

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-XXXX).

Form Approved  
OMB No. 0920-xxxx  
Exp. Date xx/xx/xxxx

**Nos gustaría conocer sus experiencias para mejorar la atención que se le da a mujeres que han tenido un mortinato (perdida de bebe). Las preguntas en esta encuesta son acerca del embarazo en el cual su bebé murió, excepto cuando se indique lo contrario. Entendemos que algunas preguntas pueden ser delicadas, pero apreciamos cualquier información que pueda compartir.**

**Por favor, marque la casilla junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen con la pregunta. Puede ser que le pidamos omitir algunas preguntas que no aplican a su caso.**

**ANTES DEL EMBARAZO**

**Las primeras preguntas son acerca de usted.**

**1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?**

Pies **Y**  Pulgadas  
**O**  Centímetros

**2. Justo antes de quedar embarazada, ¿cuánto pesaba usted?**

Libras **O**  Kilos

**3. ¿En qué fecha nació usted?**

/  /   
Mes                      Día                      Año

**Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de quedar embarazada.**

**4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asma.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas de la glándula tiroides.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Ansiedad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5. Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?**

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el mes antes de quedar embarazada
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

**Nos gustaría saber acerca de su historial de embarazos.**

**6. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?**

Por favor, incluya este embarazo y **TODOS** los embarazos que haya tenido (pérdidas y nacimientos vivos).

- 1 vez → **Pase a la Página 2, Pregunta 12**
- 2 a 4 veces
- 5 a 7 veces
- 8 o más veces

**Pase a la Página 2, Pregunta 7**

7. **Antes de este embarazo ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?**

No → **Pase a la Pregunta 10**

Sí

8. **En cuanto a su último bebé nacido vivo, ¿pesó 5 libras y 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* al nacer?**

No

Sí

9. **Su último bebé nacido vivo, ¿nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?**

No

Sí

10. **Antes de este embarazo, ¿tuvo algún embarazo que terminó en una pérdida?**

No → **Pase a la Pregunta 12**

Sí

11. **Por favor indique el número de pérdidas previas que terminaron en cada uno de los siguientes periodos de tiempo (sin incluir a este bebé):**

\_\_\_\_\_ Número de embarazos que terminaron antes de las 12 semanas

\_\_\_\_\_ Número de embarazos que terminaron entre las 12 y 27 semanas

\_\_\_\_\_ Número de embarazos que terminaron a las 28 semanas o después

12. **Cuando quedó embarazada de este bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?**

No

Sí

**Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo.**

13. **Durante el *mes antes* de quedar embarazada, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indígena (IHS o tribal)
- Otro tipo de seguro

médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

14. **Durante su *embarazo*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 15**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indígena (IHS o tribal)
- Otro tipo de seguro

médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

15. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indígena (IHS o tribal)
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

### DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

{ \_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

- No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Pregunta 18

Pase a la Pregunta 17

17. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o metanfetamina.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA).....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Si sabía cómo reconocer los movimientos de mi bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Si sabía acerca de las posiciones recomendadas para dormir durante el embarazo.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Durante este embarazo, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
- Sí

19. Durante los 12 meses antes del parto de su bebé, ¿le pusieron la vacuna contra la gripe?

Marque UNA respuesta

- No
- Sí, antes de mi embarazo
- Sí, durante mi embarazo

**20. Durante su embarazo, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo).....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preclamsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sangrado vaginal.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuve que ir al doctor o al hospital.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me cosieron el cuello del útero (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro).....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas pretérmino [PPROM en inglés])..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me hicieron una transfusión de sangre ...   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me lastimé en un accidente de automóvil.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Disminución del movimiento fetal o un cambio en el movimiento fetal.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Fiebre de 101° o más.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Un presentimiento de que algo andaba mal.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Infección vaginal causada por hongos ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de las vías urinarias .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Citomegalovirus (CMV) .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Verrugas genitales (VPH) .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Herpes .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Clamidia .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Gonorrea.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Enfermedad inflamatoria pélvica.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Sífilis.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Estreptococos grupo B (beta estrept) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Vaginosis bacteriana .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tricomoniasis .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Listeria .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Toxoplasmosis .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Otra .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco y alcohol en el momento del embarazo (antes, durante y después). No estamos haciendo estas preguntas porque creamos que usted haya hecho algo que pudiera haber afectado a su bebé; hacemos preguntas similares a otras mujeres en una encuesta diferente.**

**23. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 2 años?**

- No → **Pase a la Pregunta 27**
- Sí

**Pase a la Pregunta 24**

**24. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

**25. En los *últimos 3* meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

**26. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumo ahora

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.**

**E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

**27. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los *últimos 2* años?** Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los *últimos 2* años, pase a la pregunta 28. Si no, pase a la página 6, pregunta 30.**

**28. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**29. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**30. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?** Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 33**
- Sí

**31. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

**El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.**

**33. ¿Tuvo depresión durante su embarazo?**

- No → **Pase a la Pregunta 37**
- Sí

**34. Durante su embarazo, ¿solicitó ayuda de un doctor, enfermero u otro profesional de salud para la depresión?**

- No
- Sí

**35. Durante su embarazo, ¿recibió consejería para la depresión?**

- No
- Sí

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

- No
- Sí

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

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

**38. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- |                                  | No                       | Sí                       |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otra persona .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**39. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- |                                  | No                       | Sí                       |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otra persona .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

**Las siguientes preguntas son sobre su bebé y sus experiencias en el momento del parto. Entendemos que algunas de estas opciones no aplican a su caso.**

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

	/		/	20
Mes		Día		Año

**41. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	20
Mes		Día		Año

42. ¿En qué fecha *cree* que murió su bebé?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20

Mes                      Día                      Año

No sé

## 43. ¿En qué fecha descubrió que su bebé había muerto?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20

Mes                      Día                      Año

No sé

## 44. ¿Cuándo murió su bebé?

- Antes del parto  
 Durante el parto  
 No sé

## 45. ¿En qué forma dio a luz a su bebé?

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 47**  
 Parto por cesárea (c-section)

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

**Marque UNA respuesta**

- Mi proveedor de salud pidió hacer cesárea **antes** de que mi bebé muriera  
 Yo pedí la cesárea **antes** de comenzar mi parto  
 Mi proveedor de salud recomendó la cesárea durante mi parto  
 Yo pedí la cesárea durante mi parto

## 47. ¿En qué fecha fue dada de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20

Mes                      Día                      Año

- No tuve a mi bebé en un hospital →

**Pase a la Página 10, Pregunta 52**

48. ¿Le ofrecieron alguna de las siguientes cosas durante su estadía en el hospital? Para cada una, marque **No**, si no se le ofreció, o **Sí**, si se le ofreció.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Fotografías de mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fotografías de mi bebé con la familia.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Impresiones/impressiones de manos y/o pies.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cargar a mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Bañar a mi bebé.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vestir a mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Bautismo o bendición de mi bebé.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Recuerdos (por ejemplo, sombrero, ropa).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Recursos de servicio fúnebre/commemorativo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Grupos de apoyo/recursos de compañeros voluntarios.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Visita de un líder religioso (obispo, capellán, pastor, sacerdote, rabino, imám, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Visita de un trabajador social del hospital.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Que mi bebé se quedara en mi habitación.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Una cama de enfriamiento.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**49. ¿Cuál de las siguientes cosas recibió durante su estadía en el hospital?** Para los artículos recibidos, indique si le fueron útiles o no.

	<u>Recibido</u>		<u>Útil</u>	
	No	Sí	No	Sí
a. Fotografías de mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fotografías de mi bebé con la familia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Impresiones/impresiones de manos y/o pies .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cargar a mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bañar a mi bebé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vestir a mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bautismo o bendición de mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Recuerdos (por ejemplo, sombrero, ropa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Recursos de servicio fúnebre/conmemorativo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Grupos de apoyo/recursos de compañeros voluntarios..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Visita de un líder religioso (obispo, capellán, pastor, sacerdote, rabino, imám, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Visita de un trabajador social del hospital .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Que mi bebé se quedara en mi habitación .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Una cama de enfriamiento....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50. ¿Le sucedió alguna de las siguientes cosas antes de que saliera del hospital?** Para cada una, marque **No**, si no se le sucedió, o **Sí**, si se le sucedió.

	No	Sí
a. Me sentí adecuadamente apoyada por mi médico o partera durante mi proceso de duelo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me sentí adecuadamente apoyada por el personal de enfermería del hospital durante mi proceso de duelo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me sentí adecuadamente apoyada por el personal de orientación de duelo durante mi duelo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me dieron información sobre mi leche materna y que esta iba a comenzar a bajar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me dieron información sobre qué hacer con mi leche materna una vez esta comenzara a bajar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me dieron un paquete de duelo con información acerca de dónde buscar apoyo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El personal del hospital me dio la oportunidad de hacer preguntas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mi proveedor de atención médica conversó conmigo sobre lo que podría haberle pasado a mi bebé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son sobre la autopsia y otros exámenes que le pudieron haber hecho a su bebé para tratar de conocer la causa de la muerte de su bebé. Estamos tratando de obtener más información sobre la examinación que se ofrecen en los hospitales. Entendemos que algunas de estas opciones talvez no apliquen a su caso.

**51. ¿Le ofrecieron alguno de los siguientes exámenes durante su estadía en el hospital?**

Para cada examen, marque **No**, si no le ofreció, o **Sí**, si le ofreció.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Exámenes de sangre (a la madre)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Examen detallado de la placenta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Autopsia (completa o parcial).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Examen genético al bebé.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**52. ¿Alguna de los siguientes exámenes le fueron efectuadas a usted y/o a su bebé?**

Para cada examen, marque **No**, si no le fueron efectuadas, o **Sí**, si le fueron efectuadas.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Exámenes de sangre (a la madre).....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Examen detallado de la placenta.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La placenta fue enviada a patología..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Examen genético al bebé.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**53. ¿A su bebé se le efectuó una autopsia completa o parcial?**

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 55**

**Pase a Pregunta 54**

**54. ¿Cuáles fueron las razones por las que no se efectuó una autopsia?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Una autopsia era muy costosa
- Me informaron que la autopsia no la cubriría mi seguro
- Rechacé la autopsia por razones personales o religiosas
- No tenía suficiente información sobre el procedimiento
- Los médicos pudieron determinar la(s) causa(s) de la muerte sin que fuera necesaria una autopsia
- Me dijeron que una autopsia no proporcionaría respuesta alguna
- No se me ofreció una autopsia
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escribala:

**55. ¿Se le dio a conocer que pudo haber causado la muerte de su bebé?**

- No \_\_\_\_\_ → **Pase a la Pregunta 57**  
 Sí

**56. ¿Cuál de las siguientes cosas pudo ser la causa de la muerte de su bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Complicaciones con el cuello uterino
- Complicaciones con el cordón umbilical / o accidente con el cordón
- Desprendimiento placentario (separación de la placenta del útero)
- Infección
- Otras complicaciones con la placenta
- Hipertensión
- Parto prematuro
- Diabetes
- Ruptura de membranas
- Defectos congénitos / defecto(s) de nacimiento / anomalías cromosómicas
- Otro \_\_\_\_\_ → Por favor, escribala:

## Las siguientes preguntas son acerca de su salud después del parto de su bebé.

**57. Desde el parto de su bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

No → **Pase a la Pregunta 59**

Sí

**58. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

No Sí

- a. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....
- b. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....

**59. Desde el parto de su bebé, ¿ha recibido apoyo u orientación emocional por su duelo?**

No

Sí → **Pase a la Pregunta 61**

**60. ¿Alguna de las siguientes cosas le impidió recibir apoyo u orientación?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Me sentí bien y creo que no me hizo falta apoyo u orientación
- No sabía a dónde ir para recibir orientación
- No tenía seguro médico para cubrir el costo de la orientación
- No estaba al tanto de grupos de apoyo cerca de donde vivo
- Otra → Por favor, escríbala:

\_\_\_\_\_

**61. ¿Está embarazada en este momento?**

No → **Pase a la Pregunta 63**

Sí

**62. ¿Cuál fue el primer día de su último período?**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20

\_\_\_\_ Mes      \_\_\_\_ Día      \_\_\_\_ Año

- No tuve un período antes de quedar embarazada de nuevo

## Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes del parto de su bebé.

**63. Durante los 12 meses antes del parto de su bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De 0 a \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

**64. Durante los 12 meses antes del parto de su bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?**

\_\_\_\_\_ Número de Personas

**65. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text" value="20"/>
----------------------	---	----------------------	---	---------------------------------

Mes

Día

Año

**Por favor use este espacio para cualquier comentario adicional que desee compartir sobre su embarazo y su bebé.**

***Gracias por responder estas preguntas. Al contestar estas preguntas, nos está ayudando a saber más sobre el por-qué nacen los bebés muertos y cómo podemos mejorar la atención que reciben las familias. Nuevamente, acepte nuestras más sinceras condolencias a usted y su familia por la pérdida de su bebé.***

