

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

# ***1 SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO EN EL EMBARAZO***

***(PRAMS, por sus siglas en inglés)***

## ***CUESTIONARIO TELEFÓNICO BÁSICO EN ESPAÑOL DE LA FASE 8***

**CORE**

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).

**ENTREVISTADORA: Por favor marque la letra o el número que corresponda a la respuesta de la participante.**

Primero quisiera hacerle algunas preguntas acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide **usted** de alto sin zapatos?  
(PREGUNTE: Más o menos, ¿qué tan alta es usted?)

- (No lea) 1 Pies \_\_\_\_\_ (RANGO: 4-6) Pulgadas \_\_\_\_\_ (RANGO: 0-11)  
o  
3 Centímetros \_\_\_\_\_ (RANGO: 120-210)  
8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

2. **Justo antes** de quedar embarazada de su **nuevo** bebé, ¿cuánto pesaba **usted**?  
(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuánto pesaba?)

- (No lea) 1 Peso en libras \_\_\_\_\_ (RANGO: 36-400 LIBRAS/KILOS)  
o  
2 Peso en kilos \_\_\_\_\_  
8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

3. ¿En qué fecha nació **usted**?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (RANGO: 10-55 AÑOS DE EDAD)  
Mes Día Año

(No lea) 88/88/8888 Se rehusó

99/99/9999 No sabe/no recuerda

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de quedar embarazada de su nuevo bebe.

4. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una 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 \_\_\_\_\_?)

(No lea)

| Condición  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se                            |                               |
|--|-----------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|
|  |           |           | re<br>h<br>u<br>s<br>ó<br>(8) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(9) |
| a. <i>Diabetes tipo 1 o tipo 2. <b>No</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo.</i> |           |           |                               |                               |
| b. <i>Presión sanguínea alta o hipertensión</i>  |           |           |                               |                               |
| c. <i>Depresión</i>  |           |           |                               |                               |

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? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, seleccione la que mejor describe a usted.

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

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

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

6. 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 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**

7. Voy a leer una lista de tipos de consultas médicas. Al decir cada una, por favor, dígame si usted tuvo este tipo de consulta en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé. ¿Tuvo usted \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé? ¿Tuvo usted \_\_\_\_?)

|                |   | (No lea)    |             |                                  |                           |
|----------------|---|-------------|-------------|----------------------------------|---------------------------|
|                |   | No          | Sí          | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó | No<br>sa<br>be<br>(9<br>) |
| Tipo de visita |   | (<br>1<br>) | (<br>2<br>) | (<br>8<br>)                      | (<br>9<br>)               |
| a.             | <b>Un chequeo de rutina en el consultorio de su médico de familia</b>               |             |             |                                  |                           |
| b.             | <i>Un chequeo de rutina en el consultorio de su ginecólogo-obstetra</i>             |             |             |                                  |                           |
| c.             | <i>Una consulta para una enfermedad o condición crónica</i>                         |             |             |                                  |                           |
| d.             | <i>Una consulta para una herida</i>   |             |             |                                  |                           |
| e.             | <i>Una consulta para planificación familiar o anticonceptivos</i>                   |             |             |                                  |                           |
| f.             | <i>Una consulta para depresión o ansiedad</i>                                       |             |             |                                  |                           |
| g.             | <i>Una consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental</i>    |             |             |                                  |                           |
| h.             | <i>Otro tipo de consulta</i>  |             |             |                                  |                           |
| i.             | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué tipo o tipos de consulta?<br>_____<br>_____<br>_____ |             |             |                                  |                           |

8. Durante alguna de sus consultas médicas en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un doctor, enfermera u otra profesional de la salud \_\_\_\_\_?)

(PREGUNTE: ¿Un doctor, enfermera u otra profesional de la salud, \_\_\_\_\_?)

| Actividad  | (No lea)  |           |   |                                       |
|--|-----------|-----------|---|---------------------------------------|
|  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó<br>(<br>8<br>) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(<br>9<br>) |
| a. Le dijo que tomara una vitamina con ácido fólico  |           |           |   |                                       |
| b. Le habló sobre mantener un peso saludable   |           |           |   |                                       |
| c. Le habló sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta        |           |           |   |                                       |
| d. Le habló sobre sus deseos de tener o no tener hijos   |           |           |   |                                       |
| e. Le habló sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo                           |           |           |   |                                       |
| f. Le habló sobre cómo podría mejorar su salud antes de un embarazo                              |           |           |   |                                       |
| g. Le habló sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis |           |           |   |                                       |
| h. Le preguntó si fumaba cigarrillos   |           |           |   |                                       |
| i. Le preguntó si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente                      |           |           |   |                                       |
| j. Le preguntó si se sentía decaída o deprimida  |           |           |   |                                       |
| k. Le preguntó sobre el tipo de trabajo que hace   |           |           |   |                                       |
| l. Le hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)                          |           |           |   |                                       |

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

9. 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 durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé. ¿Tenía usted \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?)

|  |          |
|--|----------|
|  | (No lea) |
|--|----------|

|  |  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>reh<br>us<br>ó<br>(8) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(<br>9<br>) |
|--|--|-----------|-----------|-----------------------------|---------------------------------------|
|  | Tipo de seguro   |           |           |                             |                                       |
| 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 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.   | ¿Tenía usted algún otro seguro médico durante el mes antes de quedar embarazada?   |           |           |                             |                                       |
| j.   | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue?<br><br>_____<br><br>—<br><br>_____<br><br>—   |           |           |                             |                                       |
| (ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta x, si la madre respondió Sí a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior) |  |           |           |                             |                                       |
| h.   | ¿Diría usted que no tenía ningún seguro médico durante el mes antes de quedar embarazada?<br><br>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí) |           |           |                             |                                       |

10. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted **durante su más reciente embarazo** para su *cuidado prenatal*? Voy a leer la lista de opciones otra vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tenía este tipo de seguro médico para su *cuidado prenatal*. Primero, déjame preguntar, [LEA Opción a: ¿Tenía usted cuidado prenatal?]

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted durante su embarazo más reciente para su *cuidado prenatal*?)

|  |  | (No lea) |     |    |    |
|--|--|----------|-----|----|----|
|  |  | No       | Sí  | Se | No |
|  |  | (1)      | (2) | r  | s  |
|  |  |          |     | e  | a  |
|  |  |          |     | h  | b  |
|  |  |          |     | u  | e  |
|  |  |          |     | s  |    |
|  |  |          |     | ó  | (  |
|  |  |          |     | (  | 8  |
|  |  |          |     | )  | 9  |
|  |  |          |     | )  | )  |
| Tipo de seguro   |  |          |     |    |    |
| a.   | ¿Tenía usted cuidado prenatal?<br><br>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía cuidado prenatal, marque NO y Pase a la Pregunta X)            |          |     |    |    |
| b.   | ¿Tenía usted _____?<br>Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja para su cuidado prenatal?                                 |          |     |    |    |
| c.   | Seguro médico privado de sus padres  |          |     |    |    |
| d.   | Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés   |          |     |    |    |
| e.   | Medicaid   |          |     |    |    |
| f.   | State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)   |          |     |    |    |
| g.   | State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program) |          |     |    |    |
| h.   | State-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)  |          |     |    |    |
| i.   | State-specific (IHS o tribal)  |          |     |    |    |
| j.   | ¿Tenía usted algún otro seguro médico para su cuidado prenatal?  |          |     |    |    |
| k.   | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue?<br><br>_____<br><br>_____   |          |     |    |    |
| (ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta x, si la madre respondió Sí a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior) |  |          |     |    |    |
| h.   | ¿Diría usted que no tenía seguro médico para su cuidado prenatal?<br><br>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí)   |          |     |    |    |

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted **ahora**? Voy a leer la lista de tipos de seguros médicos por última vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tiene este tipo de seguro médico **ahora**. ¿Tiene \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted **ahora**?)

|   | (No lea)  |           |   |                                       |
|---|-----------|-----------|---|---------------------------------------|
|   | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó<br>(<br>8<br>) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(<br>9<br>) |
| Seguro médico   |           |           |   |                                       |
| 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 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 o health reform)                                     |           |           |   |                                       |
| 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 usted otro seguro médico ahora?   |           |           |   |                                       |
| j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es?<br><br>_____<br><br>_____  |           |           |   |                                       |
| (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 ahora?<br><br>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí.)                     |           |           |   |                                       |

12. Piense en el tiempo **justo antes** de quedar embarazada de su **nuevo** bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor seleccione la que describa mejor cómo se sentía.



**(PREGUNTE:** *Justo antes* de quedar embarazada de su **nuevo** bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?)

- 1 No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- 2 Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- 3 Quería quedar embarazada en ese momento
- 4 No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- 5 No estaba seguro de lo que quería

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

*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.*

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

**(PREGUNTE:** ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted?)

- (No lea)**
- 1 Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)  
o
  - 2 Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
  - 3 Usted no recibió cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta x**
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

14. **Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algunas de las siguientes cosas?

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

|             |  | <i>(No lea)</i> |            |            |            |
|-------------|--|-----------------|------------|------------|------------|
|             |  | No              | Si         | Se rehusó  | No sabe    |
| <i>Tema</i> |  | <i>(1)</i>      | <i>(2)</i> | <i>(8)</i> | <i>(9)</i> |
| a.          | <i>Si sabía cuánto peso debería aumentar durante su embarazo</i> |                 |            |            |            |
| b.          | <i>Si estaba tomando medicinas recetadas</i>                     |                 |            |            |            |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| c. | Si estaba fumando cigarrillos   |  |  |  |  |
| d. | Si estaba tomando alcohol   |  |  |  |  |
| e. | Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente                              |  |  |  |  |
| f. | Si se sentía decaída o deprimida  |  |  |  |  |
| g. | Si estaba usando drogas como marihuana, cocaína, crack o meth                             |  |  |  |  |
| h. | Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH, el virus que causa el SIDA              |  |  |  |  |
| i. | Si estaba planeando darle pecho a su nuevo bebé   |  |  |  |  |
| j. | Si estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su nuevo bebé |  |  |  |  |

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

16. Durante los 12 meses **antes del nacimiento** de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza? Le voy a leer una lista de 3 opciones. Por favor, dígame cuál le corresponde a usted.

- (No lea)**      1      No  
                          2      Sí, antes de su embarazo  
                          3      Sí, durante su embarazo  
                          8      Se rehusó  
                          9      No sabe / No recuerda

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

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

18. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada uno, por favor dígame si usted tuvo esa condición durante su embarazo **más reciente**. ¿Tuvo usted \_\_\_\_\_?

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

|  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó<br>(8) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(9) |
|--|-----------|-----------|---|-------------------------------|
| Condición  |           |           |   |                               |
| a. Diabetes gestacional o diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo                  |           |           |   |                               |
| b. Alta presión sanguínea que <b>comenzó</b> durante este embarazo, preeclampsia o eclampsia |           |           |   |                               |
| c. Depresión   |           |           |   |                               |

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 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**

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

(PREGUNTE: En los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿aproximadamente 1cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?)

- 1 41 cigarrillos o más al día  
 2 De 21 a 40 cigarrillos  
 3 De 11 a 20 cigarrillos  
 4 De 6 a 10 cigarrillos  
 5 De 1 a 5 cigarrillos  
 6 Menos de 1 cigarrillo  
 7 No fumaba en ese entonces

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

21. En los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? ¿Fumaba \_\_\_\_\_?

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

- 1 41 cigarrillos o más al día
- 2 De 21 a 40 cigarrillos
- 3 De 11 a 20 cigarrillos
- 4 De 6 a 10 cigarrillos
- 5 De 1 a 5 cigarrillos
- 6 Menos de 1 cigarrillo
- 7 No fumaba en ese entonces

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

22. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día promedio **1ahora**? ¿Fuma \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 1 41 cigarrillos o más al día
- 2 De 21 a 40 cigarrillos
- 3 De 11 a 20 cigarrillos
- 4 De 6 a 10 cigarrillos
- 5 De 1 a 5 cigarrillos
- 6 Menos de 1 cigarrillo
- 7 No fuma actualmente

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

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

23. Voy a leer una lista de productos. Al decir cada una, por favor dígame si usted lo ha usado en los **últimos 2 años**. ¿Ha usado usted \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** En los **últimos 2 años**, ¿ha usado usted \_\_\_\_\_?)

| Producto | (No lea)  |           |                         |                   |
|----------|-----------|-----------|-------------------------|-------------------|
|          | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>reh<br>usó<br>(8) | No<br>Sabe<br>(9) |
|          |           |           |                         |                   |

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| a | <p><i>E-cigarillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina</i></p> <p><i>PREGUNTE: E-cigarillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros o 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.</i></p> |  |  |  |  |
| b | <p><i>Hookah</i></p> <p><i>PREGUNTE: Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.</i></p>   |  |  |  |  |
| c | <p><i>State-added option: Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé</i></p>   |  |  |  |  |
| d | <p><i>State-added option: Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros</i></p>  |  |  |  |  |

**ENTREVISTADORA: Si la madre NO usó e- cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta x.**

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

- 1 Más de una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 2-6 días a la semana
- 4 Una vez a la semana o menos
- 5 Usted no usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

25. En los **últimos 3 meses** de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina? ¿Los usaba \_\_\_\_\_?

- 1 Más de una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 2-6 días a la semana
- 4 Una vez a la semana o menos
- 5 Usted no usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

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

26. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los **últimos 2 años?** 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 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**

27. Durante los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal? ¿Usted tomaba \_\_\_\_\_?  
 (PREGUNTE: Durante los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿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

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

28. En los **12 meses antes de quedar embarazada** de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

|                       | (No lea)           |               |                         |                               |
|-----------------------|--------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------|
|                       | No<br>o<br>(1<br>) | Sí<br>(2<br>) | Se<br>reh<br>uso<br>(8) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(9) |
| Persona               |                    |               |                         |                               |
| a. Su esposo o pareja |                    |               |                         |                               |

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

29. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

| Persona                                      | (No lea)          |               |                         |                               |
|--|-------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------|
|  | N<br>o<br>(1<br>) | Sí<br>(2<br>) | Se<br>reh<br>uso<br>(8) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(9) |
| a. Su esposo o pareja                        |                   |               |                         |                               |
| b. Su ex esposo o ex pareja                  |                   |               |                         |                               |
| c. State option (Otro miembro de la familia) |                   |               |                         |                               |
| d. State option (Otra persona)               |                   |               |                         |                               |

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

30. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

(PREGUNTE: ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su nuevo bebé?)

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

88/88/8888    Se rehusó

99/99/9999 No sabe/no recuerda

31. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?  
(**PREGUNTE:** ¿Él o ella estuvo en el hospital \_\_\_\_\_?)

- 1 Menos de 24 horas o menos de 1 día
- 2 De 24 a 48 horas o de 1 a 2 días
- 3 De 3 a 5 días
- 4 De 6 a 14 días
- 5 Más de 14 días

- (No lea) 6 Su bebé no nació en el hospital
- 7 Su bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta x**
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

32. 1¿Su bebé está vivo?

- (No lea) 1 No → *Lamentamos mucho su pérdida* **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**

33. 1En estos momentos, ¿su bebé vive con usted?

- (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**

34. Voy a leer una lista de fuentes de información sobre dar pecho o amamantar a un bebé. Al decir cada una, por favor dígame si usted recibió información de esta fuente **antes o después de que naciera su nuevo bebé**. ¿Recibió información sobre amamantar a su bebé de\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTE:** *Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?*)

|                                  |     | (No lea) |     |     |  |
|----------------------------------|-----|----------|-----|-----|--|
|                                  |     | Se       |     | No  |  |
|                                  |     | r        |     | s   |  |
|                                  |     | e        |     | a   |  |
|                                  |     | h        |     | b   |  |
|                                  |     | u        |     | e   |  |
|                                  |     | s        |     |     |  |
|                                  |     | ó        |     |     |  |
| Fuente                           | No  | Sí       |     |     |  |
|                                  | (1) | (2)      | (8) | (9) |  |
| a Su doctor                      |     |          |     |     |  |
| b Una enfermera, partera o dóula |     |          |     |     |  |



|    |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|
| c. | Una especialista o asesora en lactancia materna                          |  |  |  |  |
| d. | El doctor o proveedor de salud de su 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. | ¿Alguna otra fuente?   |  |  |  |  |
| i. | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue?                                     |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |

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 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**

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

- (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**

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

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

- (No lea)**
- 1 Le dio pecho por menos de 1 semana
  - 2 Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)
  - o
  - 3 Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
  - 8 88 Se rehusó
  - 9 99 No sabe/no recuerda

**ENTREVISTADORA: Si el bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta x.**

38. Actualmente, ¿en **cuál** posición acuesta usted a su bebé **la mayoría del tiempo** para que duerma? ¿Lo acuesta \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Cómo acuesta al bebé **la mayoría** de las veces?)

- 1 De lado
- 2 Boca arriba

- 3 Boca abajo
- (No lea)** 4 De lado y boca arriba  
5 De lado y boca abajo  
6 Boca arriba y boca abajo  
7 De lado, boca arriba y boca abajo  
8 Se rehusó  
9 No sabe/no recuerda

39. En las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

**(PREGUNTE:** ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?)

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

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

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

41. Voy a leer una lista de maneras en que unos bebés duermen. Para cada una, por favor dígame si corresponde a cómo su nuevo bebé durmió normalmente en las **últimas 2 semanas**. ¿Normalmente durmió su nuevo bebé \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** En las **últimas 2 semanas**, ¿diría usted que su nuevo bebé durmió \_\_\_\_\_?)

(No lea)

| Descripción   | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó<br><br>(<br>8<br>) | No<br>Sabe<br>(9) |
|---|-----------|-----------|---|-------------------|
|   |           |           |   |                   |
| a. En una cuna, moisés o « pack and play »  |           |           |   |                   |
| b. En un colchón o cama individual o más grande   |           |           |   |                   |
| c. En un sofá, silla o reclinadora  |           |           |   |                   |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés   |           |           |   |                   |
| e. En un saquito para dormir, <i>sleeping sack</i> en inglés o saquito cobertor                     |           |           |   |                   |
| f. Con una manta  |           |           |   |                   |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U                                 |           |           |   |                   |
| h. Con protectores de cuna transpirables o no transpirables; se llamen <i>bumper pads</i> en inglés |           |           |   |                   |

42. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud alguna de las siguientes cosas? Voy a leer una lista corta.

(PREGUNTE: ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud \_\_\_\_?)

| Descripción   | (No lea)  |           |   |                           |
|---|-----------|-----------|---|---------------------------|
|   | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó<br><br>(<br>8<br>) | No<br>sa<br>b<br>e<br>(9) |
| a. Que pusiera a dormir a su bebé boca arriba                           |           |           |   |                           |
| b. Que pusiera a dormir a su bebé en una cuna, moisés o “pack and play” |           |           |   |                           |
| c. Que pusiera la cuna o cama de su bebé en su cuarto de usted          |           |           |   |                           |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cuna o cama con su bebé       |           |           |   |                           |

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 son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

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

44. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres o sus esposos o parejas tienen para no hacer algo a fin de evitar un embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted o su esposo o pareja **actualmente**. ¿Es porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Una de las razones por las que no está haciendo algo para evitar un embarazo **ahora** es porque \_\_\_\_\_?)

| Razón   | (No lea)    |             |                                  |                        |
|---|-------------|-------------|----------------------------------|------------------------|
|   | No          | Sí          | Se<br>r<br>e<br>h<br>u<br>s<br>ó | No<br>s<br>a<br>b<br>e |
| a. <i>Usted quiere quedar embarazada</i>  | (<br>1<br>) | (<br>2<br>) | (<br>8<br>)                      | (<br>9<br>)            |
| b. <i>Usted está embarazada ahora</i>   |             |             |                                  |                        |
| c. <i>Se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio</i>   |             |             |                                  |                        |
| d. <i>Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo</i>   |             |             |                                  |                        |
| e. <i>Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos</i>                                       |             |             |                                  |                        |
| f. <i>No está teniendo relaciones sexuales</i>  |             |             |                                  |                        |
| g. <i>Su esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo</i>                                    |             |             |                                  |                        |
| h. <i>Tiene problemas para pagar por los anticonceptivos</i>  |             |             |                                  |                        |
| i. <i>¿Tiene cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?</i> |             |             |                                  |                        |
| j. <i>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es esa razón?</i>   | <hr/> <hr/> |             |                                  |                        |

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

45. 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 o su esposo o pareja está usándolo **actualmente**.

(PREGUNTE: ¿Qué está usando usted o su esposo o pareja **actualmente** para evitar un embarazo?)

| Método   | (No lea)  |           |                  |                |
|--|-----------|-----------|------------------|----------------|
|  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Se rehusó<br>(8) | No sabe<br>(9) |
| a. Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio, esterilización femenina o Essure®                                     |           |           |                  |                |
| b. Vasectomía o esterilización masculina   |           |           |                  |                |
| c. Píldoras anticonceptivas  |           |           |                  |                |
| d. Condones  |           |           |                  |                |
| e. Inyecciones o Depo-Provera®   |           |           |                  |                |
| f. Parche anticonceptivo o OrthoEvra® o anillo vaginal o NuvaRing®   |           |           |                  |                |
| g. IUD o dispositivo intrauterino, incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®                                    |           |           |                  |                |
| h. Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo, incluyendo Nexplanon® o Implanon®                               |           |           |                  |                |
| i. Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo  |           |           |                  |                |
| j. El hombre se retira   |           |           |                  |                |
| k. No tener relaciones sexuales o abstinencia  |           |           |                  |                |
| l. ¿Está usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método anticonceptivo para evitar el embarazo <b>ahora</b> ? |           |           |                  |                |
| m. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál método está usando?   |           |           |                  |                |

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 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

47. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas? Voy a leer una lista de cosas.

(PREGUNTE: ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de la salud \_\_\_\_\_?)

| Cosa  | (Don't read)       |               |                         |                               |
|---|--------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------|
|   | No<br>o<br>(1<br>) | Sí<br>(2<br>) | Se<br>reh<br>uso<br>(8) | No<br>s<br>a<br>b<br>e<br>(9) |
| a. <i>Le dijo que tomara una vitamina con ácido fólico</i>  |                    |               |                         |                               |
| b. <i>Le habló sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo</i>                        |                    |               |                         |                               |
| c. <i>Le habló sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez</i>   |                    |               |                         |                               |
| d. <i>Le habló sobre métodos anticonceptivos que puede usar después de dar a luz</i>  |                    |               |                         |                               |
| e. <i>Le dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección o Depo-Provera®, el NuvaRing® o condones</i> |                    |               |                         |                               |
| f. <i>Le puso un dispositivo intrauterino o IUD como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla® o un implante anticonceptivo como</i>      |                    |               |                         |                               |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Nexplanon* o<br>Implanon*  |  |  |  |  |
| g. Le preguntó si usted<br>fumaba cigarrillos  |  |  |  |  |
| h. Le preguntó si alguien<br>la estaba lastimando<br>emocionalmente o<br>físicamente |  |  |  |  |
| i. Le preguntó si se<br>sentía decaída o<br>deprimida                                |  |  |  |  |
| j. Le hizo una prueba<br>para detectar la<br>diabetes                                |  |  |  |  |

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

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? ¿Diría usted que ha sido 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



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.

---

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. Voy a leer una lista de opciones. ¿El ingreso total al año de su hogar era \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total al año de su hogar antes de impuestos?)

- 1 De \$0 a \$16,000
- 2 De \$16,001 a \$20,000
- 3 De \$20,001 a \$24,000
- 4 De \$24,001 a \$28,000
- 5 De \$28,001 a \$32,000
- 6 De \$32,001 a \$40,000
- 7 De \$40,001 a \$48,000
- 8 De \$48,001 a \$57,000
- 9 De \$57,001 a \$60,000
- 10 De \$60,001 a \$73,000
- 11 De \$73,001 a \$85,000
- 12 \$85,001 ó más

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

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

(No lea) \_\_\_\_\_ Personas

88      Se rehusó  
99      No sabe/no recuerda

