

**Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo  
(PRAMS, por sus siglas en inglés)**

Preguntas Estándares de la Fase 8

**NOTA: Omita las preguntas A1-A5 si la madre no estaba tratando de quedar embarazada (E5).  
A1 es un requisito para usar A2, A4, o A5**

**ANTES de A1, E5, E6, E3 inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedé embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”**

**A1. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud para ayudarle a quedar embarazada de su *nuevo* bebé?** Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.

No → **Pase a la Pregunta ##**

Sí

**A2. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad *durante el mes que quedó embarazada de su nuevo bebé*?** Marque TODAS las que correspondan

Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid<sup>®</sup>, Serophene<sup>®</sup>, Pergonal<sup>®</sup> u otros medicamentos que estimulan la ovulación)

Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en los que semen se colecta y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos)

Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro [IVF], transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT], inyección de semen intracitoplásmica [ICSI], transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donante)

Otro tratamiento médico  Por favor, escríbalo:

No estaba usando ningún tratamiento para la fertilidad *durante el mes* cuando quedé embarazada de mi nuevo bebé

**A3 cambio a Q7.**

**A4. ¿Cuánto tiempo llevaba usted tratando de quedar embarazada *antes* de tomar medicamentos para la fertilidad o antes de utilizar algún procedimiento médico para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé?** No cuente periodos de tiempo largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales.

De 0 a 5 meses

De 6 a 11 meses

De 1 a 2 años

De 3 a 4 años

De 4 a 6 años

Más de 6 años

**A5. ¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) recibió usted antes de quedar embarazada de su *nuevo* bebé?**

1 ciclo

2 a 3 ciclos

4 a 6 ciclos

7 ó más ciclos

**NOTA: Omite B1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33).**

**Omite B1 si la madre dio pecho al bebé (Core 35).**

**DESPUÉS de B1, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta....”**

**B1. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?** Marque TODAS las que correspondan

Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos

Tenía otros niños que cuidar

Tenía demasiadas tareas domésticas

No me gustó dar pecho

Traté pero era demasiado difícil

No quería dar pecho

Regresé al trabajo

Regresé a la escuela

Otra  Por favor, escríbala:

**NOTA: Omite B2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33).**

**Omite B2 si la madre no dio pecho o sigue dando pecho (Core 35 y/o Core 36).**

**B2. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?** Marque TODAS las que correspondan

Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar

La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé

Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente

Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso

Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche

Tenía demasiadas tareas domésticas

Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho

Me enfermé o tuve que dejar de dar pecho por razones médicas

Regresé al trabajo

Regresé a la escuela

Mi esposo o pareja no apoyaba que diera pecho

Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)

Otra  Por favor, escríbala:

**NOTA: Omite B3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 31 y/o Core 32).**

**Omite B3 si el bebé no nació en un hospital (K17).**

**ANTES de B3, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta....”**

**Omite B3 si la madre no dio pecho (Core 34).**

**B3. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque No, si no sucedió eso, o Sí, si sucedió.**

No Sí

- a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho
- b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital
- c. Le di pecho a mi bebé en el hospital
- d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho
- e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida
- f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida
- g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna
- h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera
- i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche
- j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula
- k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho
- l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé

**B4. Durante su embarazo más reciente, ¿qué pensaba sobre darle pecho a su nuevo bebé? Marque UNA respuesta**

- Sabía que quería dar pecho
- Pensaba que posiblemente le daría pecho
- Sabía que **no** le daría pecho
- No sabía que iba a hacer al respecto

**NOTA: Omite B5-B6 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33). B5 es un requisito para B6, pero B5 se puede usar sola.**

**B5. ¿Alguna persona le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé?**

No  **Pase a la Pregunta #**  
Sí

**B6. ¿Quién le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan**

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Mis amigos(as)
- El doctor, enfermera u otro profesional de salud que atendió a mi bebé
- Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud
- Otra →Por favor, escríbala:

**NOTA: Omite B7-B8 si la madre no recibía beneficios de WIC durante su embarazo (B12).**

**B7. Cuando fue a sus citas de WIC durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió información sobre dar pecho?**

No  
Sí

**B8. Durante su embarazo *más reciente*, cuando fue a sus citas de WIC, ¿habló usted sobre dar pecho con una consejera en lactancia materna o con otro miembro del personal de WIC?**

No  
Sí

**B9. Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿sucedió algo de lo siguiente? Marque TODAS las que correspondan**

- Alguien aclaró mis dudas sobre dar pecho
- Me ofrecieron una clase sobre dar pecho
- Asistí a una clase sobre dar pecho
- Decidí o planeé darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con mi familia sobre darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con mi proveedor de salud sobre darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Decidí no darle pecho a mi bebé

**B10. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo o leche de vaca)?**

\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_ Meses

Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido  
Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

**B11. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?**

\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_ Meses

Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido  
Mi bebé no ha comido ningún alimento

**B12. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?**

No  
Sí

**NOTA: Omita B13 si la madre no dio pecho.**

**B13. ¿Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted algún tipo de asistencia para amamantar de los que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no recibió este tipo de asistencia para amamantar, o **Sí**, si la recibió.**

	No	Sí
Alguien que respondiera mis preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para poner al bebé en la posición correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche    
 Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones    
 Información sobre dónde conseguir una bomba o extractora de leche materna    
 Ayuda para usar la bomba o extractora de leche    
 Información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna    
 Otra → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**B14. ¿Ha usado usted una bomba o extractora de leche para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?**

No → Pase a la Pregunta x  
Sí

**B15. ¿Su seguro médico pagó por una bomba o extractora de leche para usar con su nuevo bebé?**

No  
 Sí, pero tuve que hacer un copago  
 Sí, sin copago  
 No tenía seguro médico  
 No sé

**B16. ¿Dónde consiguió la extractora o las extractoras de lactancia que usa con su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan.**

El hospital me la dio gratis  
 La alquilé del hospital o del consultorio de un doctor  
 La compré nueva del hospital o del consultorio de un doctor  
 La compré nueva en una tienda o por Internet  
 Me la regalaron nueva  
 La compré usada o alguien me la dio usada  
 La tenía desde que nació mi bebé anterior  
 Otro → Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_

**NOTA: Omita C1–C3 si el bebé no está vivo, si no vive con la madre, o si todavía está en el hospital (Core 32 y/o Core 33, Core 31).**

**C1 es un requisito para C2 & C3, pero C1 se puede usar sola. Si C1 se usa sola, no hay que omitirla si el bebé no está vivo o no vive con la madre.**

**C1. En este momento, ¿asiste usted a la escuela o trabaja?**

No, yo no asisto a la escuela ni trabajo  **Pase a la Pregunta ##**  
 Sí, yo asisto a la escuela o trabajo fuera del hogar  
 Sí, yo asisto a la escuela o trabajo de mi hogar

**NOTE: Si C2 se utiliza con C3, ponga una instrucción para saltar C3 en la última respuesta de C2 (“Mi bebé está conmigo cuando estoy en la escuela o en el trabajo”).**

**C2. ¿Cuál de las siguientes personas cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo? Marque UNA respuesta**

Mi esposo o pareja

Los abuelos de mi bebé

Otro miembro de la familia o pariente cercano

Un(a) amigo(a) o vecino(a)

Una persona que se dedica a cuidar niños, una niñera u otro proveedor de servicios de cuidados de niños

El personal de una guardería

Otra  Por favor, escríbala:

Mi bebé está conmigo cuando estoy en la escuela o en el trabajo → **Pase a la Pregunta ##**

**C3. Cuando usted no está con su nuevo bebé porque usted tiene que estar en a la escuela o trabajando, ¿con qué frecuencia siente que están cuidando bien de él o ella? Marque UNA respuesta**

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

**C4. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿trabajó en un empleo a sueldo?**

No → **Pase a la Pregunta ##**

Sí

**NOTA: C4 es un requisito para C5 & C6, pero C4 se puede usar sola.**

**C5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuántas horas trabajó por semana en su empleo *principal*?**

40 horas o más por semana

21 a 39 horas por semana

20 horas por semana o menos

**C6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su horario de trabajo durante el *último mes* de su embarazo *más reciente*? Marque UNA respuesta**

Trabajé hasta el momento del parto sin ningún cambio de horario

Trabajé menos horas

Me tomé un tiempo libre antes del nacimiento de mi bebé

Dejé de trabajar por indicación de mi médico

Renuncié a mi trabajo → **Pase a la Pregunta ##**

Perdí mi trabajo o me despidieron → **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: C4 es un requisito para C7, pero C4 se puede usar sola. Si la respuesta de C7 es “NO,” omita C8-C10.**

**C7. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo *más reciente*?** Marque UNA respuesta

No, y no estoy planeando regresar →Pase a la Pregunta ##

No, pero voy a regresar

Sí

**C8. ¿Se tomó tiempo de licencia *después del nacimiento de su nuevo bebé*?** Marque TODAS las que correspondan

Me tomé licencia *pagada*

Me tomé licencia *no pagada*

*State-specific option (Leave or disability programs)*

No me tomé licencia

**C9. ¿Qué le pareció la cantidad de tiempo de licencia que se pudo tomar *después del nacimiento de su nuevo bebé*?** Marque UNA respuesta

Muy poco tiempo

El tiempo suficiente

Demasiado tiempo

**C10. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia *después del nacimiento de su nuevo bebé*?** Para cada una, marque **No**, si no se aplica a usted, o **Sí**, si se aplica.

**No**

**Sí**

- a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia
- b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo
- c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo
- d. Mi trabajo no tiene licencia pagada
- e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles
- f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo

**C11. ¿Tomó el padre de su bebé licencia de su trabajo *después del nacimiento de su nuevo bebé*?** Marque UNA respuesta

No, él no tomó licencia

Sí, él tomó licencia *pagada* de su trabajo

Sí, él tomó licencia *no pagada* de su trabajo

Sí, él tomó licencia *pagada y no pagada* de su trabajo

El padre de mi bebé no tenía trabajo

No sé

**C12. Por favor cuéntenos sobre su trabajo PRINCIPAL *durante su embarazo más reciente*. ¿Qué cargo tenía y cuáles eran sus actividades o responsabilidades regulares?**

Cargo:

Responsabilidades en el trabajo:



**C13. Pensando en su trabajo PRINCIPAL durante su embarazo más reciente, ¿para qué tipo de compañía trabajaba (¿qué hacía o producía la compañía)?**

Tipo de compañía:

No sé

**C14. ¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?**

\_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses

Menos de una semana

**NOTA: Omite D1–D2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33).  
D1 es un requisito para D2, pero D1 se puede usar sola.**

**D1. ¿Su nuevo bebé es niño o niña?**

Niño

Niña  **Pase a la Pregunta ##**

**D2. ¿Le hicieron la circuncisión a su nuevo bebé?**

No

Sí

**NOTA: Omite E3 si la madre no estaba usando un anticonceptivo cuando quedó embarazada (Core 13).  
ANTES de E3, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted o su esposo o pareja no estaba  
haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta...”**

**E3. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando? Marque TODAS las que correspondan**

Píldoras anticonceptivas

Condomes

Inyecciones (Depo-Provera<sup>®</sup>)

Un implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon<sup>®</sup> o Implanon<sup>®</sup>)

Parche anticonceptivo (OrthoEvra<sup>®</sup>) o anillo vaginal (NuvaRing<sup>®</sup>)

IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena<sup>®</sup>, ParaGard<sup>®</sup>, Liletta<sup>®</sup> o Sklya<sup>®</sup>)

Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)

El hombre se retira

Otro  Por favor, escríbalo:

**E4. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez del control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)?** Esta combinación de píldoras se usa para prevenir el embarazo hasta cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

No

Sí

**E5. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?**

No

Sí → Pase a la Pregunta X

**E6. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?** Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí → Pase a la Pregunta X

**E7. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?** Marque TODAS las que correspondan

No me preocupaba si quedaba embarazada

Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento

El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios

Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba

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

Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo

Se me olvidó usar algún método anticonceptivo

Otra → Por favor, escríbala:

**ANTES de F4: “Si su bebé nunca duerme solito(a) en su propio cuna o cama, pase a la Pregunta x.”**

**F4. ¿Con quién normalmente duerme su nuevo bebé cuando no está durmiendo solito(a)?** Marque TODAS las que correspondan

Conmigo

Con mi esposo u pareja

Con otra persona → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**G1. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar una vitamina con ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**NOTA: Omita G2 si la madre nunca ha escuchado o leído del ácido fólico (Standard G1).**

**G1 es un requisito para G2, pero G1 se puede usar sola.**

**G2. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes?** Marque TODAS las que correspondan

- Un artículo de periódico o revista
- En la radio o televisión
- De un doctor, enfermera u otro profesional de salud
- En un libro
- De familiares o amigo(a)s
- Otra  Por favor, escríbala:

**G3. De entre las siguientes razones, ¿cuál es la razón por la que algunos expertos de la salud recomiendan tomar ácido fólico?** Marque UNA respuesta

- Para fortalecer los huesos
- Para prevenir defectos de nacimiento
- Para prevenir la alta presión sanguínea
- No sé

**G4. ¿Cuáles de las siguientes razones haría que usted tomara multivitaminas, vitaminas prenatales, o vitaminas con ácido fólico?** Marque TODAS las que correspondan

- Si por lo general no comiera los alimentos adecuados
- Si previniera las enfermedades cardíacas
- Si fuera bueno para mi salud en general
- Si algún día me ayudara a tener un bebé sano
- Si mi familia o amigos me dijeran que es una buena idea tomarla
- Si mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijera que es una buena idea tomarla

**G5. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?**

- No tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

**G6. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?**

- No tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

**G7a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de fruta consumía en un día?** Marque UNA respuesta

- Cero porciones (ninguna)
- 1 ó 2 porciones al día
- 3 ó 4 porciones al día
- 5 ó más porciones al día

**G7b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de verduras consumía en un día?** Marque UNA respuesta

- Cero porciones (ninguna)
- 1 ó 2 porciones al día
- 3 ó 4 porciones al día
- 5 ó más porciones al día

**NOTA: Omite G8 si la madre no tomó vitaminas una vez o más de la semana (Core 5).**

**G8. Durante el mes antes de embarazarse de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico?** Marque TODAS las que correspondan

- No estaba planeando embarazarme
- No pensé que necesitara tomar vitaminas
- No quería tomar vitaminas
- Las vitaminas eran demasiado caras
- Las vitaminas me producían efectos secundarios (tal como náuseas o estar estreñida)
- Otra → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**NOTA: Omite H1y H2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33).**

**H1. ¿Tiene seguro médico o Medicaid para su nuevo bebé?**

- No
- Sí

**H2. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé ahora?** Marque TODAS las que correspondan

- Seguro medico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro medico privado de mis padres
- Seguro medico privado del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (required: state Medicaid name)
- State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)
- State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)

State option (TRICARE u otro seguro médico militar)

State option (IHS o tribal)

Otro seguro médico → Por favor, escríbalo:

No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

**NOTA: Omita H3–H4 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33).**

**H3 es un requisito para H4, pero H3 se puede usar sola.**

**H3. ¿Está inscrito su nuevo bebé en el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)?**

No

Sí  **Pase a la Pregunta ##**

**H4. ¿Por qué no inscribió a su nuevo bebé en el programa CHIP? Marque TODAS las que correspondan**

No sabía que existía el programa

Ya tenía seguro

No creí que mi bebé cumpliera con los requisitos

Otra  Por favor, escríbala:

**ANTES de H5: “Si su nuevo bebé no tiene seguro médico, pase a la Pregunta x.”**

**H5. ¿El costo del seguro médico para su nuevo bebé le causa problemas económicos para usted o su familia *ahora*?**

No

Sí

**H6. ¿Usted u otra persona realiza pagos regulares al seguro médico que tiene su nuevo bebé *ahora*, incluidos descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?**

No

Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

**H7. Cuando usa el seguro médico para las visitas al consultorio para su nuevo bebé *ahora*, ¿tiene que hacer copagos?**

No

Sí

**NOTA: Omita I3 y I9 si la madre indicó en I8 que le habían hecho la prueba durante el embarazo o el parto.**

**I9 es un requisito para I3, pero I9 se puede usar sola.**

**ANTES de I3: “Si usted no se hizo la prueba para detectar el VIH antes de este embarazo, pase a la Pregunta x.”**

**I3. ¿Cuándo se hizo la prueba *antes* de este embarazo? Marque UNA respuesta**

Menos de 6 meses antes de quedar embarazada  
De 6 meses a 1 año antes de quedar embarazada  
Más de 1 año antes de quedar embarazada

**I8. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente* o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?**

No  
Sí  
No sé

**I9. ¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo *más reciente* o parto?  
Marque TODAS las que correspondan**

No me ofrecieron la prueba  
No quise hacerme la prueba  
Yo ya sabía si tenía o no tenía el VIH  
No pensé que corriera ningún riesgo de tener el VIH  
No quería que la gente pensara que yo corría riesgo de tener el VIH  
Le temía al resultado  
Me hicieron la prueba *antes* de este embarazo y no pensaba que necesitaba hacérmela de nuevo  
Otra razón → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**J2. ¿A dónde fue para su chequeo posparto?**

El consultorio de mi médico de familia  
El consultorio de mi ginecólogo-obstetra  
Una clínica de un hospital  
Una clínica del departamento de salud  
*State-specific*  
*State-specific*  
Otro  Por favor, escríbalo:

**DESPUES DE J3: "Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la Pregunta x"**

**J3. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto? Marque TODAS las que correspondan.**

No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta  
Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta  
No podía conseguir una cita cuando quería  
No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico  
Estaba demasiado ocupada en otras cosas  
No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo  
Otra → Por favor, escríbala:

**J4. ¿Qué le pareció el cuidado que recibió durante su chequeo posparto?** Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si estuvo satisfecha.

**No      Sí**

- a. El tiempo que tenía que esperar
- b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba con usted
- c. El consejo que recibió sobre cómo cuidarse usted misma
- d. La comprensión y el respeto que el personal le demostró

**DESPUES DE J5:”Si usted no tuvo ninguna consulta de atención médica, pase a la Pregunta x”**

**J5. ¿Por qué usted no tuvo ninguna consulta de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?** Marque TODAS las que correspondan.

- No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta
- No podía conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo
- Otra → Por favor, escríbala:

**NOTA: Omite K1 si la madre no ha tenido un bebé anteriormente que haya nacido vivo (Core 8).**

**K1. Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿había tenido algún bebé por cesárea o c-section (cuando el doctor hace una cortada por medio del vientre de la madre para sacar al bebé)?**

No  
Sí

**K3. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?**

Parto vaginal  **Pase a la Pregunta ##**  
Parto por cesárea (c-section)

**NOTA: Omite K4 si la madre no obtuvo cuidado prenatal (Core 16).**

**K4. ¿Cómo le sugirió el doctor, enfermera u otro profesional de salud que le proporcionó cuidado prenatal, que tuviera a su nuevo bebé?** Marque UNA respuesta

- Me sugirió que tuviera a mi bebé por la vagina (naturalmente)
- Me sugirió que me hiciera una cesárea
- No me sugirió como dar a luz a mi bebé

**NOTA: Omite K5 si la madre no tuvo al bebé en el hospital (Core 42 o K14).**

**K5. Después de que fue admitida al hospital para el nacimiento de su nuevo bebé, ¿se le trasladó a otro hospital antes de que naciera su bebé?**

No

Sí

Mi bebé no nació en el hospital

**NOTA: Omite K6-K7 si la madre no tuvo un parto por cesárea (K3).  
K3 es un requisito para K7 & K6, pero K3 se puede usar sola.**

**K6. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea? Marque UNA respuesta**

Mi proveedor de salud recomendó la cesárea *antes* de mi parto

Mi proveedor de salud recomendó la cesárea durante mi parto

Yo pedí la cesárea

**K7. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)? Marque TODAS las que correspondan**

Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)

Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)

Se había pasado la fecha esperada del parto

A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande

El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)

Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)

Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó

El parto estaba tomando demasiado tiempo

El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)

Deseaba programar el parto

No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal

Otra → Por favor, escríbala

**K8. ¿Planificó o programó un parto por cesárea (c-section) por lo menos una semana antes de que naciera su nuevo bebé?**

No

Sí

**NOTA: K9 es un requisito para K10, pero K9 se puede usar sola.**

**K9. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

No sé → Pase a la Pregunta ##

**K10. ¿Por qué su doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)? Marque TODAS las que correspondan**

Se rompió mi fuente y había miedo de una infección



Se había pasado la fecha esperada del parto  
A mi proveedor le preocupaba el tamaño del bebé  
El bebé no estaba bien y necesitaba nacer  
Tuve una complicación del embarazo (como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia)  
Deseaba programar mi parto  
Deseaba que me atendiera cierto proveedor en particular  
Otra → Por favor, escríbala

**NOTA: Omite K11-K12 si la madre no tuvo al bebé en el hospital (Core 42).**

**DESPUES de K11 y/o K12 incluye “ Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta ##”**

**K11. Después de que dio a luz a su bebé, ¿se le trasladó a él o ella a otro hospital?**

No  
Sí

**K12. Después de que dio a luz a su bebé, ¿se le trasladó a usted a otro hospital?**

No  
Sí

**K13. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?**

Mes/ Día/Año

**K14. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?**

Mes/ Día/Año

No tuve a mi bebé en un hospital

**K15. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?**

Mes/ Día/Año

No tuve a mi bebé en un hospital

**K16. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?**

No  
Sí  
No sé

**L1. Aparte de las vitaminas prenatales, ¿tomó alguna medicina con receta o sin receta durante su embarazo, aunque hubiera sido por un corto período de tiempo?**

No  
Sí

**L2. ¿Ha tenido alguna vez rubéola o le han puesto la vacuna contra la rubéola?**

No  
Sí

**L3. ¿Ha tenido alguna vez varicela o le han puesto la vacuna contra la varicela?**

No  
Sí

**L4. ¿Alguna vez ha tomado medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?**

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí

**NOTA: Omite L5–L7 si la madre nunca ha tomado medicinas para controlar las convulsiones o la epilepsia. L4 es un requisito para L5-L7, pero L4 se puede usar sola.**

**L5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tomó medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?**

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí

**NOTA: L5 es un requisito para L6-L7, pero L5 se puede usar sola.**

**L6. ¿Cuándo empezó a tomar la medicina?**

Comencé a tomar la medicina durante mi embarazo  
Comencé a tomar la medicina durante el año antes de quedar embarazada  
Comencé a tomar la medicina más de un año antes de quedar embarazada

**L7. ¿Cuántas convulsiones (ataques) tuvo durante su embarazo *más reciente*?**

Ninguna  
1  
2  
3 ó más

**L10. Antes de quedar embarazada, diría usted que, en general, su salud era—**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Regular  
Mala

**NOTA: Respuestas a L11 ahora se adjuntaran directamente con Core 4.**

~~L11. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada condición, marque No, si no tuvo esa condición, o Sí, si la tuvo.~~

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Asma                                    |    |    |
| b. Anemia (falta de hierro)                |    |    |
| c. Problemas cardíacos                     |    |    |
| d. Epilepsia (convulsiones)                |    |    |
| e. Problemas de la glándula tiroides       |    |    |
| f. PCOS (síndrome del ovario poliquístico) |    |    |
| g. Ansiedad                                |    |    |

**NOTA: Omita L14 si la madre se puso la vacuna contra la influenza (Core 16).**

**L14. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé?** Para cada una, marque **No**, si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza                                |    |    |
| b. Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza me podría causar |    |    |
| c. Estaba preocupada de que la vacuna contra la influenza podría afectar a mi bebé                  |    |    |
| d. No me preocupaba enfermarme de influenza   |    |    |
| e. No creo que la vacuna contra la influenza funcione   |    |    |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza  |    |    |
| g. Otra   |    |    |
| Por favor, escríbala:   |    |    |

**L15. ¿Alguna vez se ha puesto la vacuna contra la influenza?**

No  
Sí

**L18. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los temas que aparecen en la lista a continuación sobre cómo prepararse para un embarazo?** Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Poner al día mis vacunas antes del embarazo  |    |    |
| b. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo                            |    |    |
| c. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia                   |    |    |
| d. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad                          |    |    |
| e. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo |    |    |
| f. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé                                    |    |    |
| g. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé                       |    |    |
| h. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé                   |    |    |

**L19. ¿Dónde recibió la vacuna contra la influenza? Marque UNA respuesta**

El consultorio de mi obstetra o ginecólogo  
El consultorio de mi médico general o en otro consultorio médico  
Una clínica del departamento de salud o de un centro comunitaria  
Un hospital  
Una farmacia, o supermercado con farmacia  
Mi trabajo o escuela  
Otro lugar → Por favor, escríbalo:

**L20. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿estuvo enferma con una fiebre?**

No  
Sí

**L21. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía la influenza?**

No → Pase a la Pregunta ##  
Sí

**NOTA: Omita L22 & L23 si nadie le dijo al madre que tuvo influenza (L21).**

**L22. ¿Estuvo hospitalizada debido a la influenza durante su embarazo *más reciente*?**

No  
Sí

**L23. ¿Tomó un medicamento recetado por su doctor u otro profesional de salud llamado Tamiflu® u oseltamivir, o un medicamento inhalado llamada Relenza® o zanamivir *durante* su embarazo como tratamiento para la influenza?**

No  
Sí

**L24. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió usted la vacuna Tdap? La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.**

No  
Sí  
No sé

**L26. En cualquier momento durante los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.**

No      Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para mejorar mi salud
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos
- d. Un profesional de salud me chequeó para la diabetes
- e. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar

**L27. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo?**

No  
Sí

**L28. Desde que nació su nuevo bebe, ¿le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de salud que tiene algún problema de tiroides?**

No → Pase a la Pregunta x  
Sí

**L29. ¿Qué tipo de problema de tiroides tiene usted? Marque UNA respuesta.**

Hipotiroidismo (tiroides produce poca cantidad de hormona tiroidea)  
Hipertiroidismo (tiroides produce demasiado hormona tiroidea)  
Tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo  
Otro → Por favor, escríbalo \_\_\_\_\_  
No sé

**L30. ¿Alguna vez ha tenido usted algunos de los siguientes problemas de la salud? Para cada condición, marque No, si no la ha tenido o Sí, si la ha tenido.**

**No      Sí**

- a. Períodos menstruales irregulares
- b. Condición de la piel que causa acné (piel grasosa, o caspa)
- c. Aumento de vello corporal en mi cara, pecho u otras partes del cuerpo
- d. Sobrepeso u obesidad

**L31. ¿Alguna vez le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía el síndrome del ovario poliquístico (conocido también por sus siglas en inglés como PCOS)?**

No → Pase a la Pregunta x  
Sí  
No sé → Pase a la Pregunta x

**L32. ¿Cómo supo su doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía PCOS (síndrome del ovario poliquístico)? Marque TODAS que correspondan.**

Ultrasonido de mi abdomen o pelvis  
Exámenes de sangre (incluyendo nivel de hormonas)  
Por mis periodos menstruales irregulares  
Por mi condición de la piel o acné  
Por el aumento de vello corporal en mi cuerpo  
Por mi peso

Otra ➔ Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_

**M2.** En algún momento durante su embarazo *más reciente* o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

No  
Sí

**NOTA:** ANTES de M4: “Si usted tenía depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.”

**M4.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?

No  
Sí

**M5.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí

**M6.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?

No  
Sí

**M7.** ¿Cómo describiría su época durante su embarazo *más reciente*? Marque UNA respuesta

Una de las épocas más felices de mi vida  
Una época feliz con ciertos problemas  
Una época un poco difícil  
Una época muy difícil  
Una de las épocas más difíciles de mi vida

**NOTA:** M3 es un requisito para M8 y M9, pero M3 se puede usar sola.

**NOTA:** ANTES de M8 and M9: “Si usted tenía depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.”

**M8.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomaba un medicamento recetado para su depresión?

No  
Sí

**M9.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió consejería para su depresión?

No  
Sí

**NOTA:** M5 es un requisito para M10 y M11, pero M5 se puede usar sola.

**M10.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

No  
Sí

**M11.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?

No  
Sí

**M12.** Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido pánico?

Siempre  
Frecuentemente  
A veces  
Rara vez  
Nunca

**M13.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía ansiedad?

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí

**M14.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la ansiedad?

No  
Sí

**M15.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía ansiedad?

No  Pase a la Pregunta ##

Sí

**M16.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la ansiedad?

No

Sí

**NOTA:** M13 es un requisito para M17 y M18, pero M13 se puede usar sola.

**M17.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomaba un medicamento recetado para su ansiedad?

No

Sí

**M18.** En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió consejería para su ansiedad?

No

Sí

**NOTA:** M15 es un requisito para M19 y M20, pero M15 se puede usar sola.

**M19.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su ansiedad?

No

Sí

**M20.** Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su ansiedad?

No

Sí

**NOTA:** Hay que usar M21 y M12 junto.



**M21. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido inquieta o intranquila?**

Siempre  
Frecuentemente  
A veces  
Rara vez  
Nunca

**N1. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que se quedara en cama por lo menos una semana?**

No  **Pase a la Pregunta ##**  
Sí

**NOTA: N1 es un requisito para N2 y N3, pero N1 se puede usar sola. No hay que usar N2 y N3 juntas.**

**N2. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando le dijeron que se quedara en cama?**

\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_ Meses

**N3. ¿Qué tan seguido pudo seguir las instrucciones de su proveedor médico de que se quedara en cama?**

Siempre  **Pase a la Pregunta ##**  
Frecuentemente  **Pase a la Pregunta ##**  
A veces  
Rara vez  
Nunca

**NOTA: N3 es un requisito para N4.**

**N4. ¿Qué tipo de apoyo le hubieran ayudado a quedarse en cama por el tiempo indicado?** Para cada uno, marque **No**, si no le hubiera ayudado o si no le corresponde, o **Sí**, si le hubiera ayudado.

**No      Sí**

- a. Ayuda con el cuidado de niños
  - b. Ayuda con tareas domésticas
  - c. Saber que no perdería mi trabajo
  - d. Dinero que compensara el hecho de no trabajar
  - e. Otro
- Por favor, escríbalo:

**N5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dio a usted una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?**

No  
Sí  
No sé

**NOTA: ANTES de N6/N7: “Si usted tenía diabetes gestacional durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.”**

**N6. Durante su embarazo *más reciente*, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le sugirió que hiciera una cita con un doctor diferente debido a su diabetes gestacional?**

No  
Sí

**N7. Durante su embarazo *más reciente*, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.**

**No      Sí**

- a. Me refirió a un especialista en nutrición
- b. Me habló sobre la importancia de hacer ejercicio
- c. Me habló sobre cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo.....
- d. Me sugirió que le diera pecho a mi nuevo bebé
- e. Me habló sobre mi riesgo de la diabetes tipo 2

**NOTA: Omita N8 si la madre no tuvo ninguno de los problemas durante este embarazo (N9).**

**ANTES de N8, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si no tuvo ninguno de los problemas que aparece en la lista anterior, pase a la Pregunta...”**

**N8b. ¿Fue usted al hospital o sala de emergencia debido a cualquiera de los problemas que aparece en la lista anterior?**

No → Pase a la Pregunta ##  
Sí

**N8c. ¿Cuántas veces fue usted al hospital o sala de emergencia debido a cualquiera de los problemas?**

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 ó más veces

**N9. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo *más reciente*? Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema, o **Sí**, si lo tuvo.**

**No      Sí**

- a. Sangrado vaginal
- b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias)
- c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan **graves** que tuve que ir al doctor o al hospital
- d. Me cosieron el cuello del útero (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical)
- e. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)
- f. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro)
- g. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas pretérmino [PPROM en inglés])
- h. Me hicieron una transfusión de sangre
- i. Me lastimé en un accidente de automóvil

**O1. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido algún problema médico por el que tuvo que ir al hospital y quedarse hasta el día siguiente?**

No  **Pase a la Pregunta ##**  
Sí

**NOTA: O1 es un requisito para O2 y O3, pero O1 se puede usar sola. No hay que usar O2 y O3 juntas.**

**O2. ¿En qué fecha tuvo que ir al hospital por *primera vez* y quedarse hasta el día siguiente después del nacimiento de su nuevo bebé?**

Mes/ Día/Año  
No sé

**O3. ¿Qué tipo de problema médico hizo que usted fuera al hospital? Marque TODAS las que correspondan**

Sangrado vaginal  
Fiebre o infección  
Otro  Por favor, escríbalo:

**O4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted una prueba de diabetes o una prueba para determinar si usted tiene un nivel de azúcar alto en la sangre?**

No → **Pase a la Pregunta ##**  
Sí

**NOTA: O4 es un requisito para O5, pero O4 se puede usar sola.**

**O6 necesita ambos O4 y O5**

**O5. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes?**

No

Sí → **Pase a la Pregunta ##**

**O6. ¿Le dijo el doctor, enfermera u otro proveedor de salud que usted tenía pre diabetes, diabetes limítrofe o un nivel de azúcar alto en la sangre?**

No

Sí

**P1. Cuando usted quedó embarazada, ¿vivía con usted el padre de su nuevo bebé?**

No

Sí

**P2. Cuando usted quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con el padre de su nuevo bebé?**  
Marque UNA respuesta

Era mi esposo (casados legalmente)

Era mi pareja (no casados legalmente)

Era mi novio

Era un amigo

Otra  Por favor, escríbala:

**P3. Cuando usted quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿quién vivía en la misma casa con usted?**  
Marque TODAS las que correspondan

Mi esposo o pareja

Niños menores de 12 meses de edad → ¿Cuántos niños?

Niños de 1 a 5 años de edad → ¿Cuántos niños?

Niños de 6 años de edad o más → ¿Cuántos niños?

Mi madre

Mi padre

Los padres de mi esposo o pareja

Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto

Otro miembro de la familia o pariente

Otra  Por favor, escríbala

Vivía sola

**P4. ¿Quién *actualmente* vive con usted en la misma casa?** Marque TODAS las que correspondan

Mi esposo o pareja

Niños menores de 12 meses de edad → ¿Cuántos niños?

Niños de 1 a 5 años de edad → ¿Cuántos niños?

Niños de 6 años de edad o más → ¿Cuántos niños?

Mi madre

Mi padre

Los padres de mi esposo o pareja

Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto

Otro miembro de la familia o pariente

Otra → Por favor, escríbala:

Vivo sola

**P5. ¿Tiene un esposo o pareja que vive con usted *ahora*?**

No

Sí

**P6. Cuando *quedó embarazada*, ¿cuántos años tenía el padre de su nuevo bebé?**

\_\_\_\_ Años de edad

No sé

**P7. ¿Cuántos años tenía usted cuando le bajó la regla (la menstruación, el período) por primera vez?**

\_\_\_\_ Años de edad

**P8. ¿Cuántos años tenía usted cuando *quedó embarazada* por primera vez?**

\_\_\_\_ Años de edad

**P9. ¿Tiene en su casa un teléfono que estuvo en funcionamiento (en servicio) durante el *último mes*?**

No  Pase a la Pregunta ##

Sí

**NOTA: P9 es un requisito para P10, pero P9 se puede usar sola.**

**P10. ¿Aparece su número telefónico en el directorio telefónico más reciente bajo su apellido y dirección actual?**

Sí

No aparece en el directorio

Aparece bajo otro nombre o dirección

**P11. ¿Qué clase de cuartos tiene la casa, el apartamento o el tráiler donde vive?** Marque TODAS las que correspondan

Sala  
Comedor separado  
Cocina  
Baño(s)  
Cuarto de juegos, cuarto de estar, cuarto de familia  
Sótano habitable  
Dormitorios  ¿Cuántos?

**P12. Contándose usted, ¿cuántas personas viven en su casa, apartamento o tráiler?**

\_\_\_ Adultos (personas de 18 años de edad o mayores)

\_\_\_ Bebés, niños o adolescentes (personas de 17 años de edad o menores)

**NOTA: No hay que usar P13a y P13b juntas**

**ANTES de P13b, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si no tiene instalaciones de tubería completa en su hogar, pase a la Pregunta ##.”**

**P13a. ¿Cuál de los siguientes servicios públicos tiene en su casa, apartamento o tráiler?** Para cada uno, marque **No**, si no tiene este servicio, o **Sí**, si lo tiene.

No      Sí

- a. Instalaciones de tubería completa (incluyendo agua caliente y fría en tubería, inodoro al que puede jalársele y ducha o tina de baño)
- b. Electricidad
- c. Un teléfono con el que puede hacer y recibir llamadas (incluyendo teléfonos celulares)

**P13b. ¿El agua que usa en su casa, apartamento o tráiler proviene de una tubería de la ciudad, el condado o de un pozo privado?**

Tubería de la ciudad o del condado  
Pozo privado

**P14. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?**

No  
Sí

**P15. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?**

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez  **Pase a la Pregunta ##**

Nunca  **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: P15 es un requisito para P16, pero P15 se puede usar sola.**

**P16. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿hizo alguna de las siguientes cosas porque creyó que era peligroso salir o regresar a la comunidad donde vivía? Para cada una, marque No, si no lo hizo, o Sí, si lo hizo.**

**No      Sí**

- a. Falté a una cita con mi doctor o a otras citas
- b. Limité ir al supermercado o hacer otras compras
- c. Me quedé con otros familiares o amigos

**P17. Durante los 12 meses antes del nacimiento su nuevo bebé, ¿alguna vez recibió alimentos de una iglesia, de una despensa de comida, del banco de alimentos o comió en un comedor de beneficencia debido a una emergencia?**

No

Sí

**P18. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar?** Marque TODAS las que correspondan

Dinero de familiares o amigos

Dinero de un negocio, inversiones o dinero por propiedades que tiene alquiladas

Un sueldo o salario de un trabajo

Cupones de alimentos o WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)

Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, asistencia pública, asistencia general, o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)

Beneficios por desempleo

Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia

Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, discapacidad, beneficios de veteranos o pensiones

Otra  Por favor, escríbala:

**P19. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé.** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

**No      Sí**

- a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital
- b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja
- c. Me mudé a otra dirección
- d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio
- e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo
- f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando
- g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo
- i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal
- j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada
- k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas
- l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel
- m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas
- n. Murió alguien muy cercano a mí

**Q1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los 3 meses antes de que quedara embarazada?** Marque UNA respuesta

Estaba tratando de quedar embarazada

Estaba tratando de evitar quedar embarazada pero no estaba tratando mucho

Estaba tratando mucho de evitar quedar embarazada

**Q2. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor a su esposo o pareja durante los 3 meses antes de que quedara embarazada?** Marque UNA respuesta

Quería que yo quedara embarazada

Por una parte, quería que yo quedara embarazada y por otra parte, no quería

Le daba igual si yo quedaba embarazada o no

Preferiría que yo no quedara embarazada

No quería de ninguna manera que yo quedara embarazada



**Q3. Recordando *justo antes* de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía su esposo o pareja de que usted quedara embarazada?** Marque UNA respuesta

Hubiera querido que quedara embarazada más pronto  
No quería que quedara embarazada en ese momento, sino después  
Quería que quedara embarazada en ese momento  
No quería que quedara embarazada ni en ese momento ni nunca  
No sé  
No tenía esposo ni pareja

**Q4. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?**

Menos de 1 año  
De 1 año a menos de 2 años  
De 2 años a menos de 3 años  
De 3 años a 5 años  
Más de 5 años

**Q5. Esta pregunta trata sobre las emociones y preocupaciones que a veces tienen las mujeres sobre quedar embarazadas.** Para cada una, marque **No**, si no le correspondió cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé o **Sí**, si le correspondió.

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Me preocupaba no saber lo suficiente sobre cómo cuidar a un bebé  |    |    |
| b. Pensé que un nuevo bebé me impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir |    |    |
| c. Me gustaba la idea de enseñar y cuidar a un nuevo bebé  |    |    |
| d. Esperaba con gusto las nuevas experiencias que tendría con un nuevo bebé                                      |    |    |
| e. Esperaba con gusto decirle a mis amigas que estaba embarazada   |    |    |
| f. Me preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé  |    |    |
| g. No quería decirle a mis amigas que estaba embarazada  |    |    |
| h. Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé   |    |    |

**Q6. ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé?**

Muy infeliz de estar embarazada  
Infeliz de estar embarazada  
No estaba segura  
Feliz de estar embarazada  
Muy feliz de estar embarazada

**NOTA: Omita la pregunta Q7 si la madre no estaba tratando de quedar embarazada (Core 17).  
DESPUÉS de Q7, inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si usted estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”**

**Q7. ¿Por cuántos meses estaba tratando de quedar embarazada?** No cuente periodos de tiempo largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales.

De 0 a 3 meses  
De 4 a 6 meses  
De 7 a 12 meses  
De 13 a 24 meses  
Más de 24 meses

**NOTA: Omita R1–R18 si la madre no obtuvo cuidado prenatal (Core 18).**

**R1. ¿Qué le pareció el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo *más reciente*?** Si fue a más de un lugar para recibir cuidado prenatal, responda sobre el lugar en el que recibió *la mayoría* de su cuidado. Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si estuvo satisfecha.

No Sí

- a. El tiempo que tenía que esperar
- b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba conmigo
- c. El consejo que recibí sobre cómo cuidarme
- d. La comprensión y el respeto que el personal me demostró

**R6. ¿Ha oído alguna vez de la bacteria estreptococo grupo B (o beta estreptococo) que las madres pueden pasar a sus bebés durante el nacimiento?**

No  
Sí

**R7. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre la bacteria estreptococo grupo B (o beta estreptococo)?**

No  
Sí

**R8. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba para detectar la bacteria estreptococo grupo B (o beta estreptococo)?**

No  
Sí  
No sé

**R9. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre hacerse una prueba de sangre para detectar la enfermedad llamada toxoplasmosis?**

No  
Sí

**R10. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cualquiera de las cosas que aparecen a continuación?** *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no el material de lectura ni los videos. Para cada una, marque No, si nadie le habló sobre esto o Sí, si alguien le habló sobre esto.*

No Sí

- a. No tocarse la boca o los ojos cuando está preparando o tocando carne cruda
- b. Cocer la carne hasta que quede “bien cocida”
- c. Lavarse las manos y los utensilios después de preparar o tocar carne cruda
- d. Lavarse las manos después de tocar tierra, arena, arena para gatos o cualquier otro material que pudiera estar contaminado con heces de gatos
- e. No dar de comer a los gatos carne cruda o carne que no esté bien cocida

**R11. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba de sangre para detectar la enfermedad llamada toxoplasmosis?**

No  
Sí  
No sé

**R12. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre tomarse multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico durante su embarazo?**

No  
Sí

**R13. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿su proveedor de cuidado prenatal regular le pidió que consultara a un doctor especialista para obtener ayuda con algún(os) problema(s) de salud?**

No  
Sí

**R14. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cómo el comer pescado que contiene altos niveles de mercurio podría afectar a su bebé?**

No  
Sí

**R15. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado prenatal?** No incluya las consultas relacionadas con WIC. Marque UNA respuesta

Consultorio médico privado  
Clínica de un hospital  
Clínica del departamento de salud  
*State-specific*  
*State-specific*  
Otro  Por favor, escríbalo:

**R16. Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente?** *Por favor, sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque No, si nadie le habló del tema, o Sí, si alguien le habló del tema.*

No      Sí

- a. Alimentación saludable durante el embarazo
- b. Ejercicio durante el embarazo
- c. Programas o recursos para ayudarme a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo
- d. Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo

**NOTA: R2 es un requisito para R17, pero R2 se puede usar sola.**

**ANTES de R17, inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si un doctor, enfermera u otro profesional de salud no le dijo cuánto peso debía aumentar durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta ##.”**

**R17. ¿Cuánto peso le dijo el doctor, enfermera u otro profesional de salud que debía aumentar durante su embarazo más reciente?** Marque UNA respuesta y escriba la cantidad de peso.

Entre \_\_\_\_\_ Libras y \_\_\_\_\_ Libras

Entre \_\_\_\_\_ Kilos y \_\_\_\_\_ Kilos

Exactamente \_\_\_\_\_ Libras **O** \_\_\_\_\_ Kilos

No recuerdo

**R18. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que no tomara bebidas alcohólicas durante su embarazo?**

No

Sí

**R19. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo segura de que estaba embarazada?** Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que estaba embarazada.

\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_ Meses

No recuerdo

**R20. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?**

No

Sí → Pase a la Pregunta ##

**NOTA: R21 necesita R20, pero R20 se puede usar solo.**

**DESPUÉS de R21 (o R20 si se usa solo), inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta...”**

**R21. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería?** Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

**No      Sí**

- a. No podía conseguir una cita cuando quería
- b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas
- c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería
- e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela
- g. No tenía mi tarjeta de Medicaid (o *state Medicaid name*)
- h. No tenía quién cuidara a mis hijos
- i. No sabía que estaba embarazada
- j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada
- k. No quería recibir cuidado prenatal

**R22. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista?** *Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos.* Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

**No      Sí**

- a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé
- b. Darle pecho a mi bebé
- c. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé
- d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo
- e. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo
- f. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé
- g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia
- h. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada)
- i. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé
- j. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres

**R23. Durante su embarazo más reciente, ¿asistió a una clase o a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?**

No  
Sí

**NOTA: Omita S1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33). No se utilizan S16 & S17 con S1.**

**S1. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad.** Para cada una, marque **No**, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- No      Sí**
- a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente
  - b. En mi casa hay un detector de humo que funciona
  - c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego **cargadas**
  - d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé

**S2. ¿Se preocupaba usted de que usar el cinturón de seguridad durante su embarazo podría lastimar a su nuevo bebé?**

No  
Sí

**NOTA: Omita S3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre, o todavía está en el hospital (Core 31, Core 32, y/o Core 33).**

**S3. A continuación aparece una lista de declaraciones sobre los asientos de seguridad de carro.** Para cada una, marque **Cierto**, si está de acuerdo con la declaración, o **Falso**, si no lo está.

**Cierto   Falso**

- a. Los nuevos bebés deben ir sentados en asientos de seguridad viendo hacia atrás del carro
- b. Los asientos de seguridad no deben colocarse frente a la bolsa de aire

**S4. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó un cinturón de seguridad cuando manejaba o viajaba en un carro?**

Siempre  
Frecuentemente  
A veces  
Rara vez  
Nunca

**S5. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad cuando maneja o viaja en un carro?**

Siempre  
Frecuentemente  
A veces  
Rara vez  
Nunca

**NOTA: Omita S6–S9 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 32, Core 33, y/o Core 31).**

**S6. Cuando su nuevo bebé viaja en un carro o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja en un asiento de seguridad para bebés?**

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca  **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: Omita S7–S9 si el bebé no viaja en un asiento de seguridad para bebés (S6)  
S6 es un requisito para S7, S8, S9, pero S6 se puede usar sola.**

**S7. Cuando su nuevo bebé viaja en un asiento de seguridad para bebés, ¿por lo general viaja en el asiento de adelante o de atrás del carro o camioneta?**

Asiento de adelante

Asiento de atrás

**S8. Cuando su nuevo bebé viaja en un asiento de seguridad para bebés, ¿por lo general viaja viendo hacia la parte de adelante o hacia la parte de atrás del carro o de la camioneta?**

Viendo hacia adelante

Viendo hacia atrás

**S9. El carro o la camioneta en el que por lo general viaja su nuevo bebé, ¿tiene una bolsa de aire en el lado del asiento del pasajero?**

No

Sí

**NOTA: Omita S10–S13 si el bebé no está vivo, si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 32, Core 33, y/o Core 31).  
S10 es un requisito para S11 y S12, pero S10 se puede usar sola.**

**S10. ¿Tiene un(os) asiento(s) de seguridad que usted pueda utilizar para su nuevo bebé?**

No  **Pase a la Pregunta ##**

Sí

**S11. ¿Cómo obtuvo el(los) asiento(s) de seguridad para su nuevo bebé?** Marque TODAS las que correspondan

Compré el asiento **nuevo**

Lo recibí nuevo como un regalo para este bebé

Tenía un asiento de otro de mis hijos

Compré el asiento **usado**

Le pedí prestado el asiento a un familiar o amigo(a)

Pedí prestado o renté el asiento de un programa de préstamos de asientos

El hospital en donde nació mi nuevo bebé me dio el asiento

Un programa de la comunidad me dio el asiento

Otro  Por favor, escríbalo:

**S12. ¿Cómo aprendió a instalar y usar el(los) asiento(s) de seguridad para bebés?** Marque TODAS las que correspondan

Leí las instrucciones

Un(a) amigo(a) o familiar me enseñó

Un profesional de la salud o de la seguridad me enseñó

Yo aprendí sola

Ya sabía instalarlo porque tengo otros niños

De alguna otra manera  Por favor, escríbala:

**S13. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?**

No

Sí

**S14. La casa o apartamento en donde usted vive actualmente, ¿fue construido después de 1977?**

No

Sí  Pase a la Pregunta ##

No sé  Pase a la Pregunta ##

**S15. A continuación aparece una lista de cosas que pudieran haber pasado desde que se mudó a su casa o departamento.** Para cada una, marque **No**, si eso no corresponde a su situación o **Sí**, si le corresponde.

**No      Sí**

a. Hice una prueba para detectar plomo en mi vivienda

b. Hice cambios en mi vivienda para quitar pintura u otros objetos que tuvieran algún contenido de plomo

c. La vivienda fue remodelada antes de que yo me mudara ahí

**NOTA: Omita S16–S17 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 32 y/o Core 33).**

**S16 es un requisito para S17, pero S16 se puede usar sola. No se utiliza S1 con S16 y S17.**

**S16. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado (por ejemplo cunas, medicinas, juguetes)?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**S17. ¿De dónde recibió la información sobre los productos infantiles que se deben retirar del mercado?** Marque TODAS las que correspondan



De los fabricantes de los productos  
De un doctor, enfermera u otro trabajador de la salud  
De un periódico, radio, televisión o Internet  
De familiares o amigo(a)s  
Anuncios en las tiendas sobre retiro del mercado  
Otra  Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**S18. ¿La casa o el apartamento en que vive ahora tiene detectores de monóxido de carbono?**  
No  
Sí  
No sé

**S19. ¿Le han hecho pruebas a la casa o el apartamento en que vive ahora para detectar radón?**  
No  
Sí  
No sé

**NOTA: Omita T1–T3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 32, Core 33 y/o Core 31).**

**T1. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo?**  
\_\_\_ Veces

Ninguna  **Pase a la Pregunta ##**  
Mi bebé no se ha enfermado  **Pase a la Pregunta ##**  
Mi bebé todavía está en el hospital  **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: T1 es un requisito para T2 y T3, pero T1 se puede usar sola.**

**T2. ¿A dónde ha llevado usted a su nuevo bebé cuando ha estado enfermo y ha necesitado atención médica?** Marque TODAS las que correspondan

Un consultorio médico privado  
Una sala de emergencia de un hospital  
Una clínica de un hospital  
Una clínica del departamento de salud  
*State-specific*  
*State-specific*  
Otro  Por favor, escríbalo:

**T3. Cuando su bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?**  
No  
Sí

**NOTA: Omita T4–T5 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre, o si el bebé todavía está en el hospital (Core 32 y/o Core 33, Coer 31).**

**T4. ¿Su nuevo bebé tuvo bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)?**

No  **Pase a la Pregunta ##**

Sí

**T5. ¿Tuvo que volver a internar a su nuevo bebé en el hospital a causa de la bilirrubina/ictericia?**

No

Sí

**T6. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé a la sala de emergencia de un hospital debido a su salud?**  
Por favor, incluya las visitas a la sala de emergencia que resultaron en una admisión al hospital.

\_\_\_\_\_ Veces

Ninguna  **Pase a la Pregunta ##**

No sé  **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: ANTES de T7, ponga una cuadro de instrucciones que diga: “Si su nuevo bebé nunca ha estado en la sala de emergencia de un hospital debido a su salud, pase a la Pregunta XX”. Omita T7 si el bebé nunca estuvo en la sala de emergencia (T6=0).**

**T7. ¿Cuántas visitas fueron debido a accidentes, heridas o envenenamientos?**

\_\_\_\_\_ Visitas

Ninguna

No sé

**T8. ¿Algunas de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera atención médica cuando ha estado enfermo? Marque TODAS las que correspondan**

No tenía seguro médico para pagar por la consulta

No pude conseguir una cita

No tenía un doctor regular para mi bebé

No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio del doctor

No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos

Otra  Por favor, escríbala:

**NOTA: AA7 es un requisito para U1 y U2, pero AA7 se puede usar sola. Omita U1-U2 si no se permite fumar dentro de la casa (AA7).**

**U1. ¿Su esposo o pareja fuma dentro de su casa?**

No  
Sí

**U2. Sin incluirse a usted ni a su esposo o pareja, ¿hay alguna otra persona que fuma cigarrillos dentro de su casa?**

No  
Sí

**DRUG 2. Durante el *mes antes de quedar embarazada*, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón?** Sus respuestas son completamente confidenciales. Para cada una, marque **No**, si no la usó, o **Sí**, si la usó.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve®                               |           |           |
| b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína                                 |           |           |
| c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante   |           |           |
| d. Marihuana o hachís   |           |           |
| e. Marihuana sintética (K2, Spice)  |           |           |
| f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone®  |           |           |
| g. Heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> , chiva, alquitrán negro)  |           |           |
| h. Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , agua)  |           |           |
| i. Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> , nieve)  |           |           |
| j. Tranquilizantes ( <i>calmantes, downers, ludes</i> )   |           |           |
| k. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas) |           |           |
| l. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse ( <i>huffing</i> )                   |           |           |

**DRUG 3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón?** Sus respuestas son completamente confidenciales. Para cada una, marque **No**, si no la usó, o **Sí**, si la usó.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve®                               |           |           |
| b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína                                 |           |           |
| c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante   |           |           |
| d. Marihuana o hachís   |           |           |
| e. Marihuana sintética (K2, Spice)  |           |           |
| f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone®  |           |           |
| g. Heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> , chiva, alquitrán negro)  |           |           |
| h. Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , agua)  |           |           |
| i. Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> , nieve)  |           |           |
| j. Tranquilizantes ( <i>calmantes, downers, ludes</i> )   |           |           |
| k. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas) |           |           |
| l. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse ( <i>huffing</i> )                   |           |           |

**NOTA: Si no usa DRUG2 o DRUG3, incluye la instrucción: “Las siguientes preguntas son acerca del uso de varias drogas antes, durante y después del embarazo.”**

**U5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó medicamentos recetados para aliviar el dolor (analgésicos) como hidrocodona (Vicodin®), oxycodona (Percocet®) o codeína?**

No → Pase al final

Sí

**U6. ¿Cómo describiría la forma en que consiguió los medicamentos recetados para aliviar el dolor que utilizó durante su embarazo *más reciente*? Marque TODAS las que correspondan.**

Yo tenía una receta actual

Yo tenía medicamentos que me sobraron de una receta vieja

Yo conseguí los medicamentos sin receta

**U7. Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó heroína, cocaína, metanfetaminas o barbitúricos como el fenobarbital?**

No

Sí

**U8. Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó antidepresivos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS o SSRI, por sus siglas en inglés) como Prozac, Zoloft o Lexapro?**

No

Sí

**U9. Durante *cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud la refirió a tratamiento por abuso de drogas (medicamentos recetados o no recetados)?**

No

Sí

No usé ninguna droga (o solamente usé analgésicos que se venden sin receta médica) durante mi embarazo

No recibí cuidado prenatal

**U10. Después de que su bebé nació, ¿el médico, la enfermera u otro profesional de salud le dijeron que su bebé tenía abstinencia a las drogas o síndrome de abstinencia neonatal?**

No

Sí

**V1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió usted alguno de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque **No**, si no recibió el servicio o **Sí**, si lo recibió.**

No Sí

a. Clases sobre la crianza de los hijos

b. Consejería para la depresión o la ansiedad

**NOTA: Omita V2 y V3 si el bebé no está vivo, o no vive con la madre (Core 31 y/o, Core 32).**

**ANTES de V2/V3: “Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta x.”**

**V2. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes?** Para cada servicio, marque **No**, si no usó el servicio o **Sí**, si lo usó.

**No      Sí**

- a. Clases sobre la crianza de los hijos
- b. Consejería para la depresión o la ansiedad

**V3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?**

No

Sí, sólo yo utilizo los servicios de WIC

Sí, tanto mi nuevo bebé como yo utilizamos los servicios de WIC

Sí, sólo mi nuevo bebé utiliza los servicios de WIC

**V4. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿usted o algún miembro de su hogar ha pensado en solicitar ayuda del gobierno porque gana poco dinero?**

No

Sí

**V5. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿usted o algún miembro de su hogar solicitó pagos del gobierno, como de asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública?**

No

Sí  **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: V5 es un requisito para V6, V7, V9, pero V5 se puede usar sola.**

**V6. ¿Algunas de las siguientes cosas le impidieron a usted solicitar ayuda del gobierno?** Marque TODAS las que correspondan

Pensé que no podía recibir ayuda porque en mi hogar se ganaba demasiado dinero

No sabía cómo solicitarla

Era necesario hacer demasiado papeleo

Pensaba que no podía recibir ayuda porque soy de otro país

Otra  Por favor, escríbala:

**NOTA: Si V6 se usa, ANTES de V7 inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si usted o algún miembro de su hogar no solicitó pagos del gobierno, pase a la Pregunta X”**

**V7. ¿Alguna de las siguientes cosas le sucedió cuando usted solicitó ayuda del gobierno?** Marque TODAS las que correspondan

Recibí asistencia

Me dijeron que ganaba demasiado dinero como para recibir asistencia

Me dijeron que no debía solicitar los beneficios ahora porque podría necesitarlos después

Me dijeron que no podía recibir asistencia porque soy de otro país

**NOTA: V9 es un requisito para V10, pero V9 se puede usar sola.**

**V9. ¿Recibió usted asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública?**

No

Sí  Pase a la Pregunta ##

**V10. ¿Por qué no recibió asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública? Marque TODAS las que correspondan**

No cumplí con los requisitos debido a lo que ganaba

Ya había llegado al límite de mi tiempo

Tenía que cumplir los requisitos de trabajo o de otro tipo

Tenía que regresar otro día para hacer la solicitud

Anteriormente había perdido la TANF por otra razón (razones administrativas, sanciones, etc.)

No soy ciudadana de los Estados Unidos

Otra  Por favor, escríbala:

**V11. Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó cualquiera de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque No, si no necesitó el servicio, o Sí, si lo necesitó.**

**No Sí**

Estampillas para alimentos o dinero para comprar comida

WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)

Orientación para problemas familiares y personales

Ayuda para dejar de fumar

Ayuda para reducir la violencia en mi hogar

Otro

Por favor, escríbalo:

**V12. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios? Para cada uno, marque No, si no recibió el servicio, o Sí, si lo recibió.**

**No Sí**

Estampillas para alimentos o dinero para comprar comida

WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)

Orientación para problemas familiares y personales

Ayuda para dejar de fumar

Ayuda para reducir la violencia en mi hogar

Otro

Por favor, escríbalo:

**NOTA: Omite V13, V14, V15 si la madre no tuvo una visitante a domicilio (Core 26).**

**V13. ¿Quién era la trabajadora de salud que la visitó en su hogar durante su embarazo más reciente?**

Una enfermera o asistente de enfermería

Una maestra o educador de salud

Una dólula u partera

*State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>)*

Otra persona → Por favor, escríbala

No sé

**V14. Durante su embarazo más reciente, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender cómo prepararse para su nuevo bebé?**

Una vez

De 2 a 4 veces

5 veces o más

**V15. Durante su embarazo más reciente, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada uno, marque No, si no le habló sobre el tema o Sí, si le habló sobre el tema.**

No Sí

- a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé
- b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé
- c. Hacerme exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia
- d. La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual
- e. El maltrato físico o emocional que algunos esposos o parejas dan a las mujeres
- f. Darle pecho a mi bebé
- g. Mi bienestar emocional

**V16. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?**

Una enfermera o asistente de enfermería

Una maestra o educador de salud

Una dólula u partera

*State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>)*

Otra persona → Por favor, escríbala

No sé

**V17. Desde que nació su nuevo bebé, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender cómo cuidarse de usted y su nuevo bebé?**

Una vez

De 2 a 4 veces

5 veces o más

**V18. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?** Para cada tema, marque **No**, si no le habló sobre el tema o **Sí**, si le habló sobre el tema.

No Sí

- a. Darle pecho a mi bebé
- b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada
- c. Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos
- d. Depresión posparto
- e. Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres nuevos
- f. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo
- g. Cómo dejar de fumar o evitar fumar
- h. Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi nuevo bebé

**V19. ¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la trabajadora de salud que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?** Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si estuvo satisfecha.

No Sí

- a. El tiempo que la trabajadora de salud pasaba conmigo
- b. El consejo que recibí sobre cómo cuidarme a mí y a mi bebé
- c. La comprensión y el respeto que me demostró

**V20. ¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la trabajadora de salud que vino a su hogar durante su embarazo más reciente?** Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si estuvo satisfecha.

No Sí

- a. El tiempo que la trabajadora de salud pasaba conmigo
- b. El consejo que recibí sobre cómo cuidarme
- c. La comprensión y el respeto que me demostró

**V21. Durante su embarazo más reciente, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé?** Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

No  
Sí

**V22. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé?** Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

No  
Sí



**W1. Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido algún problema?** Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si usted hubiera tenido que pedir prestados \$50 o si se hubiera enfermado y hubiera tenido que quedarse en cama por varias semanas? Marque TODAS las que correspondan

Mi esposo o pareja

Mi madre, padre o suegros

Otro miembro de la familia o pariente

Un(a) amigo(a)

La comunidad religiosa

Otra persona  Por favor, escríbala:

Nadie me hubiera ayudado

**W2. Durante su embarazo más reciente, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado?** Para cada uno, marque **No**, si no la hubiera recibido, o **Sí**, si la hubiera recibido.

**No      Sí**

- a. Alguien que me prestara \$50
- b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama
- c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte
- d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas

**W3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿quién le ayudaría si usted tuviera algún problema?** Por ejemplo, ¿quién le ayudaría si usted necesitara pedir prestados \$50 o si se enfermara y tuviera que quedarse en cama por varias semanas? Marque TODAS las que correspondan

Mi esposo o pareja

Mi madre, padre o suegros

Otro miembro de la familia o pariente

Un(a) amigo(a)

La comunidad religiosa

Otra persona  Por favor, escríbala:

Nadie me ayudaría

**NOTA: Omita W4 si el bebé no está vivo, si no vive con la madre, o si el bebé todavía está en el hospital (Core 32 y/o Core 33, Core 31).**

**ANTES de W4: “Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta x.”**

**W4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitara?** Para cada uno, marque **No**, si no la tendría, o **Sí**, si la tendría

**No      Sí**

- a. Alguien que me prestara \$50
- b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama
- c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas
- d. Alguien que cuidara a mi bebé
- e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé

**NOTA: Omita X1–X9 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o si el bebé todavía está en el hospital (Core 32 y/o Core 33, Core 31).  
X9 es un requisito para X1-X2, X4, X7, X8  
X2 se puede usar sin X1**

**X1. ¿Fue su nuevo bebé a chequeos de rutina todas las veces que usted quiso?**

No

Sí  **Pase a la Pregunta ##**

**X2. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que su bebé recibiera chequeos de rutina? Marque TODAS las que correspondan**

No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagarlos

No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio del doctor

No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos

No pude conseguir una cita

Mi bebé estaba demasiado enfermo para recibir atención de rutina

Otra  Por favor, escríbala:

**X3. ¿Le pusieron a su nuevo bebé algunas de las vacunas de rutina antes de que cumpliera 3 meses de edad? No cuente las vacunas que le pusieron en el hospital después de que nació.**

No

Sí

Mi niño no ha recibido ninguna vacuna de rutina, pero todavía no cumple 3 meses de edad

**NOTA: X9 es un requisito para X4, pero X9 se puede usar sola. Omita X4 si el bebé no ha ido a ningún chequeo de rutina (X9).**

**X4. ¿Tenía usted seguro médico para pagar por los chequeos de rutina de su bebé?**

No

Sí

**X5. Según usted, ¿cuándo sería el mejor momento para obtener información de su doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre las vacunas de los bebés? Marque UNA respuesta**

Durante las consultas prenatales

En el hospital o centro de maternidad, después de que haya nacido mi bebé

Durante la primera consulta con el doctor de mi bebé

**NOTA: Omita X6 si el bebé no tuvo una consulta médica durante la primera semana después de nacer. X10 es un requisito para X6.**

**X6. ¿La consulta de su nuevo bebé fue en su casa o en un consultorio médico?**

En casa

En un consultorio médico, clínica u otro centro de atención médica

**NOTA: X9 es un requisito para X7 & X8, pero X9 se puede usar sola. Omita X7–X8 si el bebé no ha ido a un chequeo de rutina.**

**X7. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé al doctor, enfermera u otro profesional de salud para un chequeo de rutina?** (Podría serle útil usar el calendario).

\_\_\_ Veces

**X8. ¿A dónde lleva *generalmente* a su nuevo bebé para los chequeos de rutina?** Marque UNA respuesta

Consultorio médico privado

Clínica de un hospital

Clínica del departamento de salud

*State-specific*

*State-specific*

Otro  Por favor, escríbalo:

**X9. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina?** Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

No  **Pase a la Pregunta ##**

Sí

**X10. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?**

No

Sí

Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

**X11. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con que frecuencia se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para él o ella?**

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez  **Pase a la Pregunta ##**

Nunca  **Pase a la Pregunta ##**

No he tratado de conseguir servicios para mi bebé → **Pase a la Pregunta**

**X12. ¿Por qué se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para su nuevo bebé?**  
Marque TODAS las que correspondan

Los servicios que mi bebé necesitaba no estaban disponibles en mi zona

Habían listas de espera u otros problemas para conseguir citas

Mi seguro médico no cubre los servicios que mi bebé necesitaba

Otra  Por favor, escríbala:

**ANTES de Y2: “Si un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental en los 12 meses antes de quedar embarazada o durante su embarazo, pase a la Pregunta x.”**

**Y2.      Alguna vez, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?**

No  **Pase a la Pregunta ##**

Sí

**Y3.      Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?**

No

Sí

**NOTA: ANTES DE Y5 y Y8, incluye “Si usted no tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante su embarazo, pase a la Pregunta ##.”**

**Y5 y Y8 necesitan Y7, pero Y7 se puede usar solo.**

**Y5.      Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de problema tenía con sus dientes o encías? Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema durante el embarazo, o **Sí**, si lo tuvo.**

**No      Sí**

- a. Tuve una o más caries que necesité rellenar
- b. Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas
- c. Me dolía uno o más dientes
- d. Necesité sacarme un diente
- e. Me lastimé mi boca, dientes o encías
- f. Tuve algún otro problema con mis dientes o encías
- g. Por favor, escríbalo:

**Y6. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo *más reciente*?** Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista, o **Sí**, si le impidió.

**No      Sí**

- a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas
- b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid
- c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo
- d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental

**Y7. Esta pregunta es sobre otro cuidado de sus dientes durante su embarazo *más reciente*.** Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

**No      Sí**

- a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías
- c. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo
- d. Necesité consultar a un dentista por un **problema**
- e. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**

**Y8. ¿Recibió usted tratamiento de un dentista u otro doctor por el problema que tuvo durante su embarazo?** Marque UNA respuesta

No

Sí, recibí tratamiento durante mi embarazo

Si, recibí tratamiento después de mi embarazo

Si, recibí tratamiento durante y después de mi embarazo

**Z1. Durante su embarazo más reciente, ¿le pasó algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

**No      Sí**

- a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera
- b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja
- c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir
- d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería

**Z2. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿le ha pasado algunas de las siguientes cosas?.** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

**No      Sí**

- a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera
- b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja
- c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir
- d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería

**Z7. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿faltó usted a alguna cita con un doctor porque le preocupaba la reacción de su pareja si usted hubiera ido?**

No

Sí

**Z8. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada?** Por ejemplo, ¿escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

No

Sí

**Z9. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera?** Para cada de los períodos de tiempo, marque **No**, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.

No Sí

- a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada
- b. Durante mi embarazo más reciente
- c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé

**Z13. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No** si no la han lastimado en ese entonces, o **Sí** si la han lastimado.

No Sí

- a. Mi esposo o pareja
- b. Mi ex esposo o ex pareja
- c. *State option (Otro miembro de la familia)*
- d. *State option (Otra persona)*

**Z14. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le pasó algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

No Sí

- a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera
- b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja
- c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir
- d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería

**NOTA: Omita AA1-AA3 si la madre no fumó durante los 3 meses anteriores a que quedara embarazada (Core 29).**

**ANTES de AA1, AA2, AA3, y AA6 inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba en ningún momento durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”**

**AA1. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que dejara de fumar?**

No

Sí

No recibí cuidado prenatal

**AA2. Durante su embarazo más reciente, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparece en la lista a continuación acerca de dejar de fumar?** Para cada una, marque **No**, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.

---

No Sí

- a. Fijé una fecha específica para dejar de fumar
- b. Usé folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarme a dejar de fumar
- c. Llamé a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fui a un sitio de Internet
- d. Asistí a una clase o programa para dejar de fumar
- e. Fui a sesiones de consejería para ayudarme a dejar de fumar
- f. Utilicé un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, “nasal spray” o un inhalador
- g. Tomé una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para dejar de fumar
- h. Tomé una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para dejar de fumar
- i. Traté de dejar de fumar por mi cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)
- j. Otra

Por favor, escríbala:

**NOTA: Omita AA3 si la madre no recibió atención prenatal (Core 17).**

**AA3. A continuación aparece una lista de cosas acerca de dejar de fumar que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo haber hecho durante cualquiera de sus consultas prenatales.** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

No Sí

- a. Dedicó tiempo para hablar conmigo sobre cómo dejar de fumar
- b. Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar
- c. Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar
- d. Me dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi sola.....
- e. Me refirió a consejería para ayuda a dejar de fumar
- f. Me preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría mi decisión de dejar de fumar
- g. Me refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal
- h. Me recomendó que yo usara el chicle de nicotina
- i. Me recomendó que yo usara el parche de nicotina
- j. Me recetó “nasal spray” o un inhalador de nicotina
- k. Me recetó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para ayudarme a dejar de fumar
- l. Me recetó una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para ayudarme a dejar de fumar

**AA5. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa durante su embarazo más reciente, incluso si nadie que vivía en su casa fumaba?** Marque UNA respuesta

- A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en cualquier parte de mi casa

**NOTA: Omita AA6 si la madre no fumó durante los últimos 3 meses del embarazo (Core 29).**



**AA6. ¿Dejó usted de fumar antes o durante su embarazo *más reciente*? Marque UNA respuesta**

No

No, pero fumaba menos

Sí, dejé de fumar antes de enterarme que estaba embarazada

Sí, dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada

Sí, dejé de fumar ya entrado mi embarazo

**AA7. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro de su casa ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma? Marque UNA respuesta**

A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa

Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas

Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

**AA8. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse a usted, vivían en su casa durante su embarazo *más reciente*?**

\_\_\_ Número de fumadores

**AA9. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse a usted, viven en su casa *ahora*?**

\_\_\_ Número de fumadores

**NOTA: Omita AA10 si la madre fumó durante los últimos 3 meses del embarazo (Core 20).**

**ANTES de AA10 y AA12 inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba en ningún momento durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”**

**AA10. A continuación aparece una lista de cosas que pueden hacerles difícil a algunas personas dejar de fumar. Para cada una, marque **No**, si no es algo que puede hacerle difícil a usted, o **Sí**, si lo es.**

**No      Sí**

a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar

b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar

c. Miedo de aumentar de peso

d. Pérdida de la manera en que controla el estrés

e. Otras personas fumando alrededor de mí

f. Antojo de cigarrillo

g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar

h. Depresión que se empeora

i. Ansiedad que se empeora

j. Otra razón

Por favor, escríbala:

**AA12. Durante su embarazo *más reciente*, ¿pagó su seguro médico los costos de medicamentos u otros servicios para ayudarlo a dejar de fumar? Marque UNA respuesta**

- No, mi seguro no pagó
- Sí, pero tuve que hacer un copago
- Sí, sin copago
- Yo no estaba tratando de dejar de fumar
- No tenía seguro médico
- No sé

**ANTES de AA13: “Si usted usó hookah en los *últimos 2 años*, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.”**

**AA13. En los *3 meses antes* de que quedara embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente fumaba usted hookah?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes
- Yo no fumaba hookah en ese entonces

**AA14. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente fumaba usted hookah?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes
- Yo no fumaba hookah en ese entonces

**BB1. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron *según su raza*?**

- No
- Sí

**BB3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada sobre tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**CC1. Durante los *3 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más? Por ejemplo, caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar o hacer jardinería.**

Menos de 1 día a la semana  
1 a 2 días a la semana  
3 a 4 días a la semana  
5 ó más días a la semana  
Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijo que no hiciera ejercicio

**NOTA: Si el estado no escoge CC1 junto con CC2, hay que incluir la lista de ejemplos en la pregunta CC2.**

**CC2. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?**

Menos de 1 día a la semana  
1 a 2 días a la semana  
3 a 4 días a la semana  
5 ó más días a la semana  
Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijo que no hiciera ejercicio

**NOTA: Omita DD1–DD3 si la madre estaba recibiendo beneficios de Medicaid antes de quedar embarazada (Core2).**

**DD1 es un requisito para DD2 y DD3, pero DD1 se puede usar sola.**

**ANTES de AA10, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted estaba recibiendo beneficios de Medicaid *antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”**

**DD1. ¿Trató de obtener beneficios de Medicaid durante su embarazo *más reciente*?**

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí

**DD2. ¿Tuvo algún problema para obtener Medicaid durante su embarazo *más reciente*?**

No  
Sí

**DD3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuándo comenzó a recibir beneficios de Medicaid?**

Durante los primeros 3 meses de mi embarazo  
Durante los segundos 3 meses de mi embarazo  
Durante los últimos 3 meses de mi embarazo  
No obtuve Medicaid durante mi embarazo

**NOTA: Omita DD4–DD6 si la madre no tenía seguro médico antes del embarazo (Core 8).**

**ANTES de DD4-DD6, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico durante el *mes* antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta....”**

**DD4. ¿Usted u otra persona realizó pagos regulares al seguro médico que tenía *antes* de quedar embarazada, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?**

No

Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

**DD5. Cuando usaba su seguro médico para las visitas al consultorio *antes* de quedar embarazada, ¿tenía que hacer copagos?**

No

Sí

**DD6. ¿El costo del seguro médico causó problemas económicos para usted o su familia *antes* de su embarazo?**

No

Sí

**NOTA: Omite DD7 si la madre tenía seguro médico antes del embarazo (Core 8).**

**ANTES de DD7, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico durante el mes antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta. Sino, pase a la Pregunta y.”**

**DD7. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan**

El seguro médico era demasiado caro

No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet

Mi ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid

Mi ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o de

CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

No sabía cómo obtener seguro médico

*State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)*

Otra → Por favor, escríbala:

**NOTA: Omite DD8–DD10 si la madre no tenía seguro médico para el cuidado prenatal (Core 18).**

**ANTES de DD8–DD10, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted tenía seguro médico para su cuidado prenatal, pase a la Pregunta. Sino, pase a la Pregunta y.”**

**DD8. ¿Usted u otra persona realizaron pagos regulares al seguro médico que tenía para su *cuidado prenatal*, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?**

No

Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

**DD9. Cuando usaba su seguro médico para las visitas al consultorio para su *cuidado prenatal*, ¿tenía que hacer copagos?**

No

Sí

**DD10. ¿El costo del seguro médico para su *cuidado prenatal* causó problemas económicos para usted o su familia?**

No  
Sí

**NOTA: Omita DD11 si la madre tenía seguro médico para su *cuidado prenatal* (Core 18).**

**DD11. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico para su *cuidado prenatal*?** Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico era demasiado caro

No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet

Mi ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid

Mi ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

No sabía cómo obtener seguro médico

*State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)*

Otra → Por favor, escríbala:

**DD12. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted para pagar por su *parto*?** Marque TODAS las que correspondan

Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Seguro médico privado de mis padres

Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

Medicaid (required: state Medicaid name)

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*

*State option (TRICARE u otro seguro médico militar)*

*State option (IHS o tribal)*

Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *parto*

**NOTA: Omita DD13-DD15 si la madre no tenía seguro médico para el parto (DD12).**

**ANTES de DD13 - DD15, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico para pagar su *parto*, pase a la Pregunta...”**

**DD13. ¿Usted u otra persona realizó pagos regulares al seguro médico que tenía para su *parto*, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?**

No  
Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

**DD14. Cuando usaba su seguro médico para las visitas al consultorio para su *parto*, ¿tenía que hacer copagos?**

No  
Sí

**DD15. ¿El costo del seguro médico para su *parto* causó problemas económicos para usted o su familia?**

No  
Sí

**NOTA: Omita DD16 si la madre tenía seguro médico para su parto (DD12).  
ANTES de DD16, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico para pagar su *parto*, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.”**

**DD16. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico para su *parto*? Marque TODAS las que correspondan**

El seguro médico era demasiado caro  
No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja  
Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía  
Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet  
Mi ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid  
Mi ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)  
No sabía cómo obtener seguro médico  
*State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)*  
Otra → Por favor, escríbala:

**NOTA: Omita DD17–DD19 si la madre no tiene seguro médico ahora (Core 56).  
ANTES de DD17 - DD19, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tiene seguro médico *ahora*, pase a la Pregunta...”**

**DD17. ¿Usted u otra persona realiza pagos regulares al seguro médico que usted tiene *ahora*, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?**

No  
Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

**DD18. Cuando usa su seguro médico para las visitas al consultorio *ahora*, ¿tiene que hacer copagos?**

No  
Sí

**DD19. ¿El costo del seguro médico le causa problemas económicos para usted o su familia *ahora*?**

No  
Sí

**NOTA: Omita DD20 si la madre tiene seguro médico ahora (DD12).**

**ANTES de DD20, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tiene seguro médico ahora, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.”**

**DD20. ¿Cuál es la razón por la que usted no tiene seguro médico ahora?** Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico es demasiado caro

No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet

Mi ingreso es demasiado alto para calificar por Medicaid

Mi ingreso es demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

No sé cómo obtener seguro médico

*State-specific (No tengo la ciudadanía estadounidense o no tengo los documentos de residencia adecuados)*

Otra → Por favor, escríbala:

**DD21. En los últimos 12 meses, ¿el costo del seguro médico le ha causado problemas económicos para usted o su familia?**

No

Sí

No he tenido seguro médico

**DD22. En los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿con que frecuencia se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para usted?**

Nunca  Pase a la Pregunta ##

Rara vez  Pase a la Pregunta ##

A veces

Frecuentemente

Siempre

No traté de conseguir servicios de salud en ese entonces

**DD23. ¿Por qué se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para usted?** Marque TODAS las que correspondan

Los servicios que necesitaba no estaban disponibles en mi zona

Había listas de espera u otros problemas para conseguir citas

Mi seguro médico no cubre los servicios que necesitaba

Otra  Por favor, escríbala:

**EE3. Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía alguna de las infecciones que aparecen en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no le dijeron que tenía la infección, o **Sí**, si le dijeron que la tenía.

No Sí

Verrugas genitales (VPH)  
Herpes  
Clamidia  
Gonorrea  
Enfermedad inflamatoria pélvica  
Sífilis  
Estreptococos grupo B (beta estrep)  
Vaginosis bacteriana  
Tricomoniasis  
Infección vaginal causada por hongos  
Infección de las vías urinarias  
Otra  Por favor, escríbala:

**NOTA: FF1 es un requisito para FF2 y FF3, pero FF1 se puede usar sola.**

**DESPUÉS de FF1, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted tuvo más de un aborto espontáneo, muerte fetal o bebé que nació muerto en los 12 meses antes de su embarazo más reciente, por favor conteste la(s) próxima(s) pregunta(s) para el más reciente”.**

**FF1. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?**

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí

**FF2. ¿Cuánto duró ese embarazo?**

Menos de 20 semanas (menos de 4 meses)  
De 20 a 28 semanas (de 4 a 6 meses)  
Más de 28 semanas (más de 6 meses)

**FF3. ¿Hace cuándo terminó ese embarazo?**

Menos de 6 meses antes de quedar embarazada de mi nuevo bebé  
De 6 a 12 meses antes de quedar embarazada de mi nuevo bebé

**NOTA: Omite FF4 si la madre no ha tenido ningún otro bebé que nació vivo (Core 8).**

**FF4. ¿Cuál es la diferencia de edad entre su nuevo bebé y el hijo a quien usted dio a luz justo antes de tener a su nuevo bebé?**

De 0 a 12 meses  
De 13 a 18 meses  
De 19 a 24 meses  
Más de 2 años pero menos de 3 años  
De 3 a 5 años  
Más de 5 años



**FF5. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?**

No → Pase a la Pregunta x  
Sí

**FF6. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?**

No  
Sí

**FF7. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?**

No  
Sí

**GG1. ¿Alguien en su familia tiene anemia falciforme (la enfermedad de la célula falciforme)?**

No  Pase a la Pregunta ##  
Sí  
No sé  Pase a la Pregunta ##

**NOTA: Omita GG2 si nadie en la familia tiene anemia falciforme (GG1).**

**GG2. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió orientación o información sobre la anemia falciforme (enfermedad de la célula falciforme)?**

No  
Sí

**HH1. ¿Alguno de sus familiares directos o de sangre (madre, padre, hermanas o hermanos) ha tenido alguna de las condiciones que aparecen en la lista a continuación? Para cada condición, marque **No**, si nadie en su familia ha tenido esa condición, **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **No sé**, si usted no sabe al respecto.**

- |   | No | Sí | No sé |
|---|----|----|-------|
| a. Diabetes   |    |    |       |
| b. Ataque cardíaco antes de los 55 años                   |    |    |       |
| c. Presión sanguínea alta (hipertensión)                  |    |    |       |
| d. Cáncer de seno (o cáncer de mama) antes de los 50 años |    |    |       |
| e. Cáncer de ovario                                       |    |    |       |

**HH2a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *diabetes*?**

No → Pase a la Pregunta ##  
Sí

**HH2b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que tenían diabetes?**

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): \_\_\_\_\_

**HH3a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían problemas cardíacos?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**HH3b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que tenían problemas cardíacos ?**

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): \_\_\_\_\_

**HH4a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían presión alta (hipertensión)?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**HH4b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que tenían presión alta (hipertensión)?**

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): \_\_\_\_\_

**HH5a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *depresión*?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**HH5b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que tenían *depresión*?**

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): \_\_\_\_\_

**HH6a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelas, madre, o hermanas) que ellas tenían *depresión posparto*?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**HH6b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que tenían *depresión posparto*?**

A la madre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

A mi(s) hermana(s)

Otra → Por favor, escríbala (tías, primas, hijas, etc.): \_\_\_\_\_

**HH7a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *ansiedad*?**

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

**HH7b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que**

**tenían ansiedad?**

- A mi padre
- A la madre de mi padre
- Al padre de mi padre
- A mi madre
- A la madre de mi madre
- Al padre de mi madre
- A mi hermano o hermana o hermanos
- Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): \_\_\_\_\_

**HH8. ¿Tuvo su madre o alguna hermana directa o de sangre cualquiera de los siguientes problemas durante algún embarazo?** Para cada uno, marque **No**, si ninguna de ellas tuvo ese problema durante un embarazo, **Sí**, si alguna de ellas tuvo ese problema durante un embarazo, o **No sé**, si no sabe al respecto.

- No      Sí      No sé**
- a. Un bebé que nació más de 3 semanas antes de la fecha esperada para su nacimiento
  - b. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante el embarazo)
  - c. Presión sanguínea alta durante el embarazo

**NOTA: Introducción: Un historial de salud familiar es una colección de información sobre la salud de una persona y sus parientes cercanos. Las siguientes preguntas son acerca de su historial familiar de cáncer de ovario y de mama.**

**HH9. ¿Alguno de sus parientes de sangre que se enumeran a continuación ha tenido cáncer de ovario?** Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de ovario, **Sí** si lo ha tenido, o **No Sé** si usted no sabe.

	Pariente	Han tenido cáncer de ovario		
		No	Sí	No sé
a.	Mi madre			
b.	La madre de mi madre			
c.	La madre de mi padre			

**HH10. ¿Alguno de sus otros parientes de sangre ha tenido cáncer de ovario?** Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de ovario, **Sí** si lo ha tenido, **No Sé** si usted no sabe, o **No Aplica** si no corresponde a usted.

	Pariente	Han tenido cáncer de ovario			
		No	Sí	No sé	No Aplica
a.	Hermana(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario?				

	_____				
b.	Tía(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario?				
c.	Prima(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario?				

**HH11. ¿Alguno de sus parientes de sangre que se enumeran a continuación ha tenido cáncer de mama?** Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de mama, **Sí** si lo ha tenido, o **No Sé** si usted no sabe.

	Pariente	Han tenido cáncer de mama		
		No	Sí	No sé
a.	Mi madre			
b.	La madre de mi madre			
c.	La madre de mi padre			
d.	Mi padre			
e.	El padre de mi madre			
f.	El padre de mi padre			

**HH12. ¿Alguno de sus otros parientes de sangre ha tenido cáncer de mama?** Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de mama, **Sí** si lo ha tenido, **No Sé** si usted no sabe, o **No Aplica** si no corresponde a usted.

	Pariente	Han tenido cáncer de mama			
		No	Sí	No sé	No Aplica
a.	Hermana(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?				
b.	Hermano(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?				
c.	Tía(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?				
d.	Tío(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?				
e.	Primo(s) SI ES SÍ: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?				

**HH13. ¿Cualquier mujer en su familia con relación de sangre ha tenido cáncer de mama a los 50 años o más joven?**

No  
Sí  
No sé

**HH14. ¿Cualquier mujer en su familia con relación de sangre ha tenido cáncer de mama Y cancer de ovario?**

No  
Sí  
No sé

**HH15. ¿Alguno de sus parientes de sangre ha tenido cáncer de mama bilateral (cáncer de mama en ambos lados)?**

No  
Sí  
No sé

**HH16. ¿Tiene usted ascendencia judía asquenazí?**

No  
Sí  
No sé

**Las siguientes preguntas son acerca de hablar con un consejero genético sobre su riesgo de cáncer. Un consejero genético es un profesional capacitado que habla con usted sobre la posibilidad de que contara una condición de salud en base de su historial médico familiar.**

**HH17. ¿Alguna vez ha hablado con un consejero genético sobre su riesgo de cáncer en base a su historia familiar?**

No → Pase al final  
Sí

**HH18. ¿Cuál fue la razón PRINCIPAL por la cual habló con consejero genético sobre su riesgo de cáncer?**  
Marque UNA respuesta

Me la recomendó mi doctor  
Yo la pedí  
Me lo sugirió un familiar  
Escuché o leí sobre eso en las noticias  
Otra → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**HH19. Pensando en la sesión de consejería genética MÁS RECIENTE que tuvo por el riesgo de cáncer, ¿con qué tipo de cáncer fue relacionada?** Marque TODAS las que corresponden

Cáncer de mama  
Cáncer de ovario  
Otro → Por favor escríbalo: \_\_\_\_\_

**II1. ¿Cuánto subió de peso durante su embarazo *más reciente*?** Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario.

Aumenté \_\_\_\_ libras O \_\_\_\_ kilos

No subí de peso durante mi embarazo

No sé

**NOTA: Omita JJ1 si la madre no tomaba durante los 3 meses antes del embarazo (Core 27).**

**JJ1. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?**

6 veces o más

De 4 a 5 veces

De 2 a 3 veces

1 vez

No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

**NOTA: Omita JJ2 si la madre no tomaba durante los últimos 3 meses de su embarazo (JJ3).**

**JJ2. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?**

6 veces o más

De 4 a 5 veces

De 2 a 3 veces

1 vez

No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

**JJ3. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

14 ó más bebidas a la semana

De 8 a 13 bebidas a la semana

De 4 a 7 bebidas a la semana

De 1 a 3 bebidas a la semana

Menos de 1 bebida a la semana

No tomaba en ese entonces

**KK1. En actualidad, ¿tiene usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre?** Por ejemplo, usted y su familia han hablado de como estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

No

Sí

**KK2. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre?** Por ejemplo, usted y su familia han hablado de como estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

No

Sí

**KK3. ¿Qué tan frecuentemente se preocupa usted de la posibilidad de que un desastre le ocurra a usted o a su familia?**

Siempre  
A veces  
Nunca

**KK4. A continuación tenemos una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre.** Para cada uno, marque **No**, si no es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre, o **Sí**, si lo ha hecho.

**No      Sí**

- a. Tengo un lugar de encuentro con mis familiares (diferente a la casa) dd7
- b. Mi familia y yo hemos practicado qué hacer en caso de un desastre
- c. Tengo un plan sobre cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos
- d. Tengo un plan de evacuación si necesito salir de la casa y mi comunidad
- e. Tengo un plan de evacuación para mi hijo o hijos en caso de un desastre (permiso para que mi hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela)
- f. Tengo copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de mi casa
- g. Tengo suministros de emergencia en mi casa para mi familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días
- h. Tengo suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente

**DRUG 1. Durante alguno de los siguientes períodos, ¿usó marihuana o hachís en cualquier forma?** Para cada período, marque **No**, si no la usó en ese entonces, o **Sí**, si la usó.

**No      Sí**

- a. En los 12 meses antes de que quedara embarazada
- b. Durante mi embarazo más reciente
- c. Desde que nació mi nuevo bebé

**LL2. Durante alguno de los siguientes períodos, ¿alguien fumó productos de marihuana en su casa, incluida usted?** Para cada período, marque **No**, si nadie fumó marihuana dentro de su casa en esa oportunidad, o **Sí**, si alguien fumó.

**No      Sí**

- a. En los 12 meses antes de que quedara embarazada
- b. Durante mi embarazo más reciente
- c. Desde que nació mi nuevo bebé

**LL3. Durante alguno de los siguientes períodos, ¿alguien mantuvo productos de marihuana comestibles, como pastelitos o brownies, galletas o dulces con THC, dentro de su casa?** Para cada período, marque **No**, si nadie mantuvo marihuana dentro de su casa en esa oportunidad, o **Sí**, si alguien la tuvo.

**No      Sí**

- a. En los 12 meses antes de que quedara embarazada
- b. Durante mi embarazo más reciente
- c. Desde que nació mi nuevo bebé



**LL4. ¿Cree que la mujer embarazada perjudica la salud de su bebé en gestación cuando usa marihuana durante el embarazo?** Marque UNA respuesta

- No la perjudica
- La perjudica un poco
- La perjudica moderadamente
- La perjudica en gran cantidad

**LL5. ¿Cree que la mujer embarazada perjudica su propia salud cuando usa marihuana?** Marque UNA respuesta

- No la perjudica
- La perjudica un poco
- La perjudica moderadamente
- La perjudica en gran cantidad

**LL6. En algún momento durante su embarazo más reciente, usó la marihuana o hachís en cualquier forma?**

- No → Pase a la Pregunta X
- Sí

**LL7. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana Q promedio?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes o menos

**LL8. Durante su embarazo más reciente, ¿cómo usó la marihuana?** Marque TODAS las que correspondan.

- La fumé
- La comí
- La bebí
- La vaporicé
- La usé en concentrado o "dabbing"
- Otra manera → Por favor díganos: \_\_\_\_\_

**LL9. ¿Por qué usó productos de marihuana durante su embarazo?** Para cada una, marque **No** si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |                                       | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---------------------------------------|-----------|-----------|
| Para aliviar las náuseas              |           |           |
| Para aliviar los vómitos              |           |           |
| Para aliviar el estrés o la ansiedad  |           |           |
| Para aliviar una afección crónica     |           |           |
| Para aliviar el dolor                 |           |           |
| Para divertirme o relajarme           |           |           |
| Otra razón → Por favor díganos: _____ |           |           |

**LL10. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana promedio?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes o menos

**LL11. Durante los *primeros 3 meses* (1er trimestre) de su embarazo, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana Q promedio?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes o menos

**LL12. Durante los *primeros 3 meses* (1er trimestre) de su embarazo, ¿cómo usó la marihuana? Marque TODAS las que correspondan.**

- La fumé
- La comí
- La bebí
- La vaporicé
- La usé en concentrado o "dabbing"
- Otra manera → Por favor díganos: \_\_\_\_\_

**LL13. Durante los *segundos 3 meses* (2do trimestre) de su embarazo, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana Q promedio?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes o menos

**LL14. Durante los *segundos 3 meses* (2do trimestre) de su embarazo, ¿cómo usó la marihuana? Marque TODAS las que correspondan.**

- La fumé
- La comí
- La bebí
- La vaporicé
- La usé en concentrado o "dabbing"
- Otra manera → Por favor díganos: \_\_\_\_\_

**LL15. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana Q promedio?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes

Una vez al mes o menos

**LL16. Durante los últimos 3 meses de su embarazo de su embarazo, ¿cómo usó la marihuana?** Marque TODAS las que correspondan.

La fumé

La comí

La bebí

La vaporicé

La usé en concentrado o "dabbing"

Otra manera → Por favor díganos: \_\_\_\_\_

**LL17. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algo de lo siguiente?** Por favor, incluya si le preguntaron en un formulario por escrito o durante una conversación. Para cada uno, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

No

Sí

- Preguntarle si estaba usando marihuana
- Recomendarle que usara marihuana por alguna razón
- Aconsejarle que no usara marihuana
- Aconsejarle que no diera pecho a su bebé mientras usaba marihuana

**LL18. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado la marihuana o hachís en cualquier forma?**

No

Sí

**LL19. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usA productos de marihuana en una semana promedio?**

Diariamente

2 o 3 veces a la semana

Una vez a la semana

2 o 3 veces al mes

Una vez al mes o menos

**LL20. ¿Cuánto tiempo espera usted después de usa marijuana para dar pecho a su bebé o para extraerse la leche?** Marque UNA respuesta y escribe la cantidad de tiempo.

\_\_\_ Minutos

\_\_\_ Horas

\_\_\_ Días

**LL21. ¿Cuánto tiempo cree que una mujer debe esperar para dar pecho a su bebé después de usar marihuana?** Marque UNA respuesta

No creo que tiene que esperar

Creo que es mejor esperar hasta que se le quite el efecto de estar drogada

Creo que es mejor esperar 2-3 horas después de que se le quite el efecto de estar drogada

No creo que es seguro usar la marihuana si uno está dando pecho

Las siguientes preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que suele propagarse con mayor frecuencia a través de las picaduras de mosquitos, pero un hombre con el virus del Zika también puede transmitir la enfermedad por vía sexual.

**MM1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuánto le preocupaba la posibilidad de infectarse con el virus del Zika?** Marque UNA respuesta

Me preocupaba mucho

Me preocupaba un poco

No me preocupaba para nada

Nunca había oído hablar del virus del Zika durante mi embarazo más reciente → **Pase a la Pregunta 5**

**MM2. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca del virus del Zika?**

No

Sí, un profesional de salud me habló del tema sin que yo se lo pidiera

Sí, un profesional de salud me habló del tema pero sólo CUANDO le consulté al respecto

**MM3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba de sangre para detectar el virus del Zika?**

No

Sí

Las siguientes preguntas son acerca de sus viajes durante su embarazo *más reciente*.

**MM4. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se enteró de que existía la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?**

No

Sí

**MM5. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿vivió o viajó fuera de los 50 estados de los Estados Unidos?**

No → **Pase a la Pregunta 9**

Sí

**MM6. ¿En qué momento vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente* y por cuánto tiempo?** Podría serle útil ver el calendario. Si usted no se acuerda de la fecha exacta, por favor escriba solamente el mes y año. Si realizó más de 2 viajes, complete la información a continuación para los dos PRIMEROS viajes durante su embarazo más reciente.

**Viaje número 1**

Lugar (país o territorio): \_\_\_\_\_

Primer día de viaje: \_\_/\_\_/\_\_

Estadía (en cantidad de días): \_\_\_\_\_

**Viaje número 2**

Lugar (país o territorio): \_\_\_\_\_

Primer día de viaje: \_\_/\_\_/\_\_

Estadía (en cantidad de días): \_\_\_\_\_

**MM7. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó el clima era tropical?** Normalmente son lugares calientes y húmidos.

No → **Pase a la Pregunta 9**

Sí

**MM8. ¿Con qué frecuencia hacía cosas para tratar de evitar las picaduras de mosquitos mientras vivía o viajaba por los lugares especificados más arriba?** Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar las picaduras de mosquitos incluyen usar camisas de mangas largas y pantalones largos, usar repelente de mosquitos y permanecer en lugares con aire acondicionado o con screens en las puertas y ventanas.

Todos los días

Algunos días

Nunca

No habían mosquitos

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

**MM9. En algún momento 6 meses antes de su embarazo más reciente o durante su embarazo, ¿su esposo o cualquier pareja de sexo masculino vivió o viajó fuera de los 50 estados de Estados Unidos?**

No → **Pase a la Pregunta x**

Sí

**MM10. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó su esposo o cualquier pareja de sexo masculino el clima era tropical?** Normalmente son lugares calientes y húmidos.

No

Sí

No sé

**MM11. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o alguna pareja de sexo masculino?**

Cada vez → **Pase a la Pregunta x**

Algunas veces

Nunca

No tuve relaciones sexuales durante mi embarazo → **Pase a la Pregunta x**

**MM12. ¿Cuáles fueron sus razones para no usar condones durante su embarazo más reciente?** Marque TODAS las que correspondan

No creí que fuera necesario usar condones durante el embarazo  
No sabía que podía contraer el virus del Zika por vía sexual  
No pensaba que mi esposo o pareja de sexo masculino tenía el virus del Zika  
No me preocupaba contraer el virus del Zika  
No quería usar condones  
Mi esposo o pareja de sexo masculino no quería usar condones  
Otra → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**NN1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿con qué frecuencia consumió grandes cantidades de róbalo, atún, tiburón, caballa o verdel, o pez espada?**

3 o más veces por semana  
1 a 2 veces por semana  
1 a 3 veces por mes  
Menos de una vez al mes  
No consumí esos pescados durante mi embarazo → **Pase a la Pregunta X**

**NN2. ¿Dónde obtuvo las grandes cantidades de róbalo, atún, tiburón, caballa o pez espada que consumió durante su embarazo? Marque TODAS las opciones que correspondan**

En la tienda de comestibles o supermercado  
En un mercado de pescados y mariscos, una pescadería o un mercado agrícola  
En un restaurant  
Los pescó usted o alguien más del mar  
Los pescó usted o alguien más en un río, riachuelo, lago o estanque local  
Los pescó usted o alguien más de uno de los Grandes Lagos de los EE. UU.  
Otro → Por favor díganos:

**NN3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó o tuvo contacto con alguno de los siguientes productos todos los días o la mayoría de los días en su casa o durante su trabajo? En cada caso, marque **No**, si no lo usó todos los días, o **Sí**, si lo usó.**

Desengrasantes fuertes como limpiadores de hornos o desengrasantes potentes.  
Limpiador de muebles o betún de zapatos  
Productos blanqueadores o con cloro sin tener buena ventilación  
Ropa lavada en seco recientemente  
Ambientadores o desodorantes ambientales, incluidos los que se enchufan en los tomacorrientes, o incienso  
Perfume o desodorante con olor fuerte  
Pintaúñas con olor fuerte

**NN4. Durante su embarazo *más reciente*, en promedio, ¿con qué frecuencia consumió alimentos que calentó en recipientes plásticos en el microondas?**

Más de una vez al día  
Una vez al día  
2 a 6 veces por semana  
Una vez a la semana  
Menos de una vez por semana  
Nunca

**NN5. Durante alguna de sus visitas de control prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le hablaron sobre alguna de las cosas enumeradas abajo? Por favor cuente solo las conversaciones, no los materiales de lectura o videos. En cada caso, marque **No**, si nadie le habló de eso, o **Sí**, si alguien lo hizo.**

**No**

**Sí**

- a. Cómo puede afectar a mi bebé mi exposición al plomo.
- b. Cómo puede afectar a mi bebé el uso de pesticidas, que son sustancias químicas que matan insectos, roedores o malezas, durante el embarazo.
- c. Cómo pueda afectar a mi bebé el usar botellas para agua o de otro tipo hechas con plásticos de policarbonato (BPA, número de reciclaje 7) durante el embarazo.

**NN6. Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo responder las preguntas sobre las exposiciones ambientales?**

No

Sí

No preguntó mi profesional de salud ninguna pregunta sobre las exposiciones ambientales

No tuve ninguna preocupación sobre las exposiciones ambientales