**Form Approved**

**OMB No. 0920-xxxx**

**Exp. Date xx/xx/xxxx**

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Phase 8 Spanish Mail Core Questionnaire

**Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-35 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).**

**Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.**

**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 de su *nuevo* bebé, ¿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 de su *nuevo* bebé.**

**Insertion point for Standard question FF5-FF7, FF4, K1**

**Insertion point for Standard question L26, L10**

**4. Durante los *3 meses antes* de quedar embarazada de su *nuevo* bebé, ¿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

1. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**no** es lo mismo que la diabetes gestacional o

la diabetes que empieza durante el embarazo)

b. Presión sanguínea alta o hipertensión

c. Depresión

**Insertion point for Standard question L11**

5. Durante el *mes* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿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

**Insertion point for Standard question G8**

1. **En los *12 meses* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?**

No 🡺 **Pase a la Pregunta 9**

Sí

1. **¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los *12 meses* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?** Marque TODAS las que correspondan

Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia

Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra

Consulta para una enfermedad o condición crónica

Consulta para una herida

Consulta para planificación familiar o anticonceptivos

Consulta para depresión o ansiedad

Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental

Otra 🡺 Por favor escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **En cualquiera de las consultas de atención médica durante los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron o **Sí**, si lo hicieron.

No Sí

1. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico
2. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable
3. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta
4. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos
5. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo
6. Hablóconmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo
7. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis
8. Me preguntó si fumaba cigarrillos
9. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
10. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida
11. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago
12. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)

**Insertion point for Standard question L30, L18**

**Las siguentes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo* bebé.**

1. **Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médicotenía 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 (required: state Medicaid name)

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

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

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

*State option (IHS o tribal)*

Otro tipo de seguro médico 🡪 Por favor escríbalo:

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

**Insertion point for Standard question(s) DD4, DD5, DD6, DD7**

10. Durante su *embarazo más reciente,* ¿qué tipo de seguro médicotenía usted para su *cuidado prenatal*? Marque TODAS las que correspondan

No recibí cuidado prenatal 🡺 Pase a la Pregunta

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 (required: state Medicaid name)

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

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

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

*State option (IHS o tribal)*

Otro tipo de seguro médico 🡪 Por favor escríbalo:

No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

**Insertion point for Standard question(s) DD8, DD9, DD10, DD11**

**Insertion point for Standard question(s) DD12, DD13, DD14, DD15, DD16**

11. ¿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 (required: state Medicaid name)

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

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

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

*State option (IHS o tribal)*

Otro tipo de seguro médico 🡪 Por favor escríbalo:

No tengo ningún seguro médico *ahora*

**Insertion point for Standard question(s) DD17, DD18, DD19, DD20, DD21**

12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Marque UNA respuesta

No quería quedar embarazada en ese momento, sino después

Hubiera querido quedar embarazada más pronto

Quería quedar embarazada en ese momento

No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca

No estaba segura de que quería

**Insertion point for Standard question(s) Q4, E5,E6,E7,E3**

**Insertion point for Standard question(s) E5, Q7, A1, A2, A4, A5**

**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.)

**Insertion point for Standard question R19**

13. ¿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 X**

**Insertion point for Standard question(s) R20, R21**

**Insertion point for Standard question R15**

**Insertion point for Standard question(s) R22, R6 – R12, R14, R16**

**14.** ***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**

1. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo
2. Si yo estaba tomando medicinas recetadas
3. Si yo estaba fumando cigarrillos
4. Si yo estaba tomando alcohol
5. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
6. Si me sentía decaída o deprimida
7. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth
8. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)
9. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé
10. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé

**Insertion point for Standard question R17, R18, R13, K4**

**Insertion point for Standard question(s) R1**

**Insertion point for Standard question(s) I8, I9, I3**

**Insertion point for Standard question G5, G1–G4**

1. Durante los 12 meses *antes del* *nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

No

Sí

1. **Durante los 12 meses *antes del* *nacimiento* de su nuevo bebé, ¿*recibió* la vacuna contra la influenza?** Marque UNA respuesta

No 🡺 **Pase a la Pregunta X**

Sí, antes de mi embarazo

Sí, durante mi embarazo

**Insertion point for Standard question(s) L19, L14, L15, L24**

1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

No

Sí

**Insertion point for Standard question(s) Y7, Y5, Y8, Y6**

**Insertion point for Standardquestion(s) R23, V21, V13, V14, V15, V20, V22**

**Insertion point for Standard question(s) B12, B7, B8, B4**

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

1. Diabetes gestacional (diabetes que **comenzó** durante *este* embarazo)
2. Alta presión sanguínea (que **comenzó** durante *este* embarazo), preeclampsia o eclampsia
3. Depresión

**Insertion point for Standard question(s) N6, N7, M9, M8, L4-L7**

**Insertion point for Standard question N9, N8B, N8C, N1-N4**

**Insertion point for Standard question(s) N5, EE3**

**Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.**

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

No **🡺** **Pase a la Pregunta x**

Sí

**20. 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

**21. 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

**Insertion point for Standard question(s) AA1, AA3**

**Insertion point for Standard question(s) AA2, AA12, AA6, AA10**

**Insertion point for Standard question(s) AA8, AA5**

**22. ¿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

**Insertion point for Standard question(s) AA9, AA7, U1, U2**

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

1. **¿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**

* 1. E-cigarillos (cigarrillos electrónicos)u otros productos electrónicos con nicotina
  2. Hookah
  3. **Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé**
  4. **Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros**

|  |
| --- |
| **Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los *últimos 2 años*, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.** |

1. **En los *3 meses* *antes* de quedar embarazada, 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-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

1. **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-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.**

**26. 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 x**

Sí

**27. 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

**Insertion point for Standard question(s) JJ1, JJ3, JJ2**

**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.**

**Insertion point for Standard question(s) P19, P14, P17, P15–P16**

**Insertion point for Standard question(s) BB1, Z7**

**28. Enlos *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**

1. Mi esposo o pareja
2. Mi ex esposo o ex pareja
3. *State option (Otro miembro de la familia)*
4. *State option (Otra persona)*

**Insertion point for Standard question(s) Z14**

**29. 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**

1. Mi esposo o pareja
2. Mi ex esposo o ex pareja
3. *State option (Otro miembro de la familia)*
4. *State option (Otra persona)*

**Insertion point for Standard question(s) Z1**

**DESPUÉS DEL EMBARAZO**

**Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.**

**Insertion point for Standard question(s) K13, K14**

**Insertion point for Standard question(s) K5**

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

Mes/Día/Año

**Insertion point for Standard question(s) K9-K10 K8, K3, K7, K6**

**Insertion point for Standard question(s)K12, K15, II1**

**Insertion point for Standard question(s) K11, K16**

**31. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?**

Menos de 24 horas (menos de 1 día)

De 24 a 48 horas (1 a 2 días)

De 3 a 5 días

De 6 a 14 días

Más de 14 días

Mi bebé no nació en un hospital

Mi bebé todavía está en el hospital 🡪 **Pase a la Pregunta x**

**32. ¿Su bebé está vivo?**

No 🡺*Lamentamos mucho su pérdida* **Pase a la Pregunta x**

Sí

**33. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?**

No 🡺 **Pase a la Pregunta x**

Sí

**Insertion point for Standard question B9**

1. ***Antes o después* *del nacimiento de su nuevo bebé*, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?** Para cada uno,marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

**No** **Sí**

a. Mi doctor………………………………………………….............................🗆 🗆

b. Una enfermera, partera o dóula……………………………………………………...🗆 🗆

c. Una especialista o asesora en lactancia materna………….........🗆 🗆

d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé…………………............🗆 🗆

e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna……………..........🗆 🗆

f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita…….🗆 🗆

g. Familiares o amigas………………………………………………………………..🗆 🗆

h. Otra ……………………………………………………………………………………….🗆 🗆

Por favor escríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**35. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?**

No 🡺 **Pase a la Pregunta x**

Sí

**Insertion point for Standard question B1, B13**

**36. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?**

No

Sí 🡺 **Pase a la Pregunta x**

**37. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?**

Menos de 1 semana

Semanas

**O**

Meses

**Insertion point for Standard question B14-B16, B2, B3, B10, B11, B5, B6**

**Insertion point for Standard question(s) H2, H6, H7, H5, H1, H3, H4**

**Insertion point for Standard question(s) S13**

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página #, Pregunta X.**

**38. Actualmente, ¿en *cuál* posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?** Marque UNA respuesta

De lado

Boca arriba

Boca abajo

1. **En las *últimas 2 semanas,* ¿con qué frecuencia** **ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?**

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca 🡺 **Pase a la Pregunta X**

1. **Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme *usted*?**

No

Sí

1. **La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo *usualmente* durmió su nuevo bebé en las *últimas 2 semanas*?** Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.

**No Sí**

1. En una cuna, moisés o “pack and play”…………………………………..🗆 🗆
2. En un colchón o cama individual o más grande……………………...........🗆 🗆
3. En un sofá, silla o reclinadora……………………….........................🗆 🗆
4. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés…………….🗆 🗆
5. En un saquito para dormir (*sleeping sack*) o saquito cobertor 🗆 🗆
6. Con una manta………………………………………………………………………..🗆 🗆
7. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín

en forma de U…………………………………………………………………………🗆 🗆

1. Con protectores de cuna (*bumper pads*) transpirables o no transpirables……………………………………………………………………………🗆 🗆

1. **¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las sigiuentes cosas?** Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

**No Sí**

* 1. Poner a dormir a mi bebé boca arriba……………………………………………..🗆 🗆
  2. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o “pack and play”……..🗆 🗆
  3. Poner la una cuna o cama de mi bebé en mi cuarto 🗆 🗆
  4. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé…🗆 🗆

**Insertion point for Standard question(s) X10, X6**

**Insertion point for Standard question(s) X3, X5**

**Insertion point for Standard question(s) X9, X7, X8**

**Insertion point for Standard question(s) X1–X2, X4,**

**Insertion point for Standard question(s) X11-X12**

**Insertion point for Standard question(s) T4–T5**

**Insertion point for Standard question(s) T1, T3, T2**

**Insertion point for Standard question(s) T8, T6, T7**

**Insertion point for Standard question(s) V22, V16-V19**

43. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo? Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí 🡺 **Pase a la Pregunta X**

**44. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?** Marque TODAS las que correspondan

Quiero quedar embarazada

Estoy embarazada ahora

Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio

No quiero usar ningún método anticonceptivo

Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos

No estoy teniendo relaciones sexuales

Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo

Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos

Otra 🡺 Por favor escríbala:

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*,** **pase a la Pregunta x.**

**45.** **¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?** Marque TODAS las que correspondan

Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)

Vasectomía (esterilización masculina)

Píldoras anticonceptivas

Condones

Inyecciones (Depo-Provera®)

Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)

IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)

Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® oImplanon®)

Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)

El hombre se retira

No tener relaciones sexuales (abstinencia)

Otro 🡺 Por favor, escríbalo:

46. *Desde que nació su nuevo 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 X**

Sí

**Insertion point for Standard question(s) L27, L29**

**47. *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**

1. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico
2. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo
3. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez
4. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz
5. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones
6. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®,ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)
7. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos
8. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
9. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida
10. Me hizo una prueba para detectar la diabetes

**Insertion point for Standard question(s) L28**

**Insertion point for Standard question O4-O6, O1-O3**

**48. *Desde que nació******su nuevo bebé,* ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

## Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

**49. *Desde que nació******su nuevo bebé,* ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?**

## Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

**Insertion point for Standard question(s) M6, M5, M11, M10**

**Insertion point for Standard question(s) M12, M21, M16, M15, M20, M19**

**Insertion point for Standard question(s) Z13, Z2**

**OTRAS EXPERIENCIAS**

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

[STATE-SPECIFIC SECTION(Standards without insertion points and state-developed questions)]

**Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.**

**Insertion point for Standard question(s) P18**

**50. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo 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

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

Número dePersonas

**52. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

Mes/Día/Año

**Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!***

***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***