. POR SEMANA
 - iii. POR MES
 - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB9. ¿Por qué consumió productos de marihuana durante este periodo de 4 meses? [READ ALL OPTIONS; SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Para aliviar las náuseas
- b. Para aliviar los vómitos
- c. Para aliviar el estrés o la ansiedad
- d. Para aliviar los síntomas de una afección crónica
- e. Para aliviar el dolor
- f. Para divertirme o relajarme
- g. Alguna otra razón
- i. ESPECIFIQUE: _____

Section CC: ALCOHOL

Ahora voy a hacerle preguntas acerca del consumo de bebidas alcohólicas.

CC1. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿tomó algún vino, cerveza, bebida mixta o trago de licor?

- a. YES → CONTINUE TO CC2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

CC2. ¿Durante el mes anterior [al embarazo con [NOIB]; el embarazo afectado], y hasta el final del tercer mes de embarazo, en cuáles meses tomó bebidas alcohólicas? INDICATE ALL THAT APPLY

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. DK
- f. RF

CC3. ¿Cuál fue el mayor número de tragos que bebió en una ocasión desde el comienzo de su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo? Definimos como una bebida alcohólica como una cerveza, un vaso de vino, una bebida mixta o un trago de licor.

a. NUMBER: _____ DK RF

Section DD: RESIDENCE HISTORY

Quisiéramos saber la dirección de las residencias donde usted vivió [TAB: cuando quedó embarazada de [NOIB];cuando comenzó el embarazo afectado] para estudiar sobre el medio ambiente y como éste la pudo haber afectado.

DD1. ¿Cuál es su dirección actual? [REMEMBER TO ASK ABOUT AN APARTMENT NUMBER IF NONE GIVEN]

g. ADDRESS:_____ DK RF

DD2. ¿Vive actualmente en la misma residencia donde vivía cuando comenzó [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado]?

- a. YES → Skip to next section
- b. NO → Continue to DD3
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

DD3. ¿Cuál era su dirección cuando comenzó [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado]? Esto sería el [START DATE OF P1] o alrededor de esa fecha. [REMEMBER TO ASK ABOUT AN APARTMENT NUMBER IF NONE GIVEN]

- a. ADDRESS:_____ → SKIP TO NEXT SECTION
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Section EE: MATERNAL OCCUPATION

La siguiente sección abarca una serie de preguntas sobre su experiencia de trabajo (trabajo pagado, voluntario o servicio militar). Se incluyen los trabajos de medio tiempo, tiempo completo que duraron un mes o más, incluidos los trabajos que haya hecho en su casa, los trabajos realizados en una granja y los trabajos fuera de su casa.

EE1. Desde 1 mes antes de quedar embarazada y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿estuvo trabajando?

- a. YES → SKIP TO EE4
- b. NO → CONTINUE TO EE2
- c. DK → CONTINUE TO EE2
- d. RF → CONTINUE TO EE2

EE2. ¿Fue usted (READ CHOICES)? o ¿hizo algo más?

- a. Ama de casa/madre de familia → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Estudiante → GO TO EE3
- c. Incapacitada → SKIP TO NEXT SECTION
- d. Desempleada/entre trabajos → SKIP TO NEXT SECTION
- e. OTRO, ESPECIFIQUE: _____ → SKIP TO NEXT SECTION
- a. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION

EE3. IF STUDENT: Desde 1 mes antes de quedar embarazada y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿tenía también un empleo remunerado o un trabajo voluntario mientras estudiaba, incluida la capacitación en el trabajo, como por ejemplo, período de aprendizaje, pasantía, práctica o experiencia clínica?

- a. YES → CONTINUE TO EE4
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

EE4. En esa época, ¿trabajó en alguna de las siguientes categorías? Si su trabajo pertenece a más de una categoría, por favor escoja UNA categoría que mejor describa cómo usted pasó la mayor parte de su tiempo en ese trabajo. Si tienes múltiples trabajos, por favor escoja la mejor categoría para cada trabajo. [LEA OPCIONES. ESCOJA MÚLTIPLE SI TIENE MÚLTIPLES TRABAJOS.]:

- a. ¿ En el area de salud, específicamente como profesional de la salud que provee cuidado directo a pacientes, o que provee asistencia médica tal como pruebas de diagnóstico?
- b. ¿En una granja, un rancho, un huerto o en un invernadero?
- c. ¿Como conserje, ama de casa, sirvienta u otro personal de limpieza?
- d. ¿Como peluquera, cosmetóloga o especialista en uñas postizas?
- e. ¿Como maestra o asistente de maestra?
- f. ¿En un restaurante, café o cafetería?
- g. ¿En un lugar de trabajo, edificio de oficinas, haciendo principalmente trabajo de oficina, administrativo o en computadora?
- h. ¿ Como operadora de equipos electrónicos en un centro de llamadas, banco de teléfonos, o como despachador telefónico?
- i. NINGUNA DE LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE
- j. DK
- k. RF

IF ANY YES, QUEUE REQUEST AT END OF INTERVIEW FOR ON-LINE FOLLOW-UP QUESTIONS

EE5. Ahora piense en todos los trabajos, pagados y voluntarios, que ha tenido desde [B1] a [P4(-1)]. ¿En qué tipo de empresa trabajó? Trate de ser lo más específica posible. (¿Qué fabrica o qué servicio presta su empresa?) [PROBE: LIST ALL EMPLOYERS, INCLUDING “SELF EMPLOYED”.]

- a. SPECIFY: _____
- b. DK IF MOTHER RESPONDS DK, ENTER UNKNOWN IN RESPONSE BOX.
- c. RF

EE6. En la empresa de [EE5 RESPONSE], ¿cuál era su puesto? (ASK FOR EACH EMPLOYER)

- a. SPECIFY: _____ DK RF

EE7. En la empresa de [EE5 RESPONSE], describa qué hacía y cómo lo hacía. ¿Cuáles eran sus actividades o deberes principales? ¿Algo más? (ASK FOR EACH EMPLOYER)

- a. SPECIFY: _____
- b. DK
- c. RF

Section FF: RACE / ACCULTURATION / EDUCATION

Ahora le voy a hacer preguntas sobre su origen étnico.

FF1. ¿Nació en los Estados Unidos?

- a. YES → Skip to FF4
- b. NO → Continue to FF2
- c. DK → Skip to FF4
- d. RF → Skip to FF4

FF2. ¿Dónde nació?

- a. COUNTRY: _____ DK RF
OTHER (SPECIFY): _____

FF3. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

- a. AÑOS: _____ DK RF

FF4. ¿Qué idioma habla regularmente en casa? [READ FROM LIST ONLY IF NECESSARY TO CLARIFY]

- a. SPECIFY: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF5. ¿Eres Hispana o Latina?

- a. YES → Continue to FF6
- b. NO → Skip to FF7
- c. DK → Skip to FF7
- d. RF → Skip to FF7

FF6. ¿A qué grupo español o hispano considera que pertenece? [PROBE: Mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, hondureño, colombiano, peruano, guatemalteco, español, centroamericano, suramericano, etc.?)

- a. GROUP: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF7. ¿Como describirías tu raza? Voy a leerle una lista y luego quiero que me diga todas las categorías pertinentes en su caso. Puede seleccionar más de una categoría.

- a. Indígena americana o nativa de Alaska → ASK FF9
- b. Asiática → CONTINUE TO FF8
- c. Negra o Afroamericana → SKIP TO FF10, unless (FF7a), (FF7b), or (FF7d) also selected
- d. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico → CONTINUE TO FF8
- e. Blanca → SKIP TO FF10, unless (FF7a), (FF7b), or (FF7d) also selected
- f. DK → SKIP TO FF10

g. RF → SKIP TO FF10

FF8. IF FF7 = b OR d: ¿De qué país? PROBE: En referencia a los asiáticos, nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico

- a. COUNTRY: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF9. IF FF7 = a: ¿A qué tribu cree que pertenece?

- a. TRIBE: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF10. ¿Qué grado o año completó en la escuela o la universidad [TAB: cuando nació [NOIB]; hasta [DOIB/DOPT]]? [IF RESPONDENT HESITATES, BEGIN READING CATEGORIES.]

- a. Ninguna escuela formal
- b. 1-6 años
- c. 7-8 años
- d. 9-11 años
- e. 12 años , completó la secundaria o equivalente (high school)
- f. 1-3 años de universidad
- g. Completó escuela técnico
- h. 4 años de estudios universitarios o título universitario
- i. Maestría
- j. Postgrado o doctorado, Medicina or Licenciado en Derecho (MD, PHD, JD)
- k. DK
- l. RF

IF THE FATHER IS UNKNOWN, SKIP TO THE NEXT SECTION

Las siguientes preguntas son acerca del padre biológico o natural [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado].

FF11. ¿Nació él en los Estados Unidos?

- a. YES → SKIP TO FF14
- b. NO → CONTINUE TO FF12
- c. DK → SKIP TO FF14
- d. RF → SKIP TO FF14

FF12. ¿Dónde nació él?

- a. COUNTRY: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF13. ¿Cuántos años ha vivido él en los Estados Unidos?

- a. YEARS: _____ DK RF

FF14. ¿Es el padre Hispano o Latino?

- a. Yes → ASK FF15
- b. NO → SKIP TO FF16
- c. DK → SKIP TO FF16
- d. RF → SKIP TO FF16

FF15. ¿A qué grupo español o hispano se considera él que pertenece? [PROBE: Mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, hondureño, colombiano, peruano, guatemalteco, español, centroamericano, suramericano, etc?]

- a. GROUP: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF16. ¿Como describiría su raza? Voy a leerle una lista y luego quiero que me diga todas las categorías que corresponden a él. Puede seleccionar más de una categoría.

- a. Indígena americana o nativa de Alaska → ASK FF18
- b. Asiática → ASK FF17
- c. Negra o Afroamericana → SKIP TO FF19, UNLESS (FF16a), (FF16b), OR (FF16d) ALSO SELECTED
- d. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico → ASK FF17
- e. Blanca → SKIP TO FF19, UNLESS (FF16a), (FF16b), OR (FF16d) ALSO SELECTED
- f. DK → SKIP TO FF19
- g. RF → SKIP TO FF19

FF17. IF FF16 = b or d: ¿De qué país? [READ FROM LIST ONLY IF NECESSARY TO CLARIFY]

[PROBE: En referencia a los asiáticos, nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico.]

- a. COUNTRY: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF18. IF FF16 = a: ¿A qué tribu cree él que pertenece?

- a. TRIBU: _____ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): _____

FF19. ¿Qué grado o año completó él en la escuela o la Universidad [TAB: cuando nació [NOIB]; hasta [DOIB/DOPT]]? [IF RESPONDENT HESITATES, BEGIN READING CATEGORIES.]

- a. Ninguna escuela formal
- b. 1-6 años
- c. 7-8 años
- d. 9-11 años
- e. 12 años , completó la secundaria o equivalente (high school)

- f. 1-3 años de universidad
- g. Completó escuela técnico
- h. 4 años, completó la universidad
- i. Maestría
- j. Postgrado o doctorado, Medicina or Licenciado en Derecho (MD, PHD, JD)
- k. DK
- l. RF

Section GG: INSURANCE STATUS

Las siguientes preguntas tratan sobre el seguro médico. Incluya el seguro médico obtenido por medio de su trabajo o que haya comprado directamente, así como los programas gubernamentales como Medicare y Medicaid que proporcionan atención médica o ayudan a pagar las cuentas médicas. No incluya planes privados que solo proporcionen dinero extradurante una hospitalización (por ejemplo, Aflack).

GG1. Desde un mes antes de su embarazo, ¿tenía cobertura de seguro médico o algún otro tipo de plan de seguro médico?

- a. YES → CONTINUE TO GG2
- b. NO → SKIP TO GG3
- c. DK → SKIP TO GG3
- d. RF → SKIP TO GG3

GG2. ¿Cuál era el nombre de su seguro? / ¿Algún otro seguro? [PROBE: PROVIDE EXAMPLE IF NEEDED: Blue Cross/Blue Shield, Wellpoint, UnitedHealth, Wellmark, Medicaid, Medicare, Tricare]

- a. NAME: _____ DK RF

GG3. Durante de su embarazo, ¿tenía cobertura de seguro médico o algún otro tipo de plan de seguro médico?

- a. SÍ, durante todo el embarazo → CONTINUE TO GG4
- b. SÍ, parte del embarazo → CONTINUE TO GG4
- c. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- d. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- e. RF → SKIP TO NEXT SECTION

GG4. ¿Cuál era el nombre de su seguro? / ¿Algún otro seguro? [PROBE: PROVIDE EXAMPLES IF NEEDED: Blue Cross/Blue Shield, Wellpoint, UnitedHealth, Wellmark, Medicaid, Medicare, Tricare]

- a. NAME: _____ DK RF

Section HH: CLOSING

HH1. [IF THE MOTHER REPORTED ONE OF THE OCCUPATIONAL CATEGORIES OF INTEREST]: Nos gustaría obtener alguna información adicional acerca de sus actividades en el trabajo que tenía en el mes antes de su embarazo a través de su tercer mes de embarazo. ¿Estaría usted dispuesto a dejar que te enviaremos un correo electrónico con un enlace a una encuesta en línea con estas preguntas adicionales una vez que estén disponibles?

- a. YES → CONTINUE TO HH2
- b. NO → SKIP TO HH3b
- c. DK → SKIP TO HH3b

HH2. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico, para poder enviarle un enlace al cuestionario?

REMINDER: READ BACK EMAIL

- a. CORREO ELECTRÓNICO 1: _____
- b. CORREO ELECTRÓNICO 2: _____
- c. CORREO ELECTRÓNICO 3: _____
- d. DK

HH3a. Es posible que en el futuro tengamos otras encuestas en línea sobre otros temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → SKIP TO HH6
- b. NO → SKIP TO HH6
- c. DK → SKIP TO HH6

HH3b. IF HH1 = NO OR DK: Es posible que en el futuro tengamos otras encuestas en línea sobre otros temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → SKIP TO HH5
- b. NO → SKIP TO HH6
- c. DK → SKIP TO HH6

HH4. IF MOTHER WAS NOT ASKED ABOUT EMAIL ADDRESS IN HH1-HH3 (DID NOT SELECT AN OCCUPATION OF INTEREST): Es posible que en el futuro tengamos encuestas en línea para obtener información sobre ciertos temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → CONTINUE TO HH5
- b. NO → SKIP TO HH6
- c. DK → SKIP TO HH6

HH5. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

NOTE TO INTERVIEWERS: READ BACK THE EMAIL ADDRESS AND CONFIRM THAT IT HAS BEEN RECORDED CORRECTLY

- a. EMAIL ADDRESS 1: _____
- b. EMAIL ADDRESS 2: _____
- c. EMAIL ADDRESS 3: _____
- d. DK

HH6. En caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted en el futuro, ¿podría darnos el nombre, la dirección y el número de teléfono de una persona que sepa siempre dónde podremos encontrarla? Esta información va a estar separada de su cuestionario. Será guardada bajo llave, excepto cuando la necesite el equipo del estudio y será destruida cuando se termine el estudio.

- a. YES → CONTINUE TO HH7
- b. NO → SKIP TO HH8
- c. DK → SKIP TO HH8

HH7. Información de contacto:

- PREFIX: Ms, Mrs, Mr, Dr
- FIRST NAME: _____
- LAST NAME: _____
- STREET/APARTMENT: _____
- CITY / STATE / ZIP: _____
- HOME PHONE: _____
- WORK PHONE: _____
- RELATIONSHIP: _____
- COUNTRY: _____
- DK
- RF

FOR HH8, INTERVIEWERS WILL NEED TO USE STATE AND INFANT STATUS TO DETERMINE WHICH SCRIPT TO USE:

HH8. FOR CENTERS THAT ARE COLLECTING BLOODSPOTS (STATE: AR, IA, MA, NY, NC) AND A LIVEBORN INFANT: Ha terminado la encuesta, pero como dice en la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. Esto completa la entrevista, pero tal como leyó en la carta antes de la llamada, puede que se le pida participar en otras partes del estudio. Para agradecerle por su tiempo, le enviaremos una tarjeta de regalo por 30 dólares. Junto a la tarjeta de regalo, le enviaremos dos formularios de consentimiento. En uno de esos formularios, se le pedirá permiso para solicitar muestras de sangre seca sobrantes de su bebé, que ya fueron recolectadas poco

después de su nacimiento por el programa de pruebas de detección para los recién nacidos de su estado. Esta parte del estudio nos ayudará a entender el rol que tienen los factores genéticos y otros factores biológicos en las causas de los defectos de nacimiento. En el otro formulario, se le pedirá permiso para solicitar al departamento de salud de su estado la información sobre las enfermedades infecciosas que usted haya tenido y que hayan sido reportadas por su médico. Esta información se usará para estudiar la manera en que las enfermedades infecciosas podrían tener algo que ver con la razón por la cual algunos bebés tienen defectos de nacimiento. Si decide completar y devolvernos los formularios de consentimiento, le enviaremos una tarjeta de regalo por 10 dólares, por cada formulario, como muestra de agradecimiento por su continuo interés en nuestro estudio.

FOR CENTERS THAT ARE NOT COLLECTING BLOODSPOTS (STATE: CA, GA) OR FOR A NON-LIVEBORN INFANT: Ha terminado la encuesta, pero como dice en la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. Para que podamos contactarla en el futuro, quisiéramos confirmar su dirección. Para agradecerle por su tiempo, le enviaremos una tarjeta de regalo por 30 dólares. Junto a la tarjeta de regalo, le enviaremos un formulario de consentimiento. En este formulario, se le pedirá permiso para solicitar al departamento de salud de su estado la información sobre las enfermedades infecciosas que usted haya tenido y que hayan sido reportadas por su médico. Esta información se usará para estudiar la manera en que las enfermedades infecciosas podrían tener algo que ver con la razón por la cual algunos bebés tienen defectos de nacimiento. Si decide completar y devolvernos el formulario de consentimiento, le enviaremos una tarjeta de regalo por 10 dólares como muestra de agradecimiento por su continuo interés en nuestro estudio.

HH8b. IF ADDRESS PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY DD3: Para confirmar, tenemos que su dirección es [PULL STREET ADDRESS FROM DD3]. ¿Esa es la dirección donde recibe su correo?

- a. YES → SKIP TO HH10
- b. NO → CONTINUE TO HH9
- c. DK → CONTINUE TO HH9
- d. RF → SKIP TO HH10

HH9. ASK ONLY IF ADDRESS NOT PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY AA3 OR ADDRESS ON FILE IS INCORRECT:
¿Cuál es su dirección actual? REMEMBER TO ASK ABOUT APT NUMBER IF NONE IS GIVEN.

- STREET/APARTMENT: _____ DK RF
- CITY / STATE / ZIP: _____

FOR HH10, INTERVIEWERS WILL NEED TO USE STATE AND INFANT STATUS TO DETERMINE WHICH SCRIPT TO USE:

HH10. FOR CENTERS THAT ARE COLLECTING BLOODSPOTS (STATE: AR, IA, MA, NY, NC) AND LIVEBORN INFANT: En la carta de presentación que le enviamos, había una tarjeta de

regalo por 20 dólares como muestra de agradecimiento por su interés. Como le acabo de decir, se le enviará una tarjeta de regalo por 30 dólares para agradecerle por el tiempo que dedique a completar la entrevista, y tendrá la oportunidad de recibir tarjetas de regalo adicionales después de que firme y devuelva los formularios de consentimiento para acceder a su información sobre enfermedades infecciosas y a las muestras de sangre seca de su hijo. No podemos prometer que recibirá una tarjeta de regalo de la tienda que elija, pero ¿podría decirme cuál de las siguientes tiendas prefiere? [READ LIST]

FOR CENTERS THAT ARE NOT COLLECTING BLOODSPOTS (STATE IDs 21, 22, 27) OR NON-LIVEBORN INFANT: En la carta de presentación que le enviamos, había una tarjeta de regalo por 20 dólares como muestra de agradecimiento por su interés. Como le acabo de decir, se le enviará una tarjeta de regalo por 30 dólares para agradecerle por el tiempo que dedique a completar la entrevista, y tendrá la oportunidad de recibir una tarjeta de regalo adicional después de que firme y devuelva el formulario de consentimiento para acceder a su información sobre enfermedades infecciosas. No podemos prometer que recibirá una tarjeta de regalo de la tienda que elija, pero ¿podría decirme cuál de las siguientes tiendas prefiere? [READ LIST]

- i. Amazon
- ii. Target
- iii. Wal-Mart
- iv. CVS

HH11. Cada año publicamos un boletín electrónico para informar a los participantes de los avances del estudio. Este boletín informativo se encuentra en www.BDSTEPS.org. Podemos imprimir el boletín más reciente para usted. ¿Quiere que le enviemos una copia impresa del boletín?

- a. Yes to internet
- b. NO to internet; YES to newsletter
- c. No to internet; No to newsletter
- d. DK
- e. RF

COMENTARIO FINAL

HH12. Para terminar, queremos agradecerle sinceramente su tiempo y sus esfuerzos. Su contribución a este importante estudio será de gran ayuda en nuestros esfuerzos para entender las causas de los defectos de nacimiento. Muchas gracias.

Section II: INTERVIEWER REMARKS

- II1. The overall quality of this interview was:
- HIGH QUALITY
 - GENERALLY RELIABLE
 - QUESTIONABLE
 - UNSATISFACTORY
- II2. Did the father [NOIB'S] contribute to the mother's answers? SKIP IF FATHER UNKNOWN
- YES
 - NO
 - DK
- II3. Did some other person contribute to the mother's answers?
- YES → CONTINUE TO II4
 - NO → SKIP TO II5
 - DK → SKIP TO II5
- II4. Who was it?
- SPECIFY: _____ DK
- II5. IF II1 = c OR d: The main reason for questionable or unsatisfactory quality of information was because the respondent: INDICATE ALL THAT APPLY
- DID NOT KNOW ENOUGH INFORMATION REGARDING THE TOPIC
 - DID NOT WANT TO BE MORE SPECIFIC
 - SOUNDED BORED OR UNINTERESTED
 - SOUNDED UPSET, DEPRESSED, OR ANGRY
 - HAD POOR HEARING OR SPEECH
 - SOUNDED CONFUSED OR DISTRACTED BY FREQUENT INTERRUPTIONS
 - SOUNDED INHIBITED BY OTHERS AROUND HER
 - SOUNDED EMBARRASSED BY THE SUBJECT MATTER
 - SOUNDED EMOTIONALLY UNSTABLE
 - SOUNDED PHYSICALLY ILL
 - NOT COMFORTABLE WITH LANGUAGE OF THE QUESTIONNAIRE
 - DOESN'T HAVE THE TIME
 - FELT INTERVIEW TOO LONG
 - OTHER (SPECIFY): _____
- II6. Was the majority of the interview done in English or Spanish?

BD-STEPS CATI
2/5/2020
Spanish Translation

- a. ENGLISH
- b. SPANISH
- c. BOTH EQUALLY

II1 INTERVIEW IS COMPLETE. PLEASE CLICK THE **FINISH** BUTTON