

**SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO EN EL EMBARAZO (PRAMS, por sus siglas en inglés)  
PREGUNTAS TELEFÓNICAS ESTÁNDAR EN ESPAÑOL  
DE LA FASE 8**

**NOTA:** Si la madre no tenía planeado quedar embarazada, omita las preguntas A1-A5.

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

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

A1. ¿Tomaba 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 lea) 1 No → Pase a la Pregunta #  
 2 Sí  
 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta #  
 9 No sabe/No recuerda →Pase a la Pregunta #

A2. Voy a leer una lista de tratamientos que algunas personas utilizan para ayudarles a quedar embarazadas. Al decir cada uno, por favor dígame si fue un tratamiento que utilizó usted o su esposo o pareja **durante el mes que quedó embarazada** de su nuevo bebé. ¿Utilizó\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Durante el mes que quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿utilizó \_\_?)

Tratamiento	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor. Los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid®, Serophene®, Pergonal® u otros medicamentos que estimulan la ovulación.				
b. Inseminación artificial o inseminación intrauterina o tratamientos en los que el semen se colecta y se coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos.				
c. Tecnología de reproducción asistida o tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro o IVF, transferencia intrafalopiana de gametos o GIFT, transferencia intrafalopiana de cigotos o ZIFT, inyección de semen intracitoplásmica o ICSI, transferencia de embriones congelados, o transferencia de embriones de donante				
d. ¿Utilizó usted o su esposo o pareja algún otro tratamiento para la fertilidad <b>durante el mes que quedó embarazada</b> de su nuevo bebé?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué utilizó? <hr/> <hr/>					
(ENTREVISTADOR: Pase a la siguiente pregunta si contestó Sí a una de los tratamientos anteriores)					
f. ¿Diría usted que no utilizó ningún tratamiento para la fertilidad <i>durante el mes que quedó embarazada</i> de su nuevo bebé?  (ENTREVISTADOR: Si la madre contestó que no estaba usando tratamientos para la fertilidad, marque Sí)					

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 períodos de tiempo largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 De 0 to 5 meses
- 2 De 6 to 11 meses
- 3 De 1 to 2 años
- 4 De 3 to 4 años
- 5 De 5 to 6 años
- 6 Más de 6 años

(No lea) 8 Se rehusó  
 9 No sabe/no recuerda

A5. ¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad, completos o incompletos, recibió usted antes de quedar embarazada de su **nuevo** bebé? ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 1 ciclo
- 2 2 a 3 ciclos
- 3 4 a 6 ciclos
- 4 7 ó más ciclos

(No lea) 8 Se rehusó  
 9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

**NOTA:** Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta B1.  
 Si la madre dio pecho, omita la pregunta B1.  
**DESPUES DE B1, incluya la caja con la instrucción que dice, “Si la madre no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”**

B1. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres tienen para no dar pecho a sus bebés. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Fue ésta una razón por la que usted no le dio pecho a su nuevo bebé?)

Razón	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted estaba enferma o estaba tomando medicamentos				
b. Tenía otros niños que cuidar				
c. Tenía demasiadas tareas domésticas				
d. No le gustó dar pecho				
e. Trató pero era demasiado difícil				
f. No quería dar pecho				
g. Regresó al trabajo				
h. Regresó a la escuela				
i. ¿Tuvo otra razón por la que no le dio pecho a su nuevo bebé?				
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?				
_____				
_____				
_____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta B2.  
Si la madre no dio pecho o si continúa dando pecho, omita la pregunta B2.**

B2. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres tienen para dejar de dar pecho a sus bebés. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿Fue ésta una razón por la que dejó de dar pecho a su nuevo bebé?)**

Razón	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar				
b. La leche materna por sí sola no satisfacía a su bebé				
c. Pensó que su bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente				
d. Tenía usted los pezones adoloridos, agrietados o le sangraban, o era demasiado doloroso				
e. Pensó que no estaba produciendo suficiente leche o que se le había acabado la leche				
f. Tenía demasiadas tareas domésticas				
g. Consideró que era el momento oportuno para dejar de dar pecho				
h. Usted se enfermó o tuvo que dejar de dar pecho por razones médicas				
i. Regresó al trabajo				
j. Regresó a la escuela				
k. Su esposo o pareja no apoyaba que diera pecho				
l. Su bebé tenía bilirrubina o ictericia, es decir, color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos				
m. ¿Tuvo otra razón por la que dejó de darle pecho a su nuevo bebé?				
n. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón? _____				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta B3.  
Si el bebé no nació en un hospital, omita la pregunta B3.**

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

Eventos en el hospital	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿El personal del hospital le dio información sobre cómo dar pecho?				
b. ¿Su bebé se quedó con usted en su habitación en el hospital?				
c. ¿Le dio pecho a su bebé en el hospital?				
d. ¿Le ayudó el personal del hospital a aprender cómo dar pecho?				
e. ¿Le dio pecho a su bebé durante su primera hora de vida?				
f. ¿Su bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida?				
g. En el hospital, ¿su bebé se alimentó sólo con leche materna?				
h. ¿Le dijo el personal del hospital que le diera pecho al bebé cuando el bebé quisiera?				
i. En el hospital, ¿le dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerse la leche?				
j. En el hospital, ¿le dieron un paquete de regalo que contenía fórmula?				
k. En el hospital, ¿le dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho?				
l. ¿El personal del hospital dio un chupón a su bebé?				

B3. Voy a leer una lista de cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Al decir cada cosa, por favor dígame si sucedió o no.

**(PREGUNTE: ¿Sucedio esto en el hospital donde nació su nuevo bebé?)**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

B4. Durante su embarazo **más reciente**, ¿qué pensaba sobre darle pecho a su nuevo bebé? Voy a leer una lista de posibles respuestas. Por favor, dígame cuál describe mejor a usted.

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- 1 Sabía que quería dar pecho
- 2 Pensaba que posiblemente le daría pecho
- 3 Sabía que **no** le daría pecho
- 4 No sabía qué iba a hacer al respecto

- (No lea) 8 Se rehusó
- 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta B5-B6. Se puede usar B5 solamente.**

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

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta ##
- 2 Sí
- 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##
- 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

B6. Voy a leer una lista de personas que podrían haber sugerido que **no** le diera pecho a su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame si esta persona le sugirió que no le diera pecho.

(PREGUNTE: ¿\_\_\_\_\_ le sugirió que **no** le diera pecho a su nuevo bebé?)

Personas	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su madre, padre o suegros				
c. Otro miembro de la familia o pariente				
d. Sus amigos o amigas				
e. El doctor, enfermera u otro profesional de salud que atendió a su bebé				
f. Su doctor, enfermera u otro profesional de salud				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

g. ¿Otra persona le sugirió que <b>no</b> le diera pecho a su nuevo bebé?				
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona?				
_____				
_____				

**NOTA:** Hay que usar B12 junto con B7-B8. Si la madre no estaba recibiendo beneficios de WIC, omite la pregunta B7-B8.

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

B9. Voy a leer una lista de cosas que pudieron haber sucedido **antes** de que naciera su nuevo bebé. Al decir a cada cosa, por favor dígame si le sucedió eso o no.

(PREGUNTE: **Antes** de que naciera su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

Eventos antes del nacimiento del bebé	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿Alguien aclaró sus dudas sobre dar pecho?				
b. ¿Le ofrecieron una clase sobre dar pecho?				
c. ¿Asistió a una clase sobre dar pecho?				
d. ¿Decidió o planificó darle <i>únicamente</i> leche materna a su bebé?				
e. ¿Habló con su familia sobre darle <i>únicamente</i> leche materna a su bebé?				
f. ¿Habló con un proveedor de salud sobre darle <i>únicamente</i> leche materna a su bebé?				
g. ¿Decidió usted no darle pecho a su bebé?				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita las preguntas B10-B11. Si la madre no dio pecho, omita la pregunta B10.**

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 o 'fórmula', agua, jugo o leche de vaca?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses?)

- (No lea)
- 1 Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)
  - o
  - 2 Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
  - 5 Su bebé tenía menos de 1 semana de nacido
  - 6 Su bebé todavía no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna
  - 88 Se rehusó
  - 99 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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 o algún otro alimento?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses?)

- (No lea) 1 Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)  
 o  
 2 Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
- 5 Su bebé tenía menos de 1 semana de nacido  
 6 Su bebé todavía no ha comido ningún alimento  
 88 Se rehusó  
 99 No sabe/no recuerda

B12. Durante su embarazo **más reciente**, ¿recibía beneficios de WIC?

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿recibía beneficios de WIC, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños?)

- (No lea) 1 No  
 2 Sí  
 8 Se rehusó  
 9 No sabe/no recuerda

B13. Voy a leer una lista de algunos tipos de ayuda para amamantar que usted pudo haber recibido *después* de que nació su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame si usted la recibió después de que nació su nuevo bebé.

(PREGUNTE: Después de que nació su nuevo bebé, \_\_\_\_\_?)

Tipo de ayuda	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Alguien respondió a sus preguntas				
b. Recibió ayuda para poner al bebé en la posición correcta				
c. Recibió ayuda para saber si su bebé estaba tomando				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

suficiente leche				
d. Recibió ayuda para controlar dolor o sangrado en los pezones				
e. Recibió información sobre dónde conseguir una bomba o extractora de leche materna				
f. Recibió ayuda para usar la bomba o extractora de leche				
g. Recibió información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna				
h. ¿ Recibió algún otro tipo de ayuda para amamantar a su nuevo bebé?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué fue? _____				

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

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta ##  
 2 Sí  
 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

B15. ¿Su seguro médico pagó por una extractora de leche o bomba de lactancia para usar con su nuevo bebé? Voy a leer unas opciones. Por favor, dígame cuál aplica a usted.

- 1 No, su seguro no pagó  
 2 Sí, pero tuve que hacer un copago  
 3 Sí, sin copago  
 4 No tenía seguro médico  
 (No lea) 8 Se rehusó

7 No sabe/No recuerda

B16. Voy a leer una lista de lugares en donde se puede conseguir una extractora o bomba de lactancia. Al decir cada uno, por favor, dígame si aplica a la extractora o extractoras de leche que ha usado con su nuevo bebé.

**(PREGUNTE: ¿Dónde consiguió la extractora o las extractoras de lactancia que usa con su nuevo bebé?)**

Place	(Don't Read)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El hospital se la dio gratis				
b. La alquiló del hospital o del consultorio de un doctor				
c. La compró nueva del hospital o del consultorio de un doctor				
d. La compró nueva en una tienda o por Internet				
e. Se la regalaron nueva				
f. La compró usada o alguien se la dio usada				
g. La tenía desde que nació su bebé anterior				
h. La consiguió de algún otro lugar?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde? _____ _____				

**NOTA: Si el bebé no está vivo, no vive con la madre o todavía esta en el hospital, omite las preguntas C1-C3.**

C1. En este momento, ¿asiste usted a la escuela o trabaja fuera del hogar? Voy a leer 3 opciones. Por favor, dígame cuál le corresponde a usted.

- 1 No, usted no asiste a la escuela ni trabaja → **Pase a la Pregunta #**
- 2 Sí, usted actualmente va a la escuela o trabaja fuera del hogar
- 3 Sí, usted actualmente asiste a la escuela o trabaja de su hogar

- (No lea) 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta #**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta #**

**NOTA: Si C3 se usa con C2, ponga una instrucción con el opción 7 en C2.**

C2. Por favor dígame **cuál** de las siguientes personas cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo. ¿Es \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Quién cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo?)

- 1 Su esposo o pareja
- 2 Los abuelos de su bebé
- 3 Otro miembro de la familia o pariente cercano
- 4 Un(a) amigo(a) o vecino(a)
- 5 Una persona que se dedica a cuidar niños, una niñera u otro proveedor de servicios de cuidados de niños
- 6 El personal de una guardería
- 7 Su bebé está con usted cuando está en la escuela o en el trabajo → **Pase a la Pregunta #**
- 8 Otra persona  
SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién es la persona? \_\_\_\_\_

- (No lea) 88 Se rehusó  
99 No sabe/No recuerda

C3. Cuando usted no está con su nuevo bebé por causa de ir a la escuela o al trabajo, ¿con qué frecuencia siente que están cuidando bien de él o ella? ¿Usted siente que siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca están cuidando bien de su bebé?

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- (No lea) 1 Siempre  
2 Frecuentemente  
3 A veces  
4 Rara vez  
5 Nunca
- 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

C4. En algún momento durante su embarazo **más reciente**, ¿recibió dinero de un trabajo?

- (No lea) 1 No → **Pase a la Pregunta #**  
2 Sí  
8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta #**  
9 No sabe/no recuerda → **Pase a la Pregunta #**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

C5. Durante su embarazo **más reciente**, ¿cuántas horas trabajó por semana en su empleo **principal**? Voy a leer una lista de opciones. ¿Trabajó usted\_\_\_\_\_?

- 1 40 horas o más por semana
- 2 De 21 a 39 horas por semana
- 3 20 horas por semana o menos

(No Lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

C6. Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame **cuál** describe mejor su horario de trabajo durante el **último mes** de su embarazo más reciente. ¿Usted \_\_\_\_\_?

- 1 Trabajó hasta el momento del parto sin ningún cambio de horario
- 2 Trabajó menos horas
- 3 Se tomó un tiempo libre antes del nacimiento de su bebé
- 4 Dejó de trabajar por indicación de su médico
- 5 Renunció a su trabajo → Pase a la Pregunta #
- 6 Perdió su trabajo o la despidieron → Pase a la Pregunta #

(No Lea) 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta #  
9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta #

C7. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo **más reciente**? Voy a leer 3 opciones.

- 1 No, y no esta planeando regresar → Pase a la Pregunta #
- 2 No, pero va a regresar
- 3 Sí

(No Lea) 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta #  
9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta #

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

C8. Voy a leer una lista de opciones acerca del tiempo de licencia que se tomó **después** del nacimiento de su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame si le corresponde a usted o no.

**(PREGUNTE: ¿Qué tipo de licencia tomó después del nacimiento de su *nuevo* bebé?)**

Tipo de licencia	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Se tomó licencia <i>pagada</i>				
b. Se tomó licencia <i>no pagada</i>				
c. <i>State-specific options (Leave or disability programs)</i>				
d. ¿Diría usted que no tomó licencia de su trabajo después del nacimiento de su nuevo bebé?  <b>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tomó licencia, marque SÍ)</b>				

C9. ¿Qué le pareció la cantidad de tiempo de licencia que se pudo tomar **después** del nacimiento de su nuevo bebé? ¿Diría que \_\_\_\_\_?

- 1 Fue muy poco tiempo
- 2 Fue el tiempo suficiente
- 3 Fue demasiado tiempo

**(No Lea)**      8      Se rehusó  
                   9      No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

C10. Voy a leer una lista de cosas que pudieran haber influido en su decisión sobre tomar licencia **después** del nacimiento de su nuevo bebé? Al decir cada una, por favor dígame si corresponde a usted. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Alguna de las siguientes cosas afectó su decisión sobre tomar licencia?)

Razón para regresar al trabajo	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Económicamente no le fue posible tomar una licencia				
b. Tenía miedo de perder su trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo				
c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarse más licencia				
d. Su trabajo no tiene licencia pagada				
e. Su trabajo no ofrece horarios flexibles				
f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo				

C11. Voy a leer una lista de opciones acerca de la licencia que tomó el padre de su nuevo bebé de su trabajo después del nacimiento de su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame **cuál** corresponde al padre de su nuevo bebé.

(PREGUNTE: ¿Tomó el padre de su nuevo bebé licencia de su trabajo **después** del nacimiento de su nuevo bebé? )

- 1 Él no tomó licencia
- 2 Él tomó licencia *pagada* de su trabajo
- 3 Él tomó licencia *no pagada* de su trabajo
- 4 Él tomó licencia *pagada y no pagada* de su trabajo
- 5 El padre de su bebé no tenía trabajo

(No lea) 8 Se rehusó  
7 No sabe/no recuerda



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

**ENTREVISTADORA:** Escriba los comentarios de la entrevistada al pie de la letra.

1 Cargo: \_\_\_\_\_

2 Responsabilidades en el trabajo: \_\_\_\_\_

(No lea)            8        Se rehusó  
                       9        No sabe/no recuerda

C13. Pensando en su trabajo PRINCIPAL *durante su embarazo más reciente*, ¿para qué tipo de compañía trabajaba?

(PREGUNTE: ¿Qué hacía o producía la compañía?)

**ENTREVISTADORA:** Escriba los comentarios de la entrevistada al pie de la letra.

1        Tipo de compañía: \_\_\_\_\_

(No lea)            8        Se rehusó  
                       7        No sabe/no recuerda

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

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses en total?)

(No lea)            1        Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-120)

o

2        Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-24)

3        Menos de 1 semana

88      Se rehusó

99      No sabe/no recuerda

<b>NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita las preguntas D1-D2.</b>
---

D1. ¿Su nuevo bebé es niño o niña?

(No lea)    1        Niño  
                 2        Niña → Pase a la Pregunta #  
                 8        Se rehusó → Pase a la Pregunta #  
                 9        No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta #

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA:** Si la madre no estaba usando ningún método anticonceptivo cuando quedó embarazada, omita la preguntas E3.

**ANTES DE E3, incluya la caja con la instrucción que dice “Si la madre o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir el embarazo, pase a la Pregunta ##...”**

E3. Voy a leer una lista de métodos anticonceptivos que algunas personas usan para evitar el embarazo. Al decir cada uno, por favor dígame si usted lo estaba usando cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.

**(PREGUNTE:** Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?)

(No lea)

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Método	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Píldoras anticonceptivas				
b. Condones				
c. Inyecciones o Depo-Provera <sup>®</sup>				
d. Una implante anticonceptivo en el brazo incluyendo Nexplanon <sup>®</sup> o Implanon <sup>®</sup>				
e. Parche anticonceptivo o OrthoEvra <sup>®</sup> , o anillo vaginal o NuvaRing <sup>®</sup>				
f. IUD o dispositivo intrauterino, incluyendo Mirena <sup>®</sup> , ParaGard <sup>®</sup> , Liletta <sup>®</sup> o Skyla <sup>®</sup>				
g. Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo				
h. El hombre se retira				
i. ¿Estaba usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método para evitar el embarazo?				
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál método?				

E4. **Antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez del control de la natalidad de emergencia, conocida como 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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí → Pase a la Pregunta x
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x
  - 9 No sabe/no recuerda → 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 son ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí → Pase a la Pregunta x
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta x

E7. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres o sus esposos o parejas tienen para no hacer algo a fin de evitar el embarazo. Cuando diga cada una, por favor dígame si fue una razón para usted o su esposo o pareja cuando quedó embarazada de su nuevo bebé. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Una de las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo fue porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. A usted no le preocupaba si quedaba embarazada				
b. Usted pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento				
c. El método anticonceptivo que usted estaba usando le producía efectos secundarios				
d. Usted tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba				
e. Usted pensaba que usted o su esposo o pareja era estéril, que era imposible que quedara embarazada				
f. Su esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo				
g. Se le olvidó usar algún método anticonceptivo				
h. ¿Tenía alguna otra razón por la que no estaba haciendo algo para evitar quedar embarazada?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue esa razón?  _____				
_____				

**NOTA:** Si el bebé siempre duerme solita en su cuna (Core 38), omita la pregunta F4.

**DESPUES** de F4 incluye la instrucion, “Si el bebe 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)?  
¿Duerme \_\_\_\_\_?

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Con usted				
b. Con su esposo o pareja				
c. Con otra persona				
d. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Con quién? _____ _____ _____				

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

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta #  
2 Sí  
8 Se rehusó → Pase a la Pregunta #  
9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta #

**NOTA:** Si la madre nunca escucho o leyó sobre ácido fólico, omita la pregunta G2.

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

G2. ¿Alguna vez ha escuchado sobre el ácido fólico de alguna de las siguientes fuentes?

(PREGUNTE: ¿Ha escuchado sobre el ácido fólico \_\_\_\_\_?)

Fuente	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿En un artículo de periódico o en una revista?				
b. ¿En la radio o televisión?				
c. ¿De un doctor, enfermera u otro profesional de salud?				
d. ¿En un libro?				
e. ¿De familiares o amigos(as)?				
f. ¿Alguna vez ha escuchado sobre el ácido fólico de alguna otra fuente?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde lo ha escuchado?				

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

(PREGUNTE: Repita la lista según sea necesario.)

- 1 Para fortalecer los huesos
- 2 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la alta presión sanguínea

- (No lea)
- 7 No sabe/No recuerda
  - 8 Se rehusó

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

G4. Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres toman multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted. ¿Tomaría **usted** multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Esta razón le haría a **usted** tomar una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

Razones	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Si por lo general no comiera los alimentos adecuados				
b. Si previniera las enfermedades cardíacas				
c. Si fuera bueno para su salud en general				
d. Si algún día le ayudaría tener un bebé sano				
e. Si su familia o amigos le dijeran que es una buena idea tomarlo				
f. Si su doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijera que es una buena idea tomarlo				

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? Voy a leer una lista de opciones. Por favor elija la que le corresponda mejor.

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

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

- (No Lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

G6. Durante **el mes pasado**, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico? Voy a leer una lista de opciones. Por favor elija la que le corresponda mejor.

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No Lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

G7a. Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de **fruta** consumía en un día? Voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame cuál le corresponde mejor.

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

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

G7b. Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de **verduras** consumía en un día? Voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame cuál le corresponde mejor.

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

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Omite G8 si la madre no tomó vitaminas una vez o más de la semana (Core 3).**

G8. Voy a leer una lista de razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico antes de un embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón para usted durante **el mes antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé. ¿Fue porque \_\_\_\_\_ ?



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

**(PREGUNTE:** ¿Fue esa una razón por la que usted no tomó multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico durante *el mes antes* de embarazarse de su nuevo bebé?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No estaba planeando embarazarse				
b. No pensó que necesitara tomar vitaminas				
c. No quería tomar vitaminas				
d. Las vitaminas eran demasiado caras				
e. Las vitaminas le producía efectos secundarios, tal como náuseas o estar estreñida				
f. ¿Hubo alguna otra razón?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue esa razón? _____ _____				

**NOTA:** Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita las preguntas H1-H2.

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

- (No lea) 1 No  
 2 Sí  
 8 Se rehusó  
 9 No sabe/No recuerda

H2. Voy a leer una lista de diferentes tipos de seguros médicos. Al decir cada uno, por favor dígame si su nuevo bebé tiene ese tipo de seguro médico. ¿Tiene su nuevo bebé\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé?)

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés				
d. Medicaid				
e. State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)				
f. State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)				
g. State-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)				
h. State-specific (IHS o tribal)				
i. ¿Tiene su bebé otro tipo de seguro médico?				
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue? _____ _____				
<b>(ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta x, si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior)</b>				
h. ¿Diría usted que su bebé no tiene seguro médico?  <b>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ)</b>				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita las preguntas H3-H4.**

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí → **Pase a la Pregunta #**
  - 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta #**
  - 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta #**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

H4. Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres no inscriben sus nuevos bebés en el programa CHIP. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón para usted. ¿Fue porque\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Fue esa una razón por la que usted no inscribió a su nuevo bebé en el programa CHIP?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted no sabía que existía el programa				
b. Usted ya tenía seguro				
c. Usted no creyó que su bebé cumplía con los requisitos				
d. ¿Hubo otra razón por la que no inscribió a su nuevo bebé en el programa CHIP?				
e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue esa razón?				
_____				
_____				

**NOTA: Si el bebé no tenía seguro médico, omita las preguntas H5-H7.**

**ANTES DE H5, incluya la caja con la instrucción que dice “Si el bebé no tiene seguro médico, pase a la Pregunta ##...”**

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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?

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
→SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:  
Aproximadamente ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_ (Range: 1 to 5,000 dollars)  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA:** Si la madre indicó en I6 que se le hizo una prueba para detectar el VIH antes de su embarazo, omita la pregunta I2.  
Si la madre indicó en la pregunta I8 que se le hizo una prueba para detectar el VIH durante su embarazo o en el parto, omita la pregunta I3.

I3. ¿Cuándo se hizo la prueba para detectar el VIH **antes** de este embarazo? Voy a leer una lista de posibles respuestas. Por favor dígame cual le describe mejor.

(PREGUNTE: ¿Cuándo se hizo la prueba para detectar el VIH **antes** de este embarazo?)

- 1 Le hicieron la prueba menos de 6 meses antes de quedar embarazada  
2 De 6 meses a 1 año antes de quedar embarazada  
3 Más de un 1 año antes de quedara embarazada

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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 lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
7 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

19. Voy a leer una lista de razones por las que algunas personas no se hacen la prueba para detectar el VIH. Al decir cada una, por favor, dígame si fue una razón que usted no hizo la prueba para detectar el VIH **durante su embarazo o parto más reciente**. ¿Fue porque\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo más reciente o parto?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No le ofrecieron la prueba				
b. No quiso hacerse la prueba				
c. Usted ya sabía si tenía o no tenía el VIH				
d. No pensó que corriera ningún riesgo de tener el VIH				
e. No quería que la gente pensara que usted corría riesgo de tener el VIH				
f. Le temía al resultado				
g. Le hicieron la prueba <i>antes</i> de este embarazo y no pensaba que necesitaba hacérsela de nuevo				
h. ¿Hay alguna otra razón por la que no se hizo la prueba para detectar el VIH durante su embarazo más reciente o parto?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón? _____ _____				

J2. ¿A dónde fue para su chequeo posparto? Voy a leer una lista de lugares. Por favor, dígame a dónde fue usted. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 Al consultorio de su médico de familia
- 2 Al consultorio de su ginecólogo-obstetra
- 3 A una clínica de un hospital
- 4 A una clínica del departamento de salud
- 5 *State-specific*
- 6 *State-specific*
- 7 A algún otro lugar

SI RESPONDE "SÍ," PREGUNTE: ¿A dónde fue? \_\_\_\_\_

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

**NOTE: Skip J3 if mom had a postpartum checkup.**  
**If J3 is added, the skip arrow on Core 46 should be switched from “no” to “yes”; (J2 and) Core 47 will need an instructional skip.**  
**DESPUES DE J3, incluye: “Si la madre no tuvo un chequeo posparto, pase a la Pregunta X”**

J3. Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres no tienen un chequeo posparto. Al decir cada una, por favor, dígame si le impidio a usted tener su chequeo posparto. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta				
b. Se sentía bien y no pensó que necesitaba ir a la consulta				
c. No podía conseguir una cita cuando quería				
d. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico				
e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas				
f. No pudo conseguir que le dieran tiempo libre en el trabajo				
g. ¿Había otra razón?				
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué impidió que tuviera un chequeo posparto? _____				
_____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

J4. Nos gustaría saber cómo usted se sintió sobre el cuidado que recibió durante su chequeo posparto. ¿Estuvo satisfecha con\_\_\_\_\_?

Cuidado prenatal	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
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 le demostró				

**NOTE: Skip J5 if mom had a routine care visit.  
 If J5 is added, the skip arrow on Core 6 should be switched from “no” to “yes” and Core 7 will need an instructional skip.  
 DESPUES DE J5, incluye: “Si la madre no tuvo ninguna consulta de atención médica, pase a la Pregunta x.”**

J5. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres no tienen consultas médicas durante los **12 meses antes** de quedar embarazada. Al decir cada una, por favor dígame si correspondió a usted.

(**PREGUNTE:** ¿Por qué usted no tuvo ninguna consulta de cuidado médico en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé? ¿Fue porque\_\_\_\_\_)

Razón	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta				
b. Se sentía bien y no pensó que necesitaba ir a la consulta				
c. No podía conseguir una cita cuando quería				
d. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico				
e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas				
f. No pudo conseguir que le dieran tiempo libre en el trabajo				
g. ¿Había otra razón?				
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál razón? _____ _____ _____				



**NOTA: Si la madre no ha tenido un bebé vivo antes de éste, omita las preguntas K1.**

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

K3. Por favor, dígame cuál de las siguientes declaraciones describe como dio a luz a su nuevo bebé.

(PREGUNTE: ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?)

- 1 Parto vaginal → **Pase a la Pregunta #**
- 2 Parto por cesárea o c-section

- (No lea)
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta #**
  - 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta #**

**NOTA: Si la madre no recibió atención prenatal, omita la pregunta K4.**

K4. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor cómo le sugirió el doctor, enfermera u otro profesional de salud que le proporcionó cuidado prenatal que tuviera a su nuevo bebé.

(PREGUNTE: ¿Cómo le sugirió el doctor, enfermera u otro profesional de salud que le proporcionó cuidado prenatal que tuviera a su nuevo bebé?)

- 1 Le sugirieron que tuviera su bebé por la vagina o naturalmente
- 2 Le sugirieron que se hiciera una cesárea o c-section
- 3 No le sugirieron cómo dar a luz a su bebé

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 3 Su bebé no nació en un hospital
  
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si la madre no tuvo a su bebé por c-section, omita las preguntas K6-K7.**

K6. Por favor dígame, ¿cuál de las siguientes declaraciones describe **mejor** de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea o c-section?

- 1 Su proveedor de salud recomendó la cesárea **antes** de su parto
- 2 Su proveedor de salud recomendó la cesárea durante su parto
- 3 Usted pidió la cesárea
  
- (No lea)** 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

K7. Voy a leer una lista de razones por las que unos bebés nacen por cesárea o c-section. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea o c-section. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿Nació su *nuevo* bebé por c-section porque \_\_\_\_\_?)**

Razón	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted había tenido anteriormente un parto por cesárea o c-section				
b. Su bebé estaba en una posición mala, como cabeza arriba				
c. Se había pasado la fecha esperada del parto				
d. A su proveedor de salud le preocupaba que su bebé fuera demasiado grande				
e. El parto era peligroso para usted debido a un problema médico tal como condiciones cardíacas o incapacidad física				
f. Usted tuvo una complicación del embarazo tal como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, o parto prematuro				
g. Su proveedor de salud trató de inducir su parto, pero no funcionó				
h. El parto estaba tomando demasiado tiempo				
i. El monitor fetal demostró que había problemas con su bebé antes o durante el parto				
j. Usted deseaba programar el parto				
k. No quería dar a luz a su bebé en forma vaginal				
l. ¿Hubo alguna otra razón?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

m. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?

---



---

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

K9. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto hacer que el mismo comenzó mediante el suministro de medicamentos que provocan contracciones?

- (No lea)
- 1 No → Pase a la Pregunta ##
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##

K10. Voy a leer una lista de razones por las que un doctor, enfermera u otro profesional de salud le puede tratar de inducir el parto o hacer que comiencen sus contracciones mediante el suministro de medicamentos. Para cada una, por favor, dígame si esa fue una razón para usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le trató de inducir su parto porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Se rompió la fuente y había miedo de una infección				
b. Se había pasado la fecha esperada del parto				
c. A su proveedor le preocupaba el tamaño del bebé				
d. El bebé no estaba bien y necesitaba nacer				
e. Usted tuvo una complicación del embarazo tal como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia				
f. Usted deseaba programar su parto				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

g. Usted deseaba que la atendiera cierto proveedor en particular				
h. ¿Hubo otra razón?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón? _____ _____				

**NOTA: Si el bebé no nació en el hospital, omita las preguntas K11-K12.**

**DESPUES DE K11 y/o K12, incluya la caja con la instrucción que dice, "Si el 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 lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

**(PREGUNTE:** ¿En qué fecha dijo su doctor que nacería su bebé?)

**(No lea)**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ [RANGO: SURVEILLANCE YEAR +/- 1 YEAR]  
                   Mes      Día      Año

- 88/88/8888      Se rehusó
- 99/99/9999      No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

**(PREGUNTE:** ¿Cuándo entró al hospital para tener a su bebé?)

**(No lea)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_ [RANGO: SURVEILLANCE YEAR OR - 1 YEAR]  
Mes Día Año

76/76/7676 Usted no tuvo a su bebé en un hospital  
88/88/8888 Se rehusó  
99/99/9999 No sabe/no recuerda

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

**(PREGUNTE:** ¿Cuándo le dieron de alta del hospital después de que tuvo a su bebé?)

**(No lea)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_ [RANGO: SURVEILLANCE YEAR OR + 1 YEAR]  
Mes Día Año

76/76/7676 Usted no tuvo a su bebé en un hospital  
88/88/8888 Se rehusó  
99/99/9999 No sabe/no recuerda

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

**(No lea)** 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
7 No sabe/no recuerda

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

**(No lea)** 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

**(No lea)** 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No ☒ Pase a la Pregunta #  
2 Sí  
8 Se rehusó ☒ Pase a la Pregunta #  
9 No sabe/No recuerda ☒ Pase a la Pregunta #

**NOTA: Si la madre jamás ha tomado medicinas para controlar los ataques o la epilepsia, omite las preguntas L5-L7.**

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

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta ##  
2 Sí  
8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
9 No sabe/No recuerda ☒ Pase a la Pregunta #

L6. Por favor dígame cuál de los siguientes períodos de tiempo describe mejor cuando empezó a tomar la medicina.

(PREGUNTE: ¿Cuándo empezó usted a tomar la medicina?)

- 1 Empezó a tomar la medicina durante su embarazo  
2 Empezó a tomar la medicina durante el año antes de que quedara embarazada  
3 Empezó a tomar la medicina más de un año antes de que quedara embarazada

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)**
- 0 Ninguna
  - 1 1
  - 2 2
  - 3 3 ó más
  
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

L10. **Antes** de quedar embarazada, ¿diría usted que, en general, su salud era excelente, muy buena, buena, regular, o mala?

**(PREGUNTE:** En general, ¿como diría que era su salud antes de que quedara embarazada?)

- (No lea)**
- 1 Excelente
  - 2 Muy buena
  - 3 Buena
  - 4 Regular
  - 5 Mala
  
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

L11. ~~Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada uno, por favor dígame si tuvo esa condición durante los **3 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé. ¿Tuvo \_\_\_\_\_?~~

~~(PREGUNTE: Durante los **3 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted \_\_\_\_\_?)~~

Condición	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Asma				
b. Anemia o falta de hierro				
c. Problemas cardíacos				
d. Epilepsia o convulsiones				
e. Problemas de la glándula tiroides				
f. PCOS o síndrome del ovario poliquístico				
g. Ansiedad				

**NOTA:** Si el madre recibió la vacuna contra la influenza, omita la pregunta L14.

**ANTES DE L14,** incluya la caja con la instrucción que dice, "Si la madre recibió la vacuna contra la influenza, pase a la Pregunta ##"



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

L14. Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres no se ponen la vacuna contra la influenza. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón por la que usted **no** se puso la vacuna contra la influenza durante los **12 meses antes del nacimiento** de su nuevo bebé. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿No se puso la vacuna contra la influenza porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su doctor no le mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza				
b. Le preocupaban los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza tendría en usted				
c. Le preocupaba que la vacuna contra la influenza pudiera hacerle daño a su bebé				
d. No estaba preocupada de enfermarse de influenza				
e. No piensa que la vacuna contra la influenza funciona				
f. Normalmente no se pone la vacuna contra la influenza				
g. ¿Hubo alguna otra razón por la que no se puso la vacuna contra la influenza durante los <b>12 meses antes del nacimiento</b> de su nuevo bebé?				
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?				

L15. ¿Alguna vez se ha puesto la vacuna contra la influenza cuando **no** estaba embarazada?

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si la madre no ha tenido un chequeo posparto, omita la pregunta L16**

**NOTA:** Si nadie hablo con la madre acerca de cómo mejorar la salud antes de un embarazo, omite la pregunta L18.

L18. Voy a leer una lista de cosas sobre cómo prepararse para un embarazo de las que se podría hablar **antes** de su embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre eso **antes** de que quedara embarazada de su **nuevo** bebé. *Por favor sólo cuente las conversaciones* y no el material de lectura ni videos. ¿Alguien le habló sobre \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre \_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Poner al día sus vacunas antes del embarazo				
b. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo				
c. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que haya en su familia				
d. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad				
e. Saber si hay riesgos al tomar medicinas con receta o sin receta medica 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				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

L19. ¿Dónde se fue a vacunar contra la influenza? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame cuál corresponde a usted. ¿Se fue a vacunar en \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Me puede decir adónde fue para que le pusieran la vacuna contra la influenza? ¿Fue en \_\_\_\_\_?)

- 1 El consultorio de su obstetra o ginecólogo
- 2 El consultorio de su médico general o en otro consultorio médico
- 3 Una clínica del departamento de salud o un centro comunitaria
- 4 Un hospital
- 5 Una farmacia, o supermercado con farmacia
- 6 Su trabajo o escuela
- 7 Algún otro lugar:

SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue el lugar? \_\_\_\_\_

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe / No recuerda

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe / No recuerda

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

- (No lea)**
- 1 No → **Pase a la Pregunta ##**
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta ##**
  - 9 No sabe / No recuerda → **Pase a la Pregunta ##**

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe / No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe / No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 7 No sabe / No recuerda

L26. Voy a leer una lista de actividades. Para cada una, por favor dígame si la hizo usted en cualquier momento durante los **12 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé. ¿Usted \_\_\_\_\_?

(**PREGUNTE:** En cualquier momento durante los **12 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿usted \_\_\_\_\_?)

Actividad	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Estaba a dieta o cambiando sus hábitos alimenticios para bajar de peso				
b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana para mejorar su salud fuera de su trabajo normal				
c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos				
d. Fue a un profesional de salud y le chequearon para la diabetes				
g. Habló con un profesional de salud sobre su 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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)**
- 1 No → Pase a la Pregunta x
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta x

L29. ¿Qué tipo de problema de tiroides tiene usted? ¿Es \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Me puede decir qué tipo de problema de tiroides tiene \_\_\_\_\_?)

- 1 Hipotiroidismo o tiroides baja o que produce poca cantidad de hormona
- 2 Hipertiroidismo o tiroides alta o que produce demasiada hormona
- 3 Tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo
- 4 Otro problema → por favor, díganos \_\_\_\_\_

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 7 No sabe/no recuerda

L30. ¿Alguna vez ha tenido usted algunos de los siguientes problemas de la salud? Voy a leer una lista de condiciones. Cuando diga cada una, por favor, dígame si usted la ha tenido. ¿Ha tenido usted \_\_\_\_\_?

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Periodos menstruales irregulares				
b. Condición anormal de la piel como acné, piel grasosa, o caspa				
c. Aumento del vello corporal en su cara, pecho u otras partes de su 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 lea)**
- 1 No → Pase a la Pregunta x
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x
  - 7 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta x

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

L32. Voy a leer una lista de maneras en que su doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo saber que usted tenía PCOS o el síndrome del ovario poliquístico. Cuando diga cada una, por favor dígame si aplica a usted.

**(PREGUNTE:** ¿Cuáles de las siguientes cosas determinaron que tenía PCOS o síndrome del ovario poliquístico?)

Manera	(No lea)			
	No(1)	Sí(2)	Se rehusó (8)	Nosabe (9)
a. Ultrasonido de su abdomen o pelvis				
b. Examen de sangre incluyendo medida del nivel de hormonas				
c. Por sus periodos menstruales irregulares				
d. Por su condición de la piel o acné, piel grasosa, o caspa				
e. Por su vello corporal excesivo o aumento del vello corporal				
f. Por su peso				
h. ¿Alguna otra manera?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue?  _____				
_____				

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 lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No  Pase a la Pregunta ##
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó  Pase a la Pregunta ##
  - 9 No sabe/No recuerda  Pase a la Pregunta ##

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

M7. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor la forma en que se sentía durante su embarazo **más reciente**. ¿Fue \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- 1 Una de las épocas más felices de su vida
- 2 Una época feliz con ciertos problemas
- 3 Una época un poco difícil
- 4 Una época muy difícil
- 5 Una de las épocas más difíciles de su vida

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

M10. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

M11. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿ha recibido consejería para su depresión?

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

M12. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿con qué frecuencia ha sentido usted con pánico? ¿Diría que se sentía así siempre, a menudo, a veces, rara vez o nunca?

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | Siempre             |
| 2 | Frecuentemente      |
| 3 | A veces             |
| 4 | Rara vez            |
| 5 | Nunca               |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

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

- (No lea)
- |   |   |
|---|---|
| 1 | No → Pase a la Pregunta ##                  |
| 2 | Sí  |
| 8 | Se rehusó → Pase a la Pregunta ##           |
| 9 | No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ## |



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No → **Pase a la Pregunta ##**
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta ##**
  - 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta ##**

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

M19. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿ha tomado un medicamento recetado para su ansiedad?

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

M20. **Desde que nació su nuevo bebé,** ¿ha recibido consejería para su ansiedad?

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

M21. **Desde que nació su nuevo bebé,** ¿con qué frecuencia ha sentido usted inquieta o intranquila? ¿Diría que se sentía así siempre, a menudo, a veces, rara vez o nunca?

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | Siempre             |
| 2 | Frecuentemente      |
| 3 | A veces             |
| 4 | Rara vez            |
| 5 | Nunca               |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

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 lea)
- |   |                     |                        |
|---|---------------------|------------------------|
| 1 | No                  | ☐ Pase a la pregunta # |
| 2 | Sí                  |                        |
| 8 | Se rehusó           | ☐ Pase a la pregunta # |
| 9 | No sabe/No recuerda | ☐ Pase a la pregunta # |

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

- (No lea)
- |   |                           |                     |
|---|---------------------------|---------------------|
| 1 | Cantidad de semanas _____ | (Range: 1-40 weeks) |
|   | o                         |                     |
| 2 | Cantidad de meses _____   | (Range: 1-9 months) |
| 8 | 88                        | Se rehusó           |
| 9 | 99                        | No sabe/No recuerda |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

N3. ¿Qué tan seguido pudo seguir las instrucciones de su proveedor médico de que se quedara en cama? ¿Fue siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- (No lea) 1 Siempre  Pase a la pregunta #  
 2 Frecuentemente  Pase a la pregunta #  
 3 A veces  
 4 Rara vez  
 5 Nunca  
  
 8 Se rehusó  Pase a la pregunta #  
 9 No sabe/No recuerda  Pase a la pregunta #

N4. Voy a leer algunos tipos de apoyo que sirven para que algunas mujeres se puedan quedar en cama por el tiempo indicado. Al decir cada uno, por favor dígame si ese tipo de apoyo le hubiera ayudado.

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

Tipo de ayuda	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Ayuda con el cuidado de niños				
b. Ayuda con tareas domésticas				
c. Saber que no perdería su trabajo				
d. Dinero que compensara el hecho de no trabajar				
e. ¿Le hubiera servido algún otro tipo de apoyo para quedarse en la cama durante el tiempo recomendado?				
f. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál sería? _____ _____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

N5. Durante su embarazo **más reciente**, ¿su 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 lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 7 | No sabe/no recuerda |

**NOTA: ANTES de N6/N7: “Si la madre 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, ¿le dijo el doctor, enfermera u otro profesional de salud que hiciera una cita con un doctor diferente debido a su diabetes gestacional?

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

N7. Voy a leer una lista de cosas que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo haber hecho cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional durante su embarazo **más reciente**. Al decir cada una, dígame si le corresponde a usted. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** Durante su embarazo **más reciente**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud \_\_\_\_\_?)

Tema	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. La refirió a un especialista en nutrición				
b. Le habló sobre la importancia de hacer ejercicio				
c. Le habló sobre cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo				
d. Le sugirió que le diera pecho a su nuevo bebé				
e. Le habló sobre su riesgo de diabetes tipo 2				

**NOTA: Omita N8 si la madre no tuvo ninguno de los problemas durante este embarazo (Core 24).**

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

N8b. ¿Fue usted al hospital o sala de emergencia debido a cualquiera de los problemas que mencioné anteriormente?

- (No lea)**
- 1 No  **Pase a la Pregunta #**
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó  **Pase a la Pregunta #**
  - 9 No sabe/no recuerda  **Pase a la Pregunta #**

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

- (No lea)**
- 1 1 vez
  - 2 2 veces
  - 3 3 veces
  - 4 4 ó más veces
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

N9. Voy a leer una lista de problemas que las mujeres podrían tener durante el embarazo. Al decir cada uno, por favor dígame si se le presentó durante su embarazo **más reciente**.  
¿Tuvo \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Tuvo \_\_\_\_\_ durante su embarazo **más reciente**?)

Problema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Sangrado vaginal				
b. Infección de riñón o vejiga, o infección de las vías urinarias				
c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuvo que ir al doctor o al hospital				
d. ¿Le cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo? También se conoce como sutura cervical o cerclaje para insuficiencia cervical.				
e. Problemas con la placenta, como placenta abrupta o placenta previa				
f. Contracciones o dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto o parto prematuro				
g. ¿Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto o ruptura prematura de membranas pretérmino o PPRM en inglés?				
h. ¿Le hicieron una transfusión de sangre?				
i. ¿Se lastimó 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 lea)
- 1 No  Pase a la Pregunta #
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó  Pase a la Pregunta #
  - 9 No sabe/No recuerda  Pase a la Pregunta #

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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?

(PREGUNTE: ¿Cuándo tuvo que ir por **primera vez** al hospital y quedarse hasta el día siguiente desde que nació su nuevo bebé?)

(No lea) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Range: Surveillance year or surveillance year +1)  
 Mes      Día      Año

88/88/8888      Se rehusó  
 77/77/7777      No sabe/No recuerda

O3. Voy a leer una lista de problemas médicos por los que algunas mujeres tienen que hospitalizarse después de que nacen sus bebés. Al decir cada uno, por favor dígame si esa fue un problema para usted. ¿Fue usted al hospital porque tuvo \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de problema médico le hizo ir al hospital?)

Problema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Sangrado vaginal				
b. Fiebre o infección				
c. ¿Tuvo otro problema médico por el que tuvo que ir al hospital?				
d. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue ese problema? _____				

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

(No lea)      1      No → Pase a la Pregunta ##  
 2      Sí  
 8      Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
 9      No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##

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

(No lea)      1      No  
 2      Sí → Pase a la Pregunta ##  
 8      Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
 9      No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

P2. Por favor dígame **cuál** de las siguientes respuestas describe mejor la relación que usted tenía con el padre de su nuevo bebé cuando usted quedó embarazada. ¿El padre de su nuevo bebé era \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Cuando usted quedó embarazada, ¿qué relación tenía con el padre de su nuevo bebé?)

- 1 Era su esposo. Estaban casados legalmente.
  - 2 Era su pareja. No estaban casados legalmente.
  - 3 Era su novio
  - 4 Era un amigo
  - 5 Alguna otra persona
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué tipo de relación tenían? \_\_\_\_\_

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P3. Voy a leer una lista de personas que pudieran haber estado viviendo en la misma casa con usted cuando quedó embarazada de su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame si esa persona vivía con usted en ese entonces.

(PREGUNTE: ¿\_\_\_\_\_ vivía en la misma casa con usted cuando quedó embarazada de su nuevo bebé?)

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Niños menores de 12 meses de edad <input type="checkbox"/> SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE      ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
c. Niños de 1 a 5 años de edad <input type="checkbox"/> SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE      ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
d. Niños de 6 años de edad o más <input type="checkbox"/> SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE      ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
e. Su madre				
f. Su padre				
g. Los padres de su esposo o pareja				
h. Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto				
i. Otro miembro de la familia o pariente				
j. ¿Vivía alguien más con usted cuando quedó embarazada de su nuevo bebé?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién vivía con usted? _____ _____				
l. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Vivía sola?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P4. Voy a leer una lista de personas que podrían vivir en la misma casa con usted **actualmente**. Al decir cada una, por favor dígame si esa persona vive con usted en **este momento**.

(PREGUNTE: ¿\_\_\_\_\_ vive en la misma casa con usted **actualmente**?)

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Niños menores de 12 meses de edad <input type="checkbox"/> SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE      ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
c. Niños de 1 a 5 años de edad <input type="checkbox"/> SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE      ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
d. Niños de 6 años de edad o más <input type="checkbox"/> SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE      ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
e. Su madre				
f. Su padre				
g. Los padres de su esposo o pareja				
h. Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto				
i. Otro miembro de la familia o pariente				
j. ¿Vive alguien más con usted ahora?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién vive con usted? _____ _____				
l. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Vive sola?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

(No lea) \_\_\_\_\_ años de edad (Range: 10-65)

- 88 Se rehusó  
77 No sabe/No recuerda

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

(No lea) \_\_\_\_\_ años de edad (Range: 8 - 20)

- 88 Se rehusó  
99 No sabe/No recuerda

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

(No lea) \_\_\_\_\_ años de edad (Range: 10 - 55)

- 88 Se rehusó  
99 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No ☒ **Pase a la Pregunta #**  
2 Sí  
8 Se rehusó ☒ **Pase a la Pregunta #**  
9 No sabe/No recuerda ☒ **Pase a la Pregunta #**

P10. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor la forma en que su número telefónico aparece en el directorio telefónico más reciente.

- 1 Aparece bajo su apellido y dirección actual  
2 No aparece en el directorio  
3 Aparece bajo otro nombre o dirección

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P11. Por favor, dígame cuál de los siguientes cuartos tiene en la casa, apartamento, o trailer en donde usted vive. ¿Usted tiene un(a) \_\_\_\_?

Cuarto	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Sala?				
b. Comedor separado?				
c. Cocina?				
d. Baño(s)?				
e. Cuarto de juegos, cuarto de estar o cuarto de familia?				
f. Sótano habitable?				
g. ¿Tiene dormitorios? SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? ____ (Range: 1-10)				

P12. Nos gustaría saber cuántas personas viven en la casa, el apartamento o el tráiler donde usted vive. ***Cuéntese a usted misma.***

a. ¿Cuántos adultos de 18 años de edad o más viven en su casa, apartamento o tráiler?

**(No lea)** Cantidad de adultos: \_\_\_\_\_ (Range: 0-15)

88 Se rehusó  
99 No sabe/No se acuerda

b. ¿Cuántos bebés, niños o adolescentes de 17 años de edad o menos viven en su casa, apartamento o tráiler?

**(No lea)** Cantidad de niños: \_\_\_\_\_ (Range: 0-15)

88 Se rehusó  
99 No sabe/No se acuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P13a. Voy a leer una lista de servicios públicos. Al decir cada uno, por favor dígame si tiene este servicio en su casa, apartamento o trailer. ¿Tiene\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Repita la pregunta.)

Servicio	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Instalaciones de tubería completa, incluyendo agua caliente y fría, 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				

**NOTA: Si la madre no tiene instalaciones de tubería completa en su hogar, omita la pregunta P13b.**

**ANTES DE P13b, incluya la caja con la instrucción que dice, "Si la madre no tiene instalaciones de tubería completa en su hogar, pase a la Pregunta ##"**

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

- (No lea)
- 1 Tubería de la ciudad o el condado
  - 2 Pozo privado
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P15. Durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía? ¿Sentía que corría peligro siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

- (No lea)**
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Siempre  |
| 2 | Frecuentemente                                     |
| 3 | A veces  |
| 4 | Rara vez → <b>Pase a la Pregunta ##</b>            |
| 5 | Nunca → <b>Pase a la Pregunta ##</b>               |
| 8 | Se rehusó → <b>Pase a la Pregunta ##</b>           |
| 9 | No sabe/No recuerda → <b>Pase a la Pregunta ##</b> |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P16. Voy a leer una lista de cosas que podrían haber sucedido durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor, dígame si es algo que usted hizo porque creyó que era peligroso salir o regresar a la comunidad donde vivía. ¿Usted \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿usted \_\_\_\_\_ porque creyó que era peligroso salir o regresar a la comunidad donde vivía?)

Actividad	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Faltó a una cita con su doctor o a otras citas				
b. Limitó ir al supermercado o hacer otras compras				
c. Se quedó con otros familiares o amigos				

P17. Durante los **12 meses antes** de que naciera 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 lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P18. Voy a leer una lista de fuentes de ingresos. Al decir cada una, por favor dígame si el dinero que ha entrado a su casa durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé provino de esa fuente. ¿Usted o alguien que vive con usted recibió \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Alguien que vive con usted recibió \_\_\_\_\_?)

Fuentes de ingresos	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Dinero de familiares o amigos				
b. Dinero de un negocio, honorarios, dividendos o dinero por propiedades que tiene alquiladas				
c. Un sueldo o salario de un trabajo				
d. Cupones de alimentos o WIC, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños				
e. Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), welfare, asistencia social, asistencia pública, asistencia general o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)				
f. Beneficios por desempleo				
g. Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia				
h. Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, discapacidad, beneficios de veteranos o pensiones				
i. ¿Usted u otra persona que vive con usted recibió dinero de alguna otra fuente?				
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿De qué otra fuente o fuentes?				
_____				
_____				



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

P19. Voy a leer una lista de cosas que pudieron haber pasado durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted. Podría serle útil ver el calendario.

(PREGUNTE: Durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿Un pariente cercano suyo estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital?				
b. ¿Se separó o divorció de su esposo o pareja?				
c. ¿Se mudó a otra dirección?				
d. ¿No tenía en donde vivir o se quedó a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio?				
e. ¿Su esposo o pareja perdió su trabajo?				
f. ¿Perdió usted su trabajo aunque quería seguir trabajando?				
g. ¿Reducieron las horas o el salario de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja?				
h. ¿No vivía con su esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo?				
i. ¿Peleaba o discutía con su esposo o pareja más de lo normal?				
j. ¿Su esposo o pareja le dijo que no quería que usted estuviera embarazada?				
k. ¿Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas?				
l. ¿Su esposo o pareja o usted estuvo en la cárcel?				
m. ¿Alguien muy cercano a usted tuvo un problema con alcohol o drogas?				
n. ¿Murió alguien muy cercano a usted?				

Q1. Por favor, dígame cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los **3 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé.

- 1 Estaba tratando de quedar embarazada
- 2 Estaba tratando de evitar quedar embarazada pero no estaba tratando mucho
- 3 Estaba tratando mucho de evitar quedar embarazada

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Q2. Por favor, dígame cuál de las siguientes declaraciones describe mejor a su esposo o pareja durante los **3 meses antes** de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé. ¿Su esposo o pareja \_\_\_\_\_?

- 1 Quería que usted quedara embarazada
- 2 Por una parte, quería que usted quedara embarazada y por otra parte, no quería
- 3 Le daba igual si usted quedaba embarazada o no
- 4 Preferiría que usted no quedara embarazada
- 5 No quería de ninguna manera que usted quedara embarazada

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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? ¿Diría usted que su esposo o pareja \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: **Justo antes** de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía su esposo o pareja de que usted quedara embarazada?)

- 1 Hubiera querido que quedara embarazada más pronto
- 2 No quería que quedara embarazada en ese momento, sino después
- 3 Quería que quedara embarazada en ese momento
- 4 No quería que quedara embarazada ni en ese momento ni nunca
- 5 No sabe como se sentía
- 6 No tenía esposo ni pareja

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Q4. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada.

(PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo quería esperar?)

- 1 Usted quería esperar menos de 1 año
- 2 De 1 año a menos de 2 años
- 3 De 2 años a menos de 3 años
- 4 De 3 años a 5 años
- 5 Usted quería esperar más de 5 años

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Q5. Voy a leer una lista de emociones y preocupaciones que a veces tienen las mujeres sobre quedar embarazadas. Para cada una, por favor dígame si sintió esa emoción o preocupación cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé.

(PREGUNTE: Cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

Emoción	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿Le preocupaba no saber lo suficiente sobre cómo cuidar a un bebé?				
b. ¿Pensó que un nuevo bebé le impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir?				
c. ¿Le 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 sus amigas que estaba embarazada?				
f. ¿Le preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé?				
g. ¿No quería decirle a sus amigas que estaba embarazada?				
h. ¿Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé?				

Q6. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé. ¿Estaba \_\_\_\_\_?

- 1 Muy infeliz de estar embarazada
- 2 Infeliz de estar embarazada
- 3 No estaba segura
- 4 Feliz de estar embarazada
- 5 Muy feliz de estar embarazada

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Omita la pregunta Q7 si la madre no estaba tratando de quedar embarazada (Core 12).**

**DESPUES DE Q7, incluya la caja con la instrucción que dice, “Si la madre 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 períodos de tiempo largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales. ¿Estaba tratado por \_\_\_\_?

- 1 De 0 a 3 meses
- 2 De 4 a 6 meses
- 3 De 7 a 12 meses
- 4 De 13 a 24 meses
- 5 Más de 24 meses

- (No lea) 8 Se rehusó
- 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si la madre no recibió cuidado prenatal (Core 16), omita las preguntas R1-R18.**

R1. Nos gustaría saber cómo usted se sintió sobre el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo **más reciente**. Si usted fue a más de un lugar para recibir cuidado prenatal, responda lo que corresponda al lugar en el que recibió **la mayoría** de su cuidado. ¿Estuvo satisfecha con \_\_\_\_?

Cuidado prenatal	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
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				
d. La comprensión y el respeto que le demostró				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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 lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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 lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea) 1 No  
 2 Sí  
 8 Se rehusó  
 7 No sabe/No recuerda

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 lea) 1 No  
 2 Sí  
 8 Se rehusó  
 9 No sabe/No recuerda

R10. **Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de salud le habló sobre algunas de la siguientes cosa. *Por favor, sólo cuente las conversaciones* y no el material de lectura ni los videos. ¿Alguien le habló sobre \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre \_\_\_\_\_?)

Tema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
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				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 7 | No sabe/no recuerda |
| 8 | Se rehusó           |

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 lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

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 problema de salud?

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

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 lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

R15. Por favor dígame **cuál** de los siguientes lugares describe mejor el lugar a donde iba **la mayor parte del tiempo** para sus consultas de cuidado prenatal. No incluya las consultas relacionadas con WIC. ¿Iba a\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿A dónde iba *la mayor parte del tiempo*?)**

- 1 Un consultorio médico privado
- 2 Una clínica de un hospital
- 3 Una clínica del departamento de salud
- 4 *State-specific*
- 5 *State-specific*
- 6 Algún otro lugar

SI RESPONDE "SÍ," PREGUNTE: ¿A dónde? \_\_\_\_\_

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

R16. Durante su embarazo **más reciente**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre algunas de las siguientes cosas? *Por favor, sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. ¿Alguien le habló sobre \_\_\_\_\_?*

**(PREGUNTE:** Durante su embarazo **más reciente**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre \_\_\_\_\_?)

Tema	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Alimentación saludable durante el embarazo				
b. Ejercicio durante el embarazo				
c. Programas o recursos para ayudarle a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo				
d. Programas o recursos para ayudarle 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 dijo a las madre 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**?

**(PREGUNTE:** Más o menos, ¿cuánto peso?)

- (No lea)**
- 1 Entre \_\_\_\_libras y \_\_\_\_libras (Range: 0-125)
  - 2 Entre \_\_\_\_kilos y \_\_\_\_kilos (Range: 0-57)
  - 3 Exactamente \_\_\_\_ libras o \_\_\_\_kilos (Range: 0-125)
  - 7 777 No sabe/no recuerda
  - 8 888 Se rehusó

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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.

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o meses?)

- (No lea)
- 1 Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)  
o
  - 2 Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
  - 8 88 Se rehusó
  - 7 77 No sabe/no recuerda

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí → Pase a la Pregunta xx
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta xx
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta xx

**NOTA:** R20 se puede usar sola; R21 requiera R20.

**DESPUES DE R20 y/o R21, incluye instrucción: “Si la madre no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta XX”**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

R21. Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres no obtienen cuidado prenatal cuando quieren. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón que usted no obtuvo cuidado prenatal tan pronto como lo hubiera querido. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿La razón por la que no obtuvo cuidado prenatal cuando quería fue porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
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 su plan de salud no empezaría a atenderle tan pronto como usted quería				
e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas				
f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela				
g. No tenía su tarjeta de Medicaid				
h. No tenía quien cuidara a sus hijos				
i. No sabía que estaba embarazada				
j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada				
k. No quería recibir cuidado prenatal				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

R22. **Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre alguna de las siguientes cosas? *Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. ¿Alguien le habló sobre \_\_\_\_\_?*

**(PREGUNTE:** *Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre \_\_\_\_\_?)*

Tema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. La forma en que fumar durante el embarazo podría afectar a su bebé				
b. Darle pecho a su bebé				
c. La forma en que tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé				
d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo				
e. Las medicinas que son seguras para tomar durante su embarazo				
f. La forma en que usar drogas ilegales podría afectar a su bebé				
g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que haya en su familia				
h. Los signos y síntomas de un parto prematuro o parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada				
i. Qué hacer si se siente deprimida durante el embarazo o después de que nazca su 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 lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta S1.**

S1. Voy a leer una lista de declaraciones sobre la seguridad. Cuando diga cada una, por favor dígame si le corresponde a usted.

**(PREGUNTE:** Repita la pregunta según sea necesario)

Declaraciones sobre seguridad	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Siempre usó el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo más reciente				
b. En su casa hay un detector de humo que funciona				
c. En su casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego <b>cargadas</b>				
d. Ha recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació su nuevo bebé				

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta S3.**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

S3. Voy a leer una lista de declaraciones sobre asientos de seguridad de bebés para carros. Al decir cada una, por favor diga la palabra “**Cierto**” si está de acuerdo con la declaración o “**Falso**” si no está de acuerdo.

(PREGUNTE: ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo en que \_\_\_\_\_?)

Declaraciones sobre seguridad	(No lea)			
	Falso (5)	Cierto (4)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Los nuevos bebés deben ir sentados en asientos de seguridad viendo hacia atrás en el carro				
b. Los asientos de seguridad no deben colocarse frente a una 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? ¿Lo usó siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

- (No lea)
- 1 Siempre
  - 2 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 4 Rara vez
  - 5 Nunca
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

S5. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad cuando maneja o viaja en un carro? ¿Lo usa siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

- (No lea)
- 1 Siempre
  - 2 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 4 Rara vez
  - 5 Nunca
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta S6-S9**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

S6. Cuando su nuevo bebé viaja en carro o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja en un asiento de seguridad para bebés? ¿Lo usa siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

- (No lea) 1 Siempre  
2 Frecuentemente  
3 A veces  
4 Rara vez  
5 Nunca → Pase a la Pregunta ##  
  
8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

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 auto o camioneta?

- (No lea) 1 Asiento de adelante  
2 Asiento de atrás  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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 auto o camioneta?

- (No lea) 1 Viendo hacia adelante  
2 Viendo hacia atrás  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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 lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta S10-S12**

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

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta ##  
2 Sí  
8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

S11. Voy a leer una lista de maneras en las que pudiera haber obtenido asientos de seguridad para su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame si usted obtuvo su asiento de seguridad para bebés de esa manera.

(PREGUNTE: ¿Cómo obtuvo el asiento de seguridad para su nuevo bebé?)

Manera de obtener el asiento	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Compró el asiento <b>nuevo</b>				
b. Lo recibió nuevo como un regalo para este bebé				
c. Tenía un asiento de otro de sus hijos				
d. Compró el asiento <b>usado</b>				
e. Le pidió prestado el asiento a un(a) amigo(a) o miembro de la familia				
f. Pidió prestado o rentó el asiento de un programa de préstamos de asientos				
g. El hospital en donde nació su nuevo bebé le dio el asiento				
h. Un programa de la comunidad le dio el asiento				
i. ¿Obtuvo el asiento de seguridad para bebés de otra manera?				
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cómo obtuvo el asiento? _____ _____				



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

S12. Voy a leer una lista de maneras en las que se puede aprender a instalar y usar los asientos de seguridad para bebés. Al decir cada una, por favor dígame si usted aprendió a instalar y usar los asientos de seguridad para bebés de esa manera.

**(PREGUNTE: ¿Cómo aprendió a instalar y usar su asiento de seguridad para bebés?)**

Manera de aprender	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Leyó las instrucciones				
b. Un(a) amigo(a) o familiar le enseñó				
c. Un profesional de la salud o de seguridad le enseñó				
d. Aprendió sola				
e. Ya sabía instalarlo porque tiene otros niños				
f. ¿Aprendió a instalar y usar su asiento de seguridad para bebés de alguna otra manera?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cómo aprendió a instalar y usar su asiento?				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta S13.**

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí → Pase a la Pregunta ##
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##
  - 7 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

S15. Voy a leer una lista de cosas que pudiera haber pasado desde que se mudó a su casa o departamento. Para cada una, por favor dígame si le corresponde.

Tema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Hizo una prueba para detectar plomo en su vivienda				
b. Hizo cambios en su vivienda para quitar pintura u otros objetos que tuvieran algún contenido de plomo				
c. La vivienda fue remodelada antes de que usted se mudara ahí				

**NOTA:** Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita las preguntas T1-T3.

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

(No lea) 1 No → Pase a la Pregunta ##  
 2 Sí  
 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

S17. ¿Usted recibió información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado de alguna de las siguientes fuentes? ¿Recibió la información de \_\_\_\_?

Fuente	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Los fabricantes de los productos				
b. Un doctor, enfermera u otro profesional de salud				
c. Un periódico, radio, televisión o Internet				
d. Familiares o amigo(a)s				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

e.	Anuncios en las tiendas sobre retiro del mercado				
f.	¿Recibió usted información de cualquier otra fuente?				
g.	SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue esa fuente?  _____ _____ _____				

S18. ¿La casa o el apartamento en que vive ahora tiene detectores de monóxido de carbono?

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

S19. ¿Le han hecho pruebas a la casa o el apartamento en que vive ahora para detectar radón?

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

(No lea) Cantidad de veces \_\_\_\_\_ (Range: 1-25)

- 51 Ninguna → Pase a la pregunta ##  
52 Su bebé no se ha enfermado → Pase a la pregunta #  
53 Su bebé todavía esta en el hospital  
88 Se rehusó → Pase a la pregunta #  
99 No sabe/No recuerda → Pase a la pregunta #

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

T2. Voy a leer una lista de lugares a los que se puede ir cuando un bebé se enferma. Al decir cada uno, por favor dígame si usted ha llevado a su nuevo bebé a ese lugar cuando estaba enfermo y necesitaba atención médica. ¿Ha llevado a su nuevo bebé a \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿A dónde ha llevado a su nuevo bebé cuando ha estado enfermo y ha necesitado atención médica?)

Lugar	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Un consultorio médico privado				
b. Una sala de emergencia de un hospital				
c. Una clínica de un hospital				
d. Una clínica del departamento de salud				
e. <i>State-specific</i>				
f. <i>State-specific</i>				
g. ¿Ha llevado usted a su bebé a algún otro lugar cuando ha estado enfermo y necesitado atención médica?				
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿A qué lugar lo llevó?				

T3. Cuando su nuevo bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita las preguntas T4-T5.**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

T4. ¿Su nuevo bebé tuvo bilirrubina/ictericia? La bilirrubina/ictericia es cuando el bebé tiene color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos.

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta ##  
2 Sí  
8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) Cantidad de veces: \_\_\_\_\_ (Range: 1-25)  
51 Ninguna → Pase a la pregunta ##  
88 Se rehusó → Pase a la pregunta #  
77 No sabe/No recuerda → Pase a la pregunta #

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

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

- (No lea) Cantidad de visitas: \_\_\_\_\_ (Range: 1-25)  
51 Ninguna  
88 Se rehusó  
77 No sabe/No se acuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

T8. Voy a leer una lista de cosas que pueden impedir que los bebés tengan atención médica cuando están enfermos. Al decir cada una, por favor dígame si correspondió a usted.

**(PREGUNTE:** ¿Alguna de las siguientes cosas impidió que su bebé tuviera atención médica cuando estaba enfermo? ¿Fue porque \_\_\_\_\_?)

Razón	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No tenía seguro médico para pagar por la consulta				
b. No pudo conseguir una cita				
c. No tenía un doctor regular para su bebé				
d. No tenía como llevar a su bebé a la clínica o al consultorio del doctor				
e. No tenía a nadie que cuidara a sus otros hijos				
f. ¿Hubo otra razón?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?				
_____				
_____				
_____				

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

- (No lea)** 1 No  
 2 Sí  
 8 Se rehusó  
 9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea)** 1 No  
 2 Sí  
 8 Se rehusó  
 9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DRUG 2. Durante el **mes antes** de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si la tomó o usó durante el mes antes de quedar embarazada. Sus respuestas son completamente confidenciales. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante el **mes antes** de quedar embarazada, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_?)

Droga	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve®				
b. Analgésicos recetados como hidrocodona o Vicodin®, oxycodona o Percocet® o codeína				
c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante				
d. Marihuana o hachís				
e. Marihuana sintética, K2 o Spice				
f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone®				
g. Heroína, también se conoce como <i>smack, junk, Black Tar</i> , chiva, alquitrán o negro				
h. Metanfetaminas, también se conoce como <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , hielo				
i. Cocaína, también se conoce como <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> , nieve				
j. Tranquilizantes también se conoce como calmantes, <i>downers, ludes</i>				
k. Alucinógenos, como LSD o dietilamida del ácido lisérgico-d/ácido, PCP o fenciclidina/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> )				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DRUG 3. Durante su **embarazo más reciente**, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si la tomó o usó durante su embarazo más reciente. Sus respuestas son completamente confidenciales. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante su **embarazo más reciente**, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_?)

Droga	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehuso (8)	No sabe (9)
a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve®				
b. Analgésicos recetados como hidrocodona o Vicodin®, oxycodona o Percocet® o codeína				
c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante				
d. Marihuana o hachís				
e. Marihuana sintética, K2 o Spice				
f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone®				
g. Heroína, también se conoce como <i>smack, junk, Black Tar, chiva, alquitrán o negro</i>				
h. Metanfetaminas, también se conoce como <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , hielo				
i. Cocaína, también se conoce como <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> , nieve				
j. Tranquilizantes también se conoce como calmantes, <i>downers, ludes</i>				
k. Alucinógenos, como LSD o dietilamida del ácido lisérgico-d/ácido, PCP o fenciclidina/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: U5 no se usa si DRUG3 esta incluyido.**

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

**(No lea)**

- 1 No → **Pase a la Pregunta**
- 2 Si
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta**

U6. ¿Cómo describiría la forma en que consiguió los medicamentos recetados para aliviar el dolor que utilizó durante su embarazo más reciente? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si aplica a usted. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿Cómo consiguió los medicamentos recetados para aliviar el dolor durante su embarazo?)**

Manera		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	Usted tenía una receta actual				
b.	Usted tenía medicamentos que le sobraron de una receta vieja				
c.	Usted consiguió los medicamentos sin receta				

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

**(No lea)**

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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 lea)**

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 3 No usó ninguna droga (o solamente usó analgésicos que se venden sin receta médica) durante su embarazo
  - 4 No recibió cuidado prenatal
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

V1. Voy a leer una lista de servicios que algunas mujeres reciben cuando están embarazadas. Al decir cada uno, por favor dígame si usted recibió ese servicio durante su embarazo **más reciente**.

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿recibió usted \_\_\_\_\_?)

Servicios	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Clases sobre la crianza de los hijos				
b. Consejería para la depresión o la ansiedad				

**NOTA: ANTES DE V2/V3 incluye la instrucción; "Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta #."**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V2. Voy a leer una lista de servicios que algunas mujeres reciben después de haber tenido un bebé. Al decir cada uno, por favor dígame si usted ha recibido ese servicio **desde que nació su nuevo bebé**.

(PREGUNTE: **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿ha recibido usted \_\_\_\_\_)

Servicios	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Clases sobre la crianza de los hijos				
b. Consejería para la depresión o la ansiedad				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta V3.**

V3. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿ha usado usted servicios de WIC para usted o para su nuevo bebé? Por favor, dígame cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su situación.

(PREGUNTE: **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿ha usado usted los servicios de WIC (siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) para usted o para su nuevo bebé?)

- 1 No, usted no ha usado servicios de WIC para usted o para su nuevo bebé
- 2 Sí, sólo usted utiliza los servicios de WIC
- 3 Sí, tanto su nuevo bebé como usted utilizan los servicios de WIC
- 4 Sí, sólo su nuevo bebé utiliza los servicios de WIC

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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 lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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 lea) 1 No  
 2 Sí ☑ **Pase a la Pregunta #**  
 8 Se rehusó ☑ **Pase a la Pregunta #**  
 9 No sabe/No recuerda☑ **Pase a la Pregunta ##**

V6. Voy a leer una lista de razones que pueden hacer que una persona no solicite ayuda del gobierno. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón por la que usted no solicitó ayuda del gobierno.

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Pensó que no podía recibir ayuda porque en su hogar se ganaba demasiado dinero				
b. No sabía cómo solicitarla				
c. Era necesario hacer demasiado papeleo				
d. Pensaba que no podía recibir ayuda porque usted es de otro país				
e. ¿Tuvo cualquier otra razón por la que usted no solicitó ayuda del gobierno?				
f. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue esa razón?				
_____				

**NOTA: Si la madre no solicitó ayuda del gobierno, omita la pregunta V7.**

V7. Voy a leer una lista de cosas que pueden suceder cuando una persona solicita ayuda del gobierno. Al decir cada una, por favor dígame si le sucedió a usted.

Resultado	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿Recibió asistencia?				
b. ¿Le dijeron que ganaba demasiado dinero para recibir asistencia?				
c. ¿Le dijeron que no debía solicitar los beneficios ahora porque podría necesitarlos después?				
d. ¿Le dijeron que no podía recibir asistencia porque usted es de otro país?				

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí → Pase a la Pregunta #
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta #
  - 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V10. Voy a leer una lista de razones por las que algunas personas no reciben asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias necesitadas) u otro tipo de asistencia pública. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón para usted.

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No cumplió con los requisitos debido a lo que ganaba				
b. Ya había llegado al límite de su tiempo				
c. Tenía que cumplir los requisitos de trabajo o de otro tipo				
d. Tenía que regresar otro día para hacer la solicitud				
e. Anteriormente había perdido la TANF por otra razón, por ejemplo, razones administrativas o sanciones				
f. Usted no es ciudadana de los Estados Unidos				
g. ¿Hubo otra razón por la que no recibió welfare, TANF u otro tipo de asistencia pública?				
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue esa razón?				
_____				
_____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V11. Voy a leer una lista de servicios que algunas mujeres **necesitan** durante el embarazo. Para cada uno, por favor dígame si sintió que necesitó ese servicio durante su embarazo **más reciente**.

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿sintió que **necesitó** \_\_\_\_?)

Servicio	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Estampillas para alimentos o dinero para comprar comida				
b. WIC, siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños				
c. Orientación para problemas familiares y personales				
d. Ayuda para dejar de fumar				
e. Ayuda para reducir la violencia en su hogar				
f. ¿Hubo otro servicio que sintió que necesitó?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál otro servicio <b>necesitó</b> durante su embarazo más reciente? _____ _____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V12. Voy a leer una lista de servicios que algunas mujeres **reciben** durante el embarazo. Para cada uno, por favor dígame si **recibió** ese servicio durante su embarazo **más reciente**.

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿**recibió**\_\_\_\_\_?)

Servicio	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Estampillas para alimentos o dinero para comprar comida				
b. WIC, siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños				
c. Orientación para problemas familiares y personales				
d. Ayuda para dejar de fumar				
e. Ayuda para reducir la violencia en su hogar				
f. ¿Recibió algún otro servicio?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál otro servicio <b>recibió</b> durante su embarazo más reciente?				

V13. Por favor dígame cuál de las siguientes respuestas describe mejor quién era la trabajadora de salud que la visitó en su hogar durante su embarazo **más reciente**. ¿Era \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de trabajadora de salud vino a su hogar durante su embarazo **más reciente**?)

- 1 Una enfermera o una asistente de enfermería
- 2 Una maestra o educador de salud
- 3 Una dóula o partera
- 4 State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>)
- 5 Otra persona



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál era su especialidad o profesión?

\_\_\_\_\_

- (No lea)** 8 Se rehusó  
7 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- 1 Una vez
- 2 De 2 a 4 veces
- 3 5 veces o más

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

V15. Voy a leer una lista de cosas de las que se podría hablar la trabajadora de salud que vino a su hogar durante su embarazo **más reciente**. Para cada una, por favor dígame si le habló sobre eso. ¿Le habló la trabajadora de salud sobre \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿le habló la trabajadora de salud sobre \_\_\_\_\_?)

Tema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a su bebé				
b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé				
c. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en su 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 su bebé				
g. Su bienestar emocional				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V16. Por favor dígame cuál de las siguientes respuestas describe mejor la especialidad o profesión de la trabajadora de salud que vino a su hogar **desde que nació** su nuevo bebé. ¿Era \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de trabajadora de salud vino a su hogar **desde que nació** su nuevo bebé?)

- 1 Una enfermera o una asistente de enfermería
- 2 Una maestra o educador de salud
- 3 Una dónula o partera
- 4 State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>)
- 5 Otra persona

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál era su especialidad o profesión? \_\_\_\_\_

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 7 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- 1 Una vez
- 2 De 2 a 4 veces
- 3 5 veces o más

- (No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

V18. Voy a leer una lista de cosas de las que se podría hablar la trabajadora de salud que vino a su hogar **desde que nació su nuevo bebé**. Para cada una, por favor dígame si le habló sobre eso. ¿Le habló la trabajadora de salud sobre \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿le habló la trabajadora de salud sobre \_\_\_\_\_?)

Tema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Darle pecho a su 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 su 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 usted o su nuevo bebé				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V19. Nos gustaría saber cómo usted se sintió sobre el cuidado que recibió de la trabajadora que vino a su casa **desde que nació su nuevo bebe**. ¿Estuvo satisfecha con\_\_\_\_\_?

Cuidado prenatal	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba con usted				
b. El consejo que recibió sobre cómo cuidarse usted misma y a su bebé				
c. La comprensión y el respeto que le demostró				

V20. Nos gustaría saber cómo usted se sintió sobre el cuidado que recibió de la trabajadora que vino a su casa **durante su embarazo más reciente**. ¿Estuvo satisfecha con\_\_\_\_\_?

Cuidado prenatal	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba con usted				
b. El consejo que recibió sobre cómo cuidarse usted misma				
c. La comprensión y el respeto que le demostró				

V21. Durante su embarazo **más reciente**, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla 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 para un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

(No lea)      1      No  
                   2      Sí  
                   8      Se rehusó  
                   9      No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

V22. **Desde que nació su nuevo bebe**, ¿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, un profesional de salud, promotora, una trabajadora social u otro persona que trabaja para un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/no recuerda |

W1. Durante su embarazo **más reciente**, ¿quien le hubiera ayudado si usted 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? ¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado?

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?)

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su madre, padre o suegros				
c. Otro miembro de la familia o pariente				
d. Un(a) amigo(a)				
e. La comunidad religiosa				
f. ¿Le habría ayudado otra persona?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién es esa persona?				
_____				
_____				
h. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

W2. Voy a leer una lista de tipos de ayuda que las personas pueden necesitar. Al decir cada una, por favor dígame si usted hubiera recibido ese tipo de ayuda si la hubiera necesitado durante su embarazo **más reciente**. ¿Hubiera tenido usted a \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿hubiera tenido a \_\_\_\_\_ si lo hubiera necesitado?)

Tipo de ayuda	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Alguien que le prestara \$50				
b. Alguien que le ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarse en cama				
c. Alguien que la llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte				
d. Alguien con quien pudiera hablar sobre sus problemas				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

W3. **Desde de 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? ¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado?

(PREGUNTE: **Desde de que nació su nuevo bebé**, ¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?)

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su madre, padre o suegros				
c. Otro miembro de la familia o pariente				
d. Un(a) amigo(a)				
e. La comunidad religiosa				
f. ¿Le hubiera ayudado otra persona?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién le hubiera ayudado? _____ _____				
h. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema?				



**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta W4.**

W4. Voy a leer una lista de tipos de ayuda que las personas pueden necesitar. Al decir cada una, por favor dígame si usted tendría este tipo de ayuda si la necesitara **desde que nació su nuevo bebé**. ¿Usted tendría \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿tendría a \_\_\_\_\_?)

Tipo de ayuda	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Alguien que le prestara \$50				
b. Alguien que le ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarse en cama				
c. Alguien con quien pudiera hablar sobre sus problemas				
d. Alguien que cuidara a su bebé				
e. Alguien que le ayudara si usted estuviera cansada y sintiéndose frustrada con su nuevo bebé				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta X1-X2.**

X1. ¿Fue su nuevo bebé a chequeos de rutina tantas veces como usted quiso?

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí ☑ **Pase a la Pregunta #**
  - 8 Se rehusó ☑ **Pase a la Pregunta #**
  - 9 No sabe/No recuerda ☑ **Pase a la Pregunta #**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

X2. Voy a leer una lista de cosas que pueden impedir que los bebés reciban chequeos de rutina. Al decir cada una, por favor dígame si correspondió a usted o su nuevo bebé.

(PREGUNTE: ¿Su nuevo bebé no recibió un chequeo de rutina porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No tenía usted suficiente dinero o seguro médico para pagarlo				
b. No tenía usted cómo llevar a su bebé a la clínica o al consultorio médico				
c. No tenía usted a nadie que le cuidara a sus otros hijos				
d. No pudo conseguir una cita				
e. Su bebé estaba demasiado enfermo para recibir un chequeo de rutina				
f. ¿Hubo otra cosa que le impidió que su bebé recibiera un chequeo de rutina?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué otra cosa le impidió que su bebé recibiera un chequeo de rutina? _____				
_____				

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta X3.**

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 justo después de que nació.

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 3 Su bebé no ha recibido ninguna vacuna de rutina, pero todavía no cumple 3 meses de edad
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta X4.  
Si el bebé no ha tenido un chequeo regular, omita la pregunta X4.**

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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? ¿El mejor momento sería \_\_\_\_\_ ?

- 1 Durante las consultas prenatales  
2 En el hospital o centro de maternidad, después de que haya nacido su nuevo bebé  
3 Durante la primera consulta con el doctor de su nuevo bebé  
(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta X6.  
Si el bebé no tuvo atención médica durante la primera semana que salió del hospital, omita la pregunta X6.**

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

- 1 En casa  
2 En un consultorio médico, clínica u otro centro de atención médica  
(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si el bebé no está vivo o no vive con la madre, omita la pregunta X7-X8.  
Si el bebé no ha tenido un chequeo regular, omita la pregunta X7-X8.**

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

(No lea) NÚMERO DE VECES \_\_\_\_\_ (Range: 1-11)

- 88 Se rehusó  
99 No sabe/No se acuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

X8. Por favor, dígame **cuál** de los siguientes lugares describe mejor el lugar a donde **generalmente** lleva a su nuevo bebé para los chequeos de rutina. ¿Lo lleva a \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿A dónde lleva **generalmente** a su nuevo bebé para los chequeos de rutina?)

- 1 Un consultorio médico privado
- 2 Una clínica de un hospital
- 3 Una clínica del departamento de salud
- 4 *State-specific*
- 5 *State-specific*
- 6 Algún otro lugar

SI RESPONDE "SÍ," PREGUNTE: ¿A dónde lo lleva? \_\_\_\_\_

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No se acuerda

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 lea) 1 No →Pase a la Pregunta #  
2 Sí  
8 Se rehusó →Pase a la Pregunta #  
9 No sabe/no recuerda →Pase a la Pregunta #

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

(No lea) 1 No  
2 Sí  
3 Su bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces  
8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

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? ¿Diría que se sentía frustrada nunca, rara vez, a veces, frecuentemente o siempre?

(No lea) 1 Siempre  
2 Frecuentemente  
3 A veces  
4 Rara vez → Pase a la Pregunta ##  
5 Nunca → Pase a la Pregunta ##  
6 No ha tratado de conseguir servicios para su bebé → Pase a la Pregunta

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta ##**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta ##**

X12. Voy a leer una lista de razones por las que se pudo haber sentido frustrada cuando trató de conseguir servicios médicos para su nuevo bebé. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para su nuevo bebé porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Los servicios que su bebé necesitaba no estaban disponibles en su zona				
b. Habían listas de espera u otros problemas para conseguir citas				
c. Su seguro médico no cubre los servicios que su bebé necesitaba				
d. ¿Alguna otra cosa le hizo sentir frustrada cuando trató de conseguir servicios médicos para su nuevo bebé?				
e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?				

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

- (No lea)
- 1 No → **Pase a la Pregunta ##**
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta ##**
  - 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta ##**

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

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

Y5. Voy a leer una lista de problemas que algunas mujeres tienen con sus dientes o encías durante el embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si usted tuvo ese problema durante su embarazo **más reciente**.

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿usted \_\_\_\_\_?)

Problema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Tuvo una o más caries que necesitó rellenar				
b. Las encías le dolían, las tenía rojas o inflamadas				
c. Le dolía uno o más dientes				
d. Necesitó sacarse un diente				
e. Se lastimó su boca, dientes o encías				
f. ¿Tuvo usted algún otro problema con sus dientes o encías durante su embarazo <b>más reciente</b> ?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue el problema?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Y6. Voy a leerle una lista de cosas que se podrían hacerle difícil que fuera al dentista o clínica dental durante el embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si eso le hizo difícil a usted ir al dentista o clínica dental durante su embarazo **más reciente**.

(PREGUNTE: ¿Era difícil ir al dentista o clínica dental para el problema que tuvo durante su embarazo **más reciente** porque \_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. No pudo encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas				
b. No pudo encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid				
c. No pensó 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. Voy a leer una lista de otras cosas sobre el cuidado de sus dientes. Para cada una, por favor dígame si le correspondió a usted **durante** su embarazo **más reciente**. ¿ \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: **Durante su embarazo más reciente**, ¿ \_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted sabía que era importante cuidar sus dientes y encías durante su embarazo				
b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó con usted acerca de cómo cuidar sus dientes y encías				
c. Usted tenía seguro para pagar el cuidado dental durante su embarazo				
d. <u>Usted necesitó</u> consultar a un dentista por un <b>problema</b>				
e. <u>Usted fue</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b>				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Y8. ¿Recibió usted tratamiento de un dentista u otro doctor por el problema que tuvo durante su embarazo? Voy a leer unas opciones. Por favor, dígame cuál aplica a usted.

- 1 No
- 2 Sí, recibió tratamiento durante su embarazo
- 3 Si, recibió tratamiento después de su embarazo
- 4 Si, recibió tratamiento durante y después de su embarazo

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

Z1. Voy a leer una lista de cosas que les suceden a algunas mujeres durante el embarazo. Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted durante su embarazo **más reciente**.

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿\_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir temerosa de alguna manera				
b. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja				
c. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir				
d. Su esposo o pareja la forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería				



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Z2. Voy a leer una lista de cosas que les suceden a algunas mujeres después del nacimiento de su bebé. Para cada una, por favor dígame si le ha pasado a usted **desde que nació su nuevo bebé**.

(PREGUNTE: *Desde que nació su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?*)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir temerosa de alguna manera				
b. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja				
c. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir				
d. Su esposo o pareja la forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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 lea)**
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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, por favor dígame si le pasó a usted.

**(PREGUNTE: ¿Su esposo o pareja la amenazó, trató de controlar sus actividades contra su voluntad o la hizo sentir temerosa de alguna manera \_\_\_\_\_? )**

Periodo de tiempo	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Duante los 12 meses antes de quedar embaraza				
b. Durante su embarazo más reciente				
c. Desde que nació su nuevo bebé				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Z13. Voy a leer una lista de personas. Para cada una, por favor dígame si esta persona la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma **desde que nació su nuevo bebé**.

**(PREGUNTE: Desde que nació su nuevo bebé, ¿algunas de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su ex exposo o ex pareja				
c. State option (Otro miembro de la familia)				
d. State option (Otra persona)				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Z14. Voy a leer una lista de cosas que les suceden a algunas mujeres después del nacimiento de su bebé. Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted **durante los 12 meses antes de quedar embarazada** de su nuevo bebé.

(PREGUNTE: Durante los **12 meses antes** de quedar embarazada, ¿\_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir temerosa de alguna manera				
b. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja				
c. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir				
d. Su esposo o pareja la forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería				

**NOTA:** Si la madre no fumo durante los 3 meses antes de que quedara embarazada, omita la pregunta AA1, AA2, AA3.  
**ANTES DE AA1, AA2, AA3 incluye** “Si la madre no fumó 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 lea) 1 No  
2 Sí  
3 No recibió cuidado prenatal  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

AA2. Voy a leer una lista de cosas sobre el dejar de fumar. Para cada una, dígame si le correspondió a usted durante su embarazo **más reciente**. ¿Usted \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante su embarazo **más reciente**, ¿usted \_\_\_\_\_?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Fijó una fecha específica para dejar de fumar				
b. Usó folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarle a dejar de fumar				
c. Llamó a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fue a un sitio de Internet				
d. Asistió a una clase o programa para dejar de fumar				
e. Fue a sesiones de consejería para ayudarle a dejar de fumar				
f. Usó el parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, “spray” para la nariz o un inhalador				
g. Tomó una pastilla como Zyban®, también se conoce como Wellbutrin® o bupropion para dejar de fumar				
h. Tomó una pastilla como Chantix®, también se conoce como varenicline para dejar de fumar				
i. Trató de dejar de fumar por su cuenta, por ejemplo total y repentinamente				
j. ¿Hizo alguna otra cosa para dejar de fumar?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué hizo?				

**NOTA: Si la madre no recibió atención prenatal, omite la pregunta AA3.**

AA3. Voy a leer 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, dígame si le correspondió a usted. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud \_\_\_\_\_?)**

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Dedicó tiempo para hablar con usted sobre cómo dejar de fumar				
b. Le sugirió que fijara una fecha específica para dejar de fumar				
c. Le sugirió que asistiera a una clase o programa para dejar de fumar				
d. Le dio folletos, videos u otros materiales para ayudarle a dejar de fumar por sí sola				
e. La refirió a una orientación para que le ayudaran a dejar de fumar				
f. Le preguntó si un familiar o amigo(a) apoyaría su decisión de dejar de fumar				
g. La refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal				
h. Le recomendó que usara el chicle de nicotina				
i. Le recomendó que usara el parche de nicotina				
j. Le recetó "spray" para la nariz o un inhalador de nicotina				
k. Le recetó una pastilla como Zyban®, también se conoce como Wellbutrin® o bupropion para ayudarle a dejar de fumar				
l. Le recetó una pastilla como Chantix®, también se conoce como varenicline para ayudarle a dejar de fumar				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

AA5. Por favor, dígame cuál de las siguientes declaraciones describe las reglas sobre fumar **dentro** de su casa durante su embarazo **más reciente**, incluso si nadie que vivía en su casa fumaba.

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

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA:** Si la madre no fumó durante los últimos 3 meses de su embarazo, omita la pregunta AA6.  
**ANTES DE AA6 incluye “Si la madre no fumó durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”**

AA6. ¿Dejó de fumar durante el tiempo antes o durante su embarazo **más reciente**? Por favor, dígame cual de las siguientes declaraciones describe mejor su situación.

- 1 No, usted no dejó de fumar
- 2 No, pero fumaba menos
- 3 Sí, dejó de fumar antes de enterarse que estaba embarazada
- 4 Sí, dejó de fumar cuando se enteró que estaba embarazada
- 5 Sí, dejó de fumar ya entrado su embarazo

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

AA7. Por favor dígame 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.

- 1 A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de su casa
- 2 Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- 3 Se permite fumar en cualquier parte de su casa

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

(No lea) \_\_\_\_\_ número de fumadores (Range: 0 - 20)

88 Se rehusó  
99 No sabe/No recuerda



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

(No lea) \_\_\_\_ número de fumadores (Range: 0 - 20)

- 88 Se rehusó
- 99 No sabe/No recuerda

**NOTA:** Si la madre fumo durante los últimos 3 meses de su embarazo, omita la pregunta AA10.  
**ANTES DE AA10 incluye “Si la madre no fumó en ningún momento durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta...”**

AA10. Voy a leer una lista de cosas que pueden hacerles difícil a unas personas dejar de fumar. Al decir cada una, por favor dígame si le corresponde a usted.

(PREGUNTE: ¿ \_\_\_\_\_ le hace difícil a usted dejar de fumar?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El costo de las medicinas o productos para ayudarle a dejar de fumar				
b. El costo de las clases para ayudarle a dejar de fumar				
c. Miedo de aumentar de peso				
d. Pérdida de la manera en que controla el estrés				
e. Otras personas fumando a su alrededor				
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. ¿Hay alguna otra cosa que se le hace difícil dejar de fumar?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es esa cosa?  _____				
_____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

AA12. Durante su embarazo **más reciente**, ¿su seguro médico pagó los costos de medicamentos u otros servicios para ayudarla a dejar de fumar? Voy a leer unas opciones. Por favor, dígame cuál aplica a usted.

- 1 No, su seguro médico no pago
- 2 Sí, pero tuvo que hacer un copago
- 3 Sí, sin copago
- 4 Usted no estaba tratando de dejar de fumar
- 5 No tenía seguro médico
  
- (No lea) 8 Se rehusó
- 7 No sabe / No recuerda

AA13. En los **3 meses antes** de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente fumó usted hookah? ¿Lo fumaba \_\_\_\_\_?

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes
- 6 No lo fumaba en ese entonces
  
- (No lea) 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes
- 6 No lo fumaba en ese entonces
  
- (No lea) 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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 lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | No                  |
| 2 | Sí                  |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

BB3. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿con qué frecuencia ha estado preocupada o estresada sobre tener suficiente dinero para pagar sus cuentas? ¿Diría que es siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | Siempre             |
| 2 | Frecuentemente      |
| 3 | A veces             |
| 4 | Rara vez            |
| 5 | Nunca               |
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

CC1. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor con qué frecuencia participó en actividades físicas, o hizo ejercicio durante 30 minutos o más durante los **3 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé. Actividades físicas pueden ser caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar o hacer jardinería.

- 1 Participó en actividades físicas menos de 1 día a la semana
- 2 De 1 a 2 días a la semana
- 3 De 3 a 4 días a la semana
- 4 5 ó más días a la semana
- 5 Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que no hiciera ejercicio

- (No lea)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 8 | Se rehusó           |
| 9 | No sabe/No recuerda |

**NOTA:** Si el estado no escoge CC1 o CC2, una lista de ejemplos tendrán que añadirse para CC2.

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

CC2. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más durante los **últimos 3 meses** de su embarazo más reciente.

- 1 Participó en actividades físicas menos de 1 día a la semana
- 2 De 1 a 2 días a la semana
- 3 De 3 a 4 días a la semana
- 4 5 ó más días a la semana
- 5 Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que no hiciera ejercicio

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Si la madre tenía Medicaid antes de que quedara embarazada, omita la pregunta DD1-DD3.**

**ANTES DE DD1-DD3, incluye “Si la madre tenía Medicaid antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta ...”**

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

- (No lea)
- 1 No → Pase a la Pregunta ##
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##
  - 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##

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

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

DD3. Por favor, dígame *cuál* de las siguientes declaraciones describe mejor cuándo comenzó a recibir beneficios de Medicaid durante su embarazo *más reciente*.

(PREGUNTE 1: ¿Cuándo comenzó a recibir beneficios de Medicaid durante su embarazo más reciente?)

(PREGUNTE 2: ¿Comenzaron sus beneficios durante los meses 1-3, meses 4-6, meses 7-9 de su embarazo o no obtuvo Medicaid durante su embarazo?)

- 1 Comenzaron los beneficios de Medicaid durante los primeros 3 meses de su embarazo
- 2 Durante los segundos 3 meses de su embarazo
- 3 Durante los últimos 3 meses de su embarazo
- 4 No obtuvo Medicaid durante su embarazo

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**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 la madre no tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta....”**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DD4. ¿Usted u otra persona realizaron 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 lea) 1 No  
2 Sí

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Aproximadamente, ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_

- 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Omita 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.”**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DD7. Voy a leer una lista de razones por **no** tener seguro médico en el **mes antes** de quedar embarazada. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón para usted.  
¿Diría usted que no tenía seguro médico en el **mes antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón por la que **no** tenía seguro médico en el **mes antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El seguro médico era demasiado caro				
b. No pudo conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo o pareja				
c. Solicitó el seguro médico, pero no lo había recibido todavía				
e. Tuvo problemas con la solicitud o el sitio de Internet				
f. Su ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid				
g. Su ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
h. No sabía cómo obtener seguro médico				
i. <i>State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)</i>				
j. ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico en el <i>mes antes</i> de quedar embarazada de su nuevo bebé?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?  _____  _____				

**NOTA: Omita 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.”**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Aproximadamente, ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_

- 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DD11. Voy a leer una lista de razones por **no** tener seguro médico para pagar por su **cuidado prenatal**. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón para usted. ¿Diría usted que no tenía seguro médico para pagar por su **cuidado prenatal** porque\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón por la que **no** tenía seguro médico para pagar por su **cuidado prenatal**?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El seguro médico era demasiado caro				
b. No pudo conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo o pareja				
c. Solicitó el seguro médico, pero no lo había recibido todavía				
e. Tuvo problemas con la solicitud o el sitio de Internet				
f. Su ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid				
g. Su ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
h. No sabía cómo obtener seguro médico				
i. <i>State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)</i>				
j. ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico en el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?  _____  _____				

DD12. Voy a leer una lista de diferentes tipos de seguros médicos. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tenía este tipo de seguro médico para pagar por su **parto**. ¿Tenía usted \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted para pagar por su parto?)**

Seguro médico	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				
c. Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
d. Medicaid				
e. State-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)				
f. State-specific (IHS o tribal)				
g. State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés o health reform)				
h. State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)				
i. ¿Tiene usted otro tipo de seguro médico ahora?				
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es? _____ _____				
(ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta x, si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior)				
l. ¿Diría usted que no tiene seguro médico para pagar su parto?  (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ.)				

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

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DD13. ¿Usted u otra persona realizaron 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 lea) 1 No  
2 Sí

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Aproximadamente, ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_

- 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Omita DD16 si la madre tenía seguro médico para su parto (DD12).**

**ANTES de DD16, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si la madre no tenía seguro médico para pagar su parto, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y”**

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

DD16. Voy a leer una lista de razones por **no** tener seguro médico para pagar por su **parto**. Al decir cada una, por favor dígame si esa fue una razón para usted. ¿Diría usted que no tenía seguro medico para su **parto** porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón por la que **no** tenía seguro médico para pagar por su **parto**?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El seguro médico era demasiado caro				
b. No pudo conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo o pareja				
c. Solicitó el seguro médico, pero no lo había recibido todavía				
e. Tuvo problemas con la solicitud o el sitio de Internet				
f. Su ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid				
g. Su ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
h. No sabía cómo obtener seguro médico				
i. <i>State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)</i>				
j. ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico para pagar por su <b>parto</b> ?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?  <hr/> <hr/>				

**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 la madre 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 lea) 1 No  
2 Sí

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: Aproximadamente, ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_

- 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

- (No lea) 1 No  
2 Sí  
8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

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

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

DD20. Voy a leer una lista de razones por **no** tener seguro médico **ahora**. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted. ¿Diría usted que no tiene seguro medico **ahora** porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Cuál es la razón por la que usted **no** tiene seguro médico **ahora**?)

(No lea)

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Razón	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. El seguro médico es demasiado caro				
b. No puede conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo o pareja				
c. Solicitó el seguro médico, pero no lo había recibido todavía				
e. Tuvo problemas con la solicitud o el sitio de Internet				
f. Su ingreso es demasiado alto para calificar por Medicaid				
g. Su ingreso es demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
h. No sabe cómo obtener seguro médico				
i. <i>State-specific (No tiene la ciudadanía estadounidense o no tiene los documentos de residencia adecuados)</i>				
j. ¿Hubo alguna otra razón por la que no tiene seguro médico ahora?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es la razón?  _____  _____				

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

- (No lea)
- 1 No
  - 1 Sí
  - 2 No ha tenido seguro médico
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

DD22. En los **12 meses antes** de quedar embarazada, ¿con que frecuencia se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica? ¿Diría que se sentía frustrada nunca, rara vez, a veces, frecuentemente o siempre?

- (No lea)
- 1 Nunca → Pase a la Pregunta ##
  - 2 Rara vez → Pase a la Pregunta ##
  - 3 A veces
  - 4 Frecuentemente

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- 5 Siempre
- 6 No trató de conseguir servicios de atención médica en ese entonces
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta ##**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta ##**

DD23. Voy a leer una lista de razones por las que se pudo haber sentido frustrada cuando trató de conseguir servicios médicos. Al decir cada una, por favor dígame si aplica a usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica porque \_\_\_\_\_?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Los servicios que necesitaba no estaban disponibles en su zona				
b. Habían listas de espera u otros problemas para conseguir citas				
c. Su seguro médico no cubre los servicios que necesitaba				
d. ¿Hubo alguna otra razón por la que se sintió frustrada cuando trató de conseguir servicios médicos para su nuevo bebé?				
e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

EE3. Voy a leer una lista de infecciones. Al decir cada una, por favor dígame si le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía esa infección durante su embarazo **más reciente**. ¿Le dijeron que tenía \_\_\_\_\_?

(**PREGUNTE:** Durante su embarazo **más reciente**, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía \_\_\_\_\_?)

Infección	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Verrugas genitales o VPH				
b. Herpes				
c. Clamidia				
d. Gonorrea				
e. Enfermedad inflamatoria pélvica				
f. Sífilis				
g. Estreptococos grupo B o beta estrep				
h. Vaginosis bacteriana				
i. Tricomoniasis				
j. Infección vaginal causada por hongos				
k. Infección de las vías urinarias				
l. ¿Le dijeron que tenía alguna otra infección?				
m. SI CONTESTA QUE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué infectección? _____ _____				

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

- (No lea)
- 1 No → Pase a la Pregunta ##
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##
  - 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta ##



**ENTREVISTADORA: Si la madre tuvo más de un aborto espontáneo, muerte fetal, o bebé que nació muerto en los 12 meses antes del embarazo más reciente, pregunte la(s) próxima(s) pregunta(s) para el más reciente**

FF2. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor cuanto duró ese embarazo.

**(PREGUNTE: ¿Cuánto duró ese embarazo?)**

- 1 El embarazo duró menos de 20 semanas o menos de 4 meses
- 2 De 20 a 28 semanas o de 4 a 6 meses
- 3 Más de 28 semanas o más de 6 meses

**(No lea)** 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

FF3. Por favor, dígame **cuál** de las siguientes declaraciones describe mejor hace cuánto tiempo **terminó** ese embarazo.

**(PREGUNTE: ¿Hace cuándo terminó ese embarazo?)**

- 1 El embarazo terminó menos de 6 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé
- 2 El embarazo terminó de 6 a 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé

**(No lea)** 8 Se rehusó  
9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Omita 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? ¿Es \_\_\_\_\_?

- 1 De 0 a 12 meses de edad
  - 2 De 13 a 18 meses
  - 3 De 19 a 24 meses
  - 4 Más de 2 años pero menos de 3 años de edad
  - 5 De 3 a 5 años de edad
  - 6 Más de 5 años de edad

**(No lea)** 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)      1      No → **Pase a la Pregunta x**  
                  2      Sí  
                  8      Se rehusó → **Pase a la Pregunta x**  
                  9      No sabe/no recuerda → **Pase a la Pregunta x**

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

- (No lea)      1      No  
                  2      Sí  
                  8      Se rehusó  
                  9      No sabe/no recuerda

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

- (No lea)      1      No  
                  2      Sí  
                  8      Se rehusó  
                  9      No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

GG1. ¿Alguien en su familia tiene anemia falciforme o la enfermedad de la célula falciforme?

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

**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 o la enfermedad de la célula falciforme?

- (No lea)
- 1 No →Pase a la Pregunta ##
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó →Pase a la Pregunta ##
  - 9 No sabe/no recuerda →Pase a la Pregunta ##

HH1. Voy a leer una lista de condiciones que unas personas tienen. Para cada una, por favor dígame si uno de sus familiares directos o de sangre como su madre, padre, hermanas o hermanos ha tenido esa condición. ¿Uno de sus familiares directos ha tenido \_\_\_\_\_?

Condición	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Diabetes				
b. Ataque cardíaco antes de los 55 años				
c. Presión sanguínea alta o hipertensión				
d. Cáncer de seno (o cáncer de mama) antes de los 50 años				
e. Cáncer de ovario				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

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

- (No lea)                    1        No → Pase a la Pregunta ##  
    2        Sí  
    8        Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
    9        No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##

HH2b. ¿A quién o quienes les informó que tenía **diabetes**? ¿Era \_\_\_\_\_?

Familiares	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. A su padre				
b. A la madre de su padre				
c. Al padre de su padre				
d. A su madre				
e. A la madre de su madre				
f. Al padre de su madre				
g. A su hermano o hermana o hermanos				
h. ¿Hubo alguien más, como los tíos, tías, primos, o hijos?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona? _____ _____				

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

- (No lea)                    1        No → Pase a la Pregunta ##  
    2        Sí  
    8        Se rehusó → Pase a la Pregunta ##  
    9        No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH3b. ¿A quién o quienes les informó que tenía **problemas cardíacos**? ¿Era \_\_\_\_\_?

Familiares	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. A su padre				
b. A la madre de su padre				
c. Al padre de su padre				
d. A su madre				
e. A la madre de su madre				
f. Al padre de su madre				
g. A su hermano o hermana o hermanos				
h. ¿Hubo alguien más, como los tíos, tías, primos, o hijos?				
i. SI RESPONSE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona? _____ _____				

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

- (No lea)
- |   |   |
|---|---|
| 1 | No → Pase a la Pregunta ##                  |
| 2 | Sí  |
| 8 | Se rehusó → Pase a la Pregunta ##           |
| 9 | No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ## |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH4b. ¿A quién o quienes les informó que tenía **presión alta o hipertensión**? ¿Era \_\_\_\_\_?

Familiares	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. A su padre				
b. A la madre de su padre				
c. Al padre de su padre				
d. A su madre				
e. A la madre de su madre				
f. Al padre de su madre				
g. A su hermano o hermana o hermanos				
h. ¿Hubo alguien más, como los tíos, tías, primos, o hijos?				
i. SI RESPONSE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona? _____ _____				

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

- (No lea)
- |   |   |
|---|---|
| 1 | No → Pase a la Pregunta ##                  |
| 2 | Sí  |
| 8 | Se rehusó → Pase a la Pregunta ##           |
| 9 | No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ## |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH5b. ¿A quién o quienes les informó que tenía **depresión**? ¿Era \_\_\_\_\_?

Familiares	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. A su padre				
b. A la madre de su padre				
c. Al padre de su padre				
d. A su madre				
e. A la madre de su madre				
f. Al padre de su madre				
g. A su hermano o hermana o hermanos				
h. ¿Hubo alguien más, como los tíos, tías, primos, o hijos?				
i. SI RESPONSE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona? _____ _____				

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

- (No lea)
- |   |   |
|---|---|
| 1 | No → Pase a la Pregunta ##                  |
| 2 | Sí  |
| 8 | Se rehusó → Pase a la Pregunta ##           |
| 9 | No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ## |

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH6b. ¿A quién o quienes les informó que tenía **depresión posparto**? ¿Era \_\_\_\_?

	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
Familiares				
a. A la madre de su padre				
b. A su madre				
c. A la madre de su madre				
d. A su hermana o hermanas				
e. ¿Hubo alguien más, como las tías, primas o hijas?				
f. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona?  _____				

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

- (No lea)**
- 1 No → Pase a la Pregunta ##
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta ##
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta ##



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH7b. ¿A quién o quienes les informó que ellos tenía **ansiedad**? ¿Era \_\_\_\_\_?

Familiares	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. A su padre				
b. A la madre de su padre				
c. Al padre de su padre				
d. A su madre				
e. A la madre de su madre				
f. Al padre de su madre				
g. A su hermano o hermana o hermanos				
h. ¿Hubo alguien más, como los tíos, tías, primos, o hijos?				
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién fue esa persona? _____ _____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH8. Voy a leer una lista de problemas que algunas personas pueden tener durante el embarazo. Al decir cada uno, por favor dígame si su madre o alguna de sus hermanas directas o de sangre tuvo cualquiera de los problemas **durante** algún embarazo. **Durante** un embarazo, ¿tuvo alguien en su familia \_\_\_\_\_?

Problema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Un bebé que nació más de 3 semanas antes de la fecha esperada para su nacimiento				
b. Diabetes gestacional o diabetes que comenzó durante el embarazo				
c. Presión sanguínea alta durante el embarazo				

**NOTA:** Incluye la siguiente frase ANTES DE HH9: “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. Voy a leer una lista de parientes de sangre. Al decir cada uno, por favor dígame si esta persona ha tenido cáncer de ovario.

(PREGUNTE: ¿Ha tenido \_\_\_\_\_ cáncer de ovario?)

	Pariente	Han tenido cáncer de ovario			
		No lea			
		No	Sí	Se rehusó	No sabe
a.	Su madre				
b.	La madre de su madre				
c.	La madre de su padre				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

HH10. Voy a leer una lista de algunos otros parientes de sangre. Al decir cada uno, por favor dígame si esta persona ha tenido cáncer de ovario.

(PREGUNTE: ¿Ha tenido \_\_\_\_\_ cáncer de ovario?)

	Pariente	Han tenido cáncer de ovario				
		No lea				
		No	Sí	Se rehusó	No sabe	No Aplica
a.	Su hermana o hermanas SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario? _____					
b.	Su tía o tías SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE:¿Cuántos han tenido cáncer de ovario? _____					
c.	Su prima o primas SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario? _____					

HH11. Voy a leer una lista de parientes de sangre otra vez. Al decir cada uno, por favor dígame si esta persona ha tenido cáncer de mama.

(PREGUNTE: ¿Ha tenido \_\_\_\_\_ cáncer de mama?)

	Pariente	Han tenido cáncer de mama			
		No lea			
		No	Sí	Se rehusó	No sabe
a.	Su madre				
b.	La madre de su madre				
c.	La madre de su padre				
d.	Su padre				
e.	El padre de su madre				
f.	El padre de su padre				

HH12. Voy a leer una lista de algunos otros parientes de sangre otra vez. Al decir cada uno, por favor dígame si esta persona ha tenido cáncer de mama.

(PREGUNTE: ¿Ha tenido \_\_\_\_\_ cáncer de mama?)

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

	Pariente	Han tenido cáncer de mama				
		No lea				
		No	Sí	Se rehusó	No sabe	No Aplica
a.	Su hermana o hermanas SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?_____					
b.	Su hermano o hermanos SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?_____					
c.	Su tía o tías SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?_____					
d.	Su tío o tíos SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?_____					
e.	Su primo o primos SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE:¿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 lea)            1        No  
                           2        Sí  
                           8        Se rehusó  
                           9        No sabe/no recuerda

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

(No lea)            1        No  
                           2        Sí  
                           8        Se rehusó  
                           9        No sabe/no recuerda

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

(No lea)            1        No  
                           2        Sí  
                           8        Se rehusó  
                           7        No sabe/no recuerda

HH16. ¿Tiene usted ascendencia judía asquenazí?

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- (No lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 7 No sabe/no recuerda

**NOTA:** Incluye la siguiente frase ANTES DE HH17: “Las siguientes preguntas son acerca de hablar con un consejero genético sobre su riesgo de cancer. 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 lea)
- 1 No → Pase al final
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase al final
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase al final

HH18. Por favor, dígame **CUÁL** de las siguientes razones fue la razón PRINCIPAL por la que habló con un consejero genético sobre su riesgo de cancer. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón **PRINCIPAL** por la que habló con un consejero genético?)

- 1 La recomendó su doctor
- 2 Usted la pidió
- 3 Le lo sugirió un familiar
- 4 Escuchó o leyó sobre eso en las noticias
- 5 ¿Había alguna otra razón?

ENTREVISTADORA, SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE →  
¿Cuál fue la razón? \_\_\_\_\_

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

HH19. Pensando en la sesión de consejería genética **MÁS RECIENTE** que tuvo por el riesgo de cáncer, ¿con qué tipo de cáncer fue relacionada? Voy a leer una lista de diferentes tipos de cancer. Por favor, dígame para cuál recibió consejería genética durante su visita más reciente. ¿Fue \_\_\_\_\_?

Tipo de cáncer		No lea			
		No	Sí	Se rehusó	No sabe
a.	Cáncer de mama				
b.	Cáncer de ovario				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

c.	¿Algún otro tipo de cáncer?				
d.	SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE → ¿Cuál fue? _____ _____				

II1. ¿Cuánto subió usted de peso durante su embarazo **más reciente**?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuánto peso aumentó en total durante su embarazo?)

- (No lea)
- 1 Aumentó \_\_\_\_\_ libras O
  - 2 Kilos
  - 3 No subió de peso durante su embarazo
  - 8 888 Se rehusó
  - 7 777 No sabe/no recuerda

JJ1. En los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.  
¿Fue\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿aproximadamente cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?)

- 1 6 veces o más
- 2 De 4 a 5 veces
- 3 De 2 a 3 veces
- 4 1 vez
- 5 No tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión
- (No lea)
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

JJ2. En los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.  
¿Fue\_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? )

- 1 6 veces o más

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- 2 De 4 a 5 veces
- 3 De 2 a 3 veces
- 4 1 vez
- 5 No tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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

(PREGUNTE: Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)

- 1 14 ó más bebidas a la semana
- 2 De 8 a 13 bebidas a la semana
- 3 De 4 a 7 bebidas a la semana
- 4 De 1 a 3 bebidas a la semana
- 5 Menos de 1 bebida a la semana
- 6 No tomaba en ese entonces

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

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 lea)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

KK3. ¿Qué tan frecuentemente se preocupa usted de la posibilidad de que un desastre le ocurra a usted o a su familia? ¿Se preocupa usted de la posibilidad de un desastre siempre, a veces o nunca?

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

KK4. Voy a leer una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre. Al decir cada una, por favor dígame si es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

Cosa	<b>(No lea)</b>			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Tiene un lugar de encuentro con sus familiares, diferente a la casa				
b. Usted y su familia han practicado qué hacer en caso de un desastre				
c. Tiene un plan sobre cómo mantenerse en contacto con la familia si se separan				
d. Tiene un plan de evacuación si necesito salir de la casa y su comunidad				
e. Tiene un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre, por ejemplo permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela				
f. Tiene copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de su casa				
g. Tiene suministros de emergencia en su casa para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días				
h. Tiene suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente				

DRUG 1/LL1. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿usó marihuana o hachís en cualquier forma? Para cada período, por favor dígame si la usó en ese entonces.

**(PREGUNTE: ¿Usó usted marihuana o hachís en cualquier forma \_\_\_\_\_?)**

	<b>(No lea)</b>
--	-----------------



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

Período de tiempo	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. En los 12 meses antes de quedar embarazada				
b. Durante su embarazo más reciente				
c. Desde que nació su nuevo bebé				

LL2. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿alguien fumó productos de marihuana dentro de su casa, incluida usted? Para cada período, por favor dígame si alguien fumó productos de marihuana en ese entonces.

(**PREGUNTE:** ¿Usted o alguien más fumó productos de marihuana dentro de su casa \_\_\_\_\_?)

Período de tiempo	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. En los 12 meses antes de quedar embarazada				
b. Durante su embarazo más reciente				
c. Desde que nació su nuevo bebé				

LL3. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿alguien mantuvo productos de marihuana comestibles, como pastelitos o *brownies*, galletas o dulces con THC, dentro de su casa? Para cada período, por favor dígame si alguien mantuvo productos de marihuana comestibles dentro de su casa en ese entonces.

Período de tiempo	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. En los 12 meses antes de quedar embarazada				
b. Durante su embarazo más reciente				
c. Desde que nació su nuevo bebé				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

LL4. ¿Cree usted que la mujer embarazada perjudica la salud de su bebé en gestación si usa marihuana durante el embarazo? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame que piensa usted. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

- 1 No la perjudica
- 2 La perjudica un poco
- 3 La perjudica moderadamente
- 4 La perjudica en gran cantidad

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

LL5. ¿Cree que la mujer embarazada perjudica su propia salud si usa marihuana? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame que piensa usted. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

- 1 No la perjudica
- 2 La perjudica un poco
- 3 La perjudica moderadamente
- 4 La perjudica en gran cantidad

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

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

- (No lea) 1 No → Pase a la Pregunta x  
2 Sí  
8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x  
9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta x

LL7. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana promedio? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes o menos

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

LL8. Durante su **embarazo más reciente**, ¿cómo usó la marihuana? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si usted usó la marihuana de esta manera durante su embarazo. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Cómo usó la marihuana durante su embarazo?)

Forma		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	La fumó				
b.	La comió				
c.	La bebió				
d.	La vaporizó				
e.	La usó en concentrado o "dabbing"				
g.	¿La usó de cualquier otra manera?				
h.	SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE: ¿Cómo la usó? _____ _____ _____				

LL9. ¿Por qué usó productos de marihuana durante su embarazo? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Usó la marihuana \_\_\_\_\_?

Razón		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	Para aliviar las náuseas				
b.	Para aliviar los vómitos				
c.	Para aliviar el estrés o la ansiedad				
d.	Para aliviar una afección crónica				
e.	Para aliviar el dolor				
f.	Para divertirse o relajarse				
g.	¿Hubo alguna otra razón?				
h.	SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón? _____ _____ _____				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

LL10. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana promedio? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes o menos

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

LL11. Durante los primeros 3 meses (1er trimestre) de su embarazo, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana promedio? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes o menos

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

LL12. Durante los primeros 3 meses (1er trimestre) de su embarazo, ¿cómo usó la marihuana? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si aplica a usted. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

Forma		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	La fumó				
b.	La comió				
c.	La bebió				
d.	La vaporizó				
e.	La usó en concentrado o "dabbing"				
g.	¿La usó de cualquier otra manera?				
h.	SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE: ¿Cómo la usó?				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone


LL13. Durante los segundos 3 meses (2do trimestre) de su embarazo, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana promedio? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes o menos
  
- (No lea) 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

LL14. Durante los segundos 3 meses (2do trimestre) de su embarazo, ¿cómo usó la marihuana? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si aplica a usted. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

Forma		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	La fumó				
b.	La comió				
c.	La bebió				
d.	La vaporizó				
e.	La usó en concentrado o "dabbing"				
g.	¿La usó de cualquier otra manera?				
h.	SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE: ¿Cómo la usó?				
	_____				
	_____				
	_____				

LL15. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en una semana promedio? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted. ¿Fue \_\_\_\_\_?

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

5 Una vez al mes o menos

(No lea) 8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

LL16. Durante los últimos 3 meses de su embarazo de su embarazo, ¿cómo usó la marihuana? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si aplica a usted. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

Forma		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	La fumó				
b.	La comió				
c.	La bebió				
d.	La vaporizó				
e.	La usó en concentrado o "dabbing"				
g.	¿La usó de cualquier otra manera?				
h.	SI CONTESTE SÍ, PREGUNTE: ¿Cómo la usó? _____ _____ _____				

LL17. Voy a leer una lista de cosas que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pude hacer durante las consultas de cuidado prenatal. Para cada una, por favor dígame si su doctor, enfermera u otro profesional de salud lo hizo. Por favor, incluya si le preguntaron en un formulario por escrito o durante una conversación. ¿- \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud \_\_\_\_\_?)

Razón		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	Le preguntó si estaba usando marihuana				
b.	Le recomendó que usara marihuana por alguna razón				
c.	Le aconsejó no usar marihuana				
d.	Le aconsejó no dar pecho a su bebé mientras usaba marihuana				

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

(No lea) 1 No → Pase a la Pregunta x

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- 2 Sí
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta x**
- 9 No sabe/no recuerda → **Pase a la Pregunta x**

LL19. *Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usa productos de marihuana en una semana promedio? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted. ¿Es \_\_\_\_\_?*

- 1 Diariamente
- 2 2 o 3 veces a la semana
- 3 Una vez a la semana
- 4 2 o 3 veces al mes
- 5 Una vez al mes o menos

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

LL20. *¿Cuánto tiempo espera usted después de usar marihuana para dar pecho a su bebé o para extraerse la leche?*

**(No lea)**

- 1 \_\_\_\_\_ minutos  
○
- 2 \_\_\_\_\_ horas  
○
- 3 \_\_\_\_\_ días
- 4 Usted no usa la marihuana → **Pase a la Pregunta**
- 5 Usted no esta dando pecho → **Pase a la Pregunta**
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

LL21. *¿Voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame cuánto tiempo cree usted que una mujer debe esperar para dar pecho a su bebé después de usar marihuana. ¿Cree que \_\_\_\_\_?*

- 1 No tiene que esperar
- 2 Es mejor esperar hasta que se le quite el efecto de estar drogada
- 3 Es mejor esperar 2-3 horas después de que se le quite el efecto de estar drogada
- 4 No es seguro usar la marihuana si uno está dando pecho

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

**NOTA: Incluye la instrucción ANTES de MM1: “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? ¿Diría usted que le preocupaba mucho, le preocupaba un poco, no le preocupaba para nada o no había oído hablar del virus del Zika en ese entonces?

**(PREGUNTE:** Repita la pregunta según sea necesario)

**(No lea)**

- 1 Le preocupaba mucho
- 2 Le preocupaba un poco
- 3 No le preocupaba para nada
- 4 Nunca había oído hablar del virus del Zika durante su embarazo → **Pase a la Pregunta x**

**(No lea)** 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta x**

9 No se / No recuerda → **Pase a la Pregunta x**

MM2. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca del virus del Zika? Voy a leer una lista de opciones. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

- 1 No
- 2 Sí, un profesional de salud le habló del tema sin que usted se lo pidiera
- 3 Sí, un profesional de salud le habló del tema pero sólo CUANDO le consultó al respecto

**(No lea)**

- 8 Se rehusó
- 9 No se / No recuerda

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

**(No lea)**

- 1 No



Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- 2 Si
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/No recuerda
- 10

**NOTA: ANTES de MM4, incluye “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 lea)

- 1 No
- 2 Si
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/No recuerda

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

(No lea)

- 1 No → Pase a la Pregunta x
- 2 Si
- 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x
- 9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta x

MM6. Quisiera preguntarle dónde, cuándo y por cuánto tiempo vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente*. Podría serle útil ver el calendario. Si usted no se acuerda de la fecha exacta, por favor dígame solamente el mes y año. Si realizó más de 1 viaje, por favor, cuénteme de su PRIMER viaje durante su embarazo más reciente.

MM6a. ¿Dónde vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente*?

(PREGUNTE: ¿En qué país o territorio vivió o viajó? Si fue más de una vez, ¿a dónde fue la primera vez durante su embarazo *más reciente*?)

(No lea)

\_\_\_\_\_ Nombre del país o territorio

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe / No recuerda

MM6b. ¿En qué fecha salió para su viaje?

(PREGUNTE: ¿Cuál era el primer día de su viaje?)

**(No lea)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

- 88/88/8888 Se rehusó
- 99/99/99999 No sabe/No recuerda

MM6c. ¿Cuántos días quedó?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántos días estuvo?)

**(No lea)**

\_\_\_\_\_ Número de días

- 8888 Se rehusó
- 9999 No recuerda

MM6d. ¿Vivió o viajó a algún otro lugar fuera de los 50 Estados Unidos *durante* su embarazo *más reciente*?

**(No lea)**

- 1 No → **Pase a la Pregunta 7**
- 2 Si
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta 7**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta 7**

MM6e. ¿Dónde más vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente*?

(PREGUNTE: Ahora, por favor cuénteme de su SEGUNDO viaje durante su embarazo más reciente. ¿En qué país o territorio vivió o viajó cuando estuvo fuera de los 50 Estados Unidos por la segunda vez durante su embarazo?)

**(No lea)**

\_\_\_\_\_ Nombre de país o territorio

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe / No recuerda

MM6f. ¿En qué fecha salió para su viaje?

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

(PREGUNTE: ¿Cuál era el primer día de su viaje?)

**(No lea)**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

88/88/8888 Se rehusó

99/99/99999 No sabe/No recuerda

MM6g. ¿Cuántos días quedó?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántos días estuvo?)

**(No lea)**

\_\_\_\_\_ Número de días

8888 Se rehusó

9999 No recuerda

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

**(No lea)**

1 No → Pase a la Pregunta x

2 Si

8 Se rehusó → Pase a la Pregunta x

9 No sabe/No recuerda → Pase a la Pregunta x

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.

¿Diría usted que hacía algunas de esas cosas todos los días, algunos días, nunca o que no habían mosquitos?

**(No lea)**

1 Todos los días

2 Algunos días

3 Nunca

4 No habían mosquitos

8 Se rehusó

9 No sabe/No recuerda

**NOTA: ANTES DE MM9, incluye la frase: “Las siguientes preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.”**

MM9. En algún momento *ó 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 lea)**

- 1 No → **Pase a la Pregunta x**
- 2 Si
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta x**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta x**

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 lea)**

- 1 No
- 2 Si
- 8 Se rehusó
- 7 No sabe/No recuerda

MM11. Durante su *embarazo más reciente*, ¿con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o alguna pareja de sexo masculino? ¿Diría usted que fue cada vez, algunas veces, nunca o que no tuvo relaciones sexuales durante su embarazo?

**(No lea)**

- 1 Cada vez → **Pase a la Pregunta x**
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 4 No tuvo relaciones sexuales durante su embarazo → **Pase a la Pregunta x**
- 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta x**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta x**

MM12. ¿Cuáles fueron sus razones para no usar condones durante su embarazo *más reciente*? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque\_\_\_\_\_?

	Razón	No (1)	Si (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a.	No creyó que fuera necesario usar condones durante el embarazo				
b.	No sabía que podía contraer el virus del Zika por vía				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

	sexual				
c.	No sabía que su esposo o pareja de sexo masculino tenía el virus del Zika				
d.	No se preocupaba contraer el virus del Zika				
e.	No quería usar condones				
f.	Su esposo o pareja de sexo masculino no quería usar condones				
g.	¿Alguna otra razón?				
h.	SI RESPONDE “SÍ,” PREGUNTE → ¿Cuál fue la razón? <hr/> <hr/>				

NN1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿con qué frecuencia consumió róbalo (*largemouth bass*), atún, tiburón, caballa o verdel, o pez espada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted.

- 1 3 o más veces por semana
- 2 1 a 2 veces por semana
- 3 1 a 3 veces por mes
- 4 Menos de una vez al mes
- 5 No consumió esos pescados durante su embarazo → **Pase a la Pregunta X**
- (No lea) 8 Se rehusó → **Pase a la Pregunta X**
- 9 No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta X**

NN2. ¿Dónde obtuvo el róbalo (*largemouth bass*), atún, tiburón, caballa o pez espada que consumió durante su embarazo? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si obtuvo el pescado de ese lugar. ¿Lo obtuvo \_\_\_\_\_?

Lugar		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	En la tienda de comestibles o supermercado				
b.	En un mercado de pescados y mariscos, una pescadería o un mercado agrícola				
c.	En un restaurante				
d.	Los pescó usted o alguien más del mar				
e.	Los pescó usted o alguien más en un río, riachuelo, lago o				

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

	estanque local				
f.	Lo pescó usted o alguien más de uno de los Grandes Lagos de los EE. UU.				
g.	Algún otro lugar				
h.	SI RESPONDE "SÍ," PREGUNTE → ¿Dónde? _____ _____				

NN3. Voy a leer una lista de productos que algunas personas utilizan todos los días o la mayoría de los días en su casa o durante su trabajo. Al decir cada uno, por favor dígame si usted usó o tuvo contacto con el producto todos los días o la mayoría de los días durante su embarazo *más reciente*.

(PREGUNTE: Durante su embarazo *más reciente*, utilice \_\_\_\_\_?)

Producto		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	Desengrasantes fuertes como limpiadores de hornos o desengrasantes potentes				
b.	Limpiador de muebles o betún de zapatos				
c.	Productos blanqueadores o con cloro sin tener buena ventilación				
d.	Ropa lavada en seco recientemente				
e.	Ambientadores o desodorantes ambientales, incluidos los que se enchufan en los tomacorrientes, o incienso				
f.	Perfume o desodorante con olor fuerte				
g.	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? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted.

- 1 Más de una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 2 a 6 veces por semana
- 4 Una vez a la semana
- 5 Menos de una vez por semana
- 6 Nunca
- (No lea) 8 Se rehusó

Attachement 9d - Phase 8 Standard Questionnaire – SPANISH Phone

9 No sabe/No recuerda

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. ¿Alguien le habló acerca de \_\_\_\_\_?

Tema		(No lea)			
		No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a.	Cómo puede afectar a su bebé su exposición al plomo				
b.	Cómo puede afectar a su 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? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted.

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No preguntó su profesional de salud ninguna pregunta sobre las exposiciones ambientales
- 4 No tuvo ninguna preocupación sobre las exposiciones ambientales

(No lea)            8 Se rehusó  
                          9 No sabe/No recuerda