**Form Approved**

**OMB No. 0920-1273**

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

Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

Phase 9 Core Mail Questionnaire – Spanish

Cuestionario Correo Básico De La Fase 9 – En Español

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 (0920-1273).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Phase 9 Spanish Mail** | |  |
|  |  |  |
| **Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta o siga las instrucciones 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.*** |  |
| **Core 1.** | **¿En qué fecha nació *usted*?** |  |
|  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_   Mes Día Año |  |
|  |  |  |
| **Core 2.** | **Antes de quedar embarazada, ¿usted…** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | ¿Tenía serias dificultades de audición, o es sorda? | \* \* |
|  | ¿Tenía serias dificultades con su visión incluso cuando usaba espejuelos, o es ciega? | \* \* |
|  | ¿Tenía serias dificultades caminando o subiendo escaleras? | \* \* |
|  | ¿Tenía serias dificultades concentrándose, recordándose de cosas o tomando decisiones dado a una condición física, mental o emocional? | \* \* |
|  | ¿Tenía dificultades vistiéndose o bañándose por su cuenta? | \* \* |
|  | ¿Tenía dificultades haciendo cosas sola, como ir a una visita médica o de compras, dado a una condición física, mental o emocional? | \* \* |
|  |  |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada.** |  |
| **Core 3.** | **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** |
|  | Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**no** es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) | \* \* |
|  | Presión alta o hipertensión | \* \* |
|  | Depresión | \* \* |
|  | Ansiedad | \* \* |
|  | *Site-added options from standard L11* | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 4.** | **En los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Chequeo de rutina con un médico de familia | \* \* |
|  | Chequeo de rutina con un ginecólogo-obstetra | \* \* |
|  | Visita asociada a una herida, enfermedad o condición crónica | \* \* |
|  | Visita a un centro de cuidado de urgencias o a la sala de emergencias | \* \* |
|  | Visita para planificación familiar o obtener anticonceptivos | \* \* |
|  | Visita por depresión o ansiedad | \* \* |
| g. | Visita para una limpieza dental | \* \* |
| h. | Otra | \* \* |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
|  | **Si no fue a una visita de atención médica en los 12 meses antes de su embarazo, pase a la pregunta Core 6.** |  |
|  |  |  |
| **Core 5.** | **En alguna de las visitas de atención médica que tuvo en los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | **Habló conmigo acerca de…** |  |
|  | Mi peso | \* \* |
|  | Chequearme la presión regularmente | \* \* |
|  | Mis deseos de tener o no tener hijos | \* \* |
|  | Anticonceptivos | \* \* |
|  | Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo | \* \* |
|  | Las enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH | \* \* |
|  | **Me preguntó…** |  |
|  | Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo | \* \* |
|  | Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente | \* \* |
|  | Si me sentía deprimida o ansiosa | \* \* |
|  |  |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico*.** |  |
|  |  |  |
| **Core 6.** | **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 (pagado por mi, otra persona o que tengo por el trabajo) |  |
|  | Medicaid (Site Medicaid name) |  |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |  |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)* |  |
|  | *Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)* |  |
|  | *Site option (IHS o tribal)* |  |
|  | Otro seguro médico |  |
|  | Por favor, díganos: |  |
|  | --- |  |
|  | No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada. |  |
| **Core 7.** | ***Durante* su embarazo más reciente***,* **¿qué tipo de seguro médicotenía usted?** |  |
|  | **Marque TODAS las que correspondan** |  |
|  |  |  |
|  | Seguro médico privado (pagado por mi, otra persona o que tengo por el trabajo) |  |
|  | Medicaid (Site Medicaid name) |  |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |  |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo, MCH program, indigent care, family planning program)* |  |
|  | *Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)* |  |
|  | *Site option (IHS o tribal)* |  |
|  | Otro seguro médico |  |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | No tenía seguro médico *durante mi embarazo* |  |
| **Core 8.** | **¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?** |  |
|  | **Marque TODAS las que correspondan** |  |
|  |  |  |
|  | Seguro médico privado (pagado por mi, otra persona o que tengo por el trabajo) |  |
|  | Medicaid (Site Medicaid name) |  |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |  |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)* |  |
|  | *Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)* |  |
|  | *Site option (IHS o tribal)* |  |
|  | Otro seguro médico |  |
|  | Por favor, díganos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
|  | No tengo ningún seguro médico *ahora* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Core 9.** | **Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara 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 antes |  |
|  | Quería quedar embarazada en ese momento |  |
|  | No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca |  |
|  | No estaba segura de lo que quería |  |
|  |  |  |
|  | **DURANTE EL EMBARAZO** |  |
|  |  |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo.** (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas.) | |
|  |  |  |
| **Core 10.** | **¿Usted recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?** |  |
|  |  |  |
|  | No → **Pase a la Pregunta X** |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 11.** | ***Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal*, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | **Habló conmigo acerca de…** |  |
|  | Cuanto peso debería aumentar durante el embarazo | \* \* |
|  | Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que corren en la familia | \* \* |
|  | Las señales y síntomas de un parto prematuro (parto al menos 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento) | \* \* |
|  | Que hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé | \* \* |
|  | **Me preguntaron…** |  |
|  | Si tenía planificado amamantar a mi nuevo bebé | \* \* |
|  | Si estaba pensando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé | \* \* |
|  | Si estaba tomando medicamentos recetados | \* \* |
|  | Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo | \* \* |
|  | Si estaba tomando alcohol | \* \* |
|  | Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente | \* \* |
|  | Si estaba usando drogas ilegales | \* \* |
|  | Si estaba usando marihuana | \* \* |
|  | Si quería hacerme la prueba de VIH | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 12.** | **Durante los *12 meses antes* de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de salud le *ofreció* ponerle alguna de las siguientes vacunas o inyecciones?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Influenza (“flu”) | \* \* |
|  | Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina) | \* \* |
|  | COVID-19 | \* \* |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Core 13.** | **¿*Se puso* alguna delas siguientes vacunas antes o durante el embarazo?** |  |
|  | Para cada una, marque:  **A** si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo  **D** si se la puso **Durante** el embarazo  **N** si **No** se la puso antes o durante el embarazo |  |
|  |  | **A D N** |
|  |  | \* \* \* |
|  | Influenza (“flu”) | \* \* \* |
|  | Tdap | \* \* \* |
|  | COVID-19 |  |
|  |  |  |
| **Core 14.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?** |  |
|  |  |  |
|  | No |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Core 15.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de salud le dijo que tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Diabetes gestacional (diabetes que **comenzó** durante *este* embarazo) | \* \* |
|  | Presión alta (que **desarrolló** durante *este* embarazo), preeclampsia o eclampsia | \* \* |
|  | Depresión | \* \* |
|  | Ansiedad | \* \* |
|  | **Si tuvo presión alta antes o durante su embarazo, pase a la Pregunta X, si no, pase a la Pregunta X.** | |
|  |  |  |
| **Core 16.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión alta?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Me refirió a otro proveedorde la salud | \* \* |
|  | Me dijo que me chequeara la presión regularmente ***durante*** el embarazo | \* \* |
|  | Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable ***después*** del embarazo | \* \* |
|  | Habló conmigo acerca de chequearme la presión ***después*** del embarazo regularmente | \* \* |
|  | Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardiacas ***después*** del embarazo | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 17.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de las "señales de advertencia" que usted debe estar pendiente durante y después de su embarazo y que requerirían atención médica inmediata?** Algunos de estos síntomas pueden incluir fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, o dolor de estómago intenso. |  |
|  |  |  |
| ☐ | No → **Pase a la Pregunta X** |  |
| ☐ | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 18.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de las señales de advertencia de alguna de las siguientes fuentes?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Un proveedor de la salud (como un doctor, enfermera o partera) | \* \* |
|  | Páginas web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter) | \* \* |
|  | Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan **“Hear Her"** o **“Escúchela”** (como una página web, en las redes sociales o un folleto) | \* \* |
|  | Familiares o amistades | \* \* |
|  |  |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos u otros productos del tabaco.** | |
|  |  |  |
| **Core 19.** | **¿Ha fumado algún cigarrillo en los *últimos 2 años*?** |  |
|  |  |  |
| ☐ | No → **Go to Question [Core 23]** |  |
| ☐ | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 20.** | **En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día** **normal?** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ☐ | Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos) |  |
| ☐ | Entre media a una cajetilla (11 a 20 cigarrillos) |  |
| ☐ | Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos) |  |
| ☐ | No fumaba en ese entonces |  |
|  |  |  |
| **Core 21.** | **En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?** |  |
| ☐ | Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos) |  |
| ☐ | Entre media a una cajetilla (11 a 20 cigarrillos) |  |
| ☐ | Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos) |  |
| ☐ | No fumaba en ese entonces |  |
|  |  |  |
| **Core 22.** | **Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?** |  |
|  |  |  |
| ☐ | Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos) |  |
| ☐ | Entre media a una cajetilla (11 a 20 cigarrillos) |  |
| ☐ | Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos) |  |
| ☐ | No fumo actualmente |  |
|  |  |  |
| **Core 23.** | **En los *últimos 2 años,* ¿ha usado cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros productos de nicotina electrónicos?** |  |
|  |  |  |
|  | No → **Go to Question [Core 27]** |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 24.** | **En los *3 meses* *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?** |  |
|  |  |  |
| ☐ | Todos los días |  |
| ☐ | Algunos días |  |
| ☐ | No usé cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina en ese momento |  |
|  |  |  |
| **Core 25.** | **En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?** |  |
|  |  |  |
| ☐ | Todos los días |  |
| ☐ | Algunos días |  |
| ☐ | No usé cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina en ese momento |  |
|  |  |  |
| **Core 26.** | ***En los últimos 2 años*, ¿ha usado los cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?** |  |
|  |  |  |
|  | No |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser 1 copa de vino, gaseosa fuerte, lata o botella de cerveza, trago de licor o bebida mezclada.** | |
|  |  |  |
| **Core 27.** | ***Durante su embarazo más reciente*, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1er trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada* | \* \* |
| b. | ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2do trimestre)? | \* \* |
| c. | ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3er trimestre)? | \* \* |
|  |  |  |
|  | **Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la Pregunta [Core 29].** | |
| **Core 28.** | ***Durante* su embarazo más reciente*,* ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1er trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada* | \* \* |
| b. | ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2do trimestre) | \* \* |
| c. | ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3er trimestre) | \* \* |
|  |  |  |
|  | **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.** | |
|  |  |  |
| **Core 29.** | **¿Ocurrieron algunas de las siguientes cosas durante los *12 meses antes* de que naciera su nuevo bebé?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Me separé o divorcié | \* \* |
|  | Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo | \* \* |
|  | No tenía un sitio donde podía dormir regularmente | \* \* |
|  | Era una persona sin hogar o vagabunda, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio | \* \* |
|  | Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo | \* \* |
|  | A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo | \* \* |
|  | Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas | \* \* |
|  | Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel | \* \* |
|  | Yo estuve en la cárcel | \* \* |
|  | Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | \* \* |
|  | Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 30.** | **Enlos *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?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Mi esposo(a) o pareja | \* \* |
|  | Mi ex esposo(a) o ex pareja | \* \* |
|  | *Site option (Otro miembro de la familia)* | \* \* |
|  | *Site option (Otra persona)* | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 31.** | ***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?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Mi esposo(a) o pareja | \* \* |
|  | Mi ex esposo(a) o ex pareja | \* \* |
|  | *Site option (Otro miembro de la familia)* | \* \* |
|  | *Site option (Otra persona)* | \* \* |
|  |  |  |
|  | **DESPUÉS DEL EMBARAZO** |  |
|  |  |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.** |  |
|  |  |  |
| **Core 32.** | ***Después* del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su bebé en el hospital?** |  |
|  | Menos de 3 días |  |
|  | 3 a 5 días |  |
|  | 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** |  |
|  |  |  |
| **Core 33.** | **¿Su bebé está vivo?** |  |
|  |  |  |
|  | No → **Lamentamos mucho su pérdida. Pase a la Pregunta X** |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 34.** | **Actualmente, ¿su bebé vive con usted?** |  |
|  |  |  |
|  | No → **Pase a la Pregunta X** |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 35.** | **¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio pecho a su nuevo bebé, o lo alimentó con leche materna?** |  |
|  | **Marque UNA respuesta** |  |
|  |  |  |
|  | Nunca amamanté a mi bebé |  |
|  | Amamanté a mi bebé menos de 1 semana |  |
|  | Amamanté a mi bebé: |  |
|  | \_\_\_\_\_\_ Semana(s)  **O** |  |
|  | \_\_\_\_\_\_ Mes(es) |  |
|  | Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna |  |
|  |  |  |
|  | **Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta [Core 41].** |  |
|  |  |  |
| **Core 36.** | **En las *últimas 2 semanas*, ¿en que posición ha acostado a su nuevo bebé a dormir por las noches o para siestas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | De lado | \* \* |
|  | Boca arriba | \* \* |
|  | Boca abajo | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 37.** | **En las *últimas 2 semanas*, cuando usted estaba durmiendo, ¿con que frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?** |  |
|  | Siempre |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Casi nunca |  |
|  | Nunca → **Pase a la Pregunta X** |  |
|  |  |  |
| **Core 38.** | **En las *últimas 2 semanas*, ¿la cuna de su bebé ha estado en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?** |  |
|  |  |  |
|  | No |  |
|  | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 39.** | **En las *últimas 2 semanas,* ¿en dónde acostó a su nuevo bebé a dormir por las noches o para siestas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Una cuna, cuna portátil o moisés | \* \* |
|  | Una cama tamaño “twin” o una más grande | \* \* |
|  | Un sofá, butaca o sillón | \* \* |
|  | Un asiento de bebé para el auto (“car seat”) | \* \* |
|  | Un columpio, mecedora u otra cama inclinada | \* \* |
|  | Una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto | \* \* |
|  | Una cuna tablero indígena (“babyboard” o “cradleboard”) | \* \* |
|  | Otro | \* \* |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| **Core 40.** | **En las *últimas 2 semanas*, ¿acostó a su nuevo bebé a dormir con alguna de las siguientes cosas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Un saco de dormir | \* \* |
|  | Una manta en la que envolvió a su bebé | \* \* |
|  | Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no están ajustadas | \* \* |
|  | Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluyendo las almohadas para amamantar | \* \* |
|  | Protectores de cuna (de malla o sin malla) | \* \* |
|  | Otro | \* \* |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| **Core 41.** | **¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo actualmente para evitar un embarazo?** Esto puede incluir operarse, usar anticonceptivos, condones, seguir métodos de planificación familiar natural, entre otros. |  |
|  |  |  |
|  | No |  |
|  | Sí → **Pase a la Pregunta X** |  |
|  |  |  |
| **Core 42.** | **¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?** |  |
|  | **Marque TODAS las que correspondan** |  |
|  |  |  |
|  | Estoy embarazada ahora **→ Pase a la Pregunta X** |  |
|  | Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada |  |
|  | Estoy operada (me ligaron o bloquearon las trompas) |  |
|  | Mi esposo o pareja se operó (vasectomía) |  |
|  | No quiero usar anticonceptivos |  |
|  | Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos |  |
|  | Mi esposo o pareja no quiere usar condones |  |
|  | Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos |  |
|  | Mi pareja es del mismo sexo |  |
|  | Tengo problemas para obtener los anticonceptivos quiero |  |
|  | No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando |  |
|  | No estoy teniendo relaciones sexuales |  |
|  | Otro |  |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
|  | **Si usted o su esposo o pareja no estan haciendo algo para evitar un embarazo actualmente, pase a la Pregunta Core 44.** | |
|  |  |  |
| **Core 43.** | **¿Qué tipo 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 |  |
|  | Mi esposo o pareja se operó (vasectomía) |  |
|  | Píldoras anticonceptivas |  |
|  | Condones |  |
|  | Inyecciones |  |
|  | Parche anticonceptivo o Anillo vaginal |  |
|  | IUD (dispositivo intrauterino) |  |
|  | Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo |  |
|  | El se retira y eyacula a fuera |  |
|  | Método de planificación familiar natural o métodos de observación de la fertilidad (incluyendo el ritmo o aplicaciones de fertilidad) |  |
|  | Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (Amenorrea de la lactancia o MELA) |  |
|  | Otro |  |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| **Core 44.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿usted ha tenido un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto. |  |
|  |  |  |
| ☐ | No → **Pase a la Pregunta X** |  |
| ☐ | Sí |  |
|  |  |  |
| **Core 45.** | ***Durante su chequeo posparto,* ¿un proveedor de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | **Habló conmigo acerca de…** |  |
|  | La nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo | \* \* |
|  | Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez | \* \* |
|  | Anticonceptivos | \* \* |
|  | Los signos de urgencia o síntomas que podría sentir dado al embarazo y que podrían ser peligrosos | \* \* |
|  | Tomarme la presión regularmente | \* \* |
|  | Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa | \* \* |
|  | **Me preguntó …** |  |
|  | Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros tabaco sin humo | \* \* |
|  | Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente | \* \* |
|  | **Un proveedor le…** |  |
|  | Hizo una prueba para detectar la diabetes | \* \* |
|  | Recetó medicamentos para la depresión o ansiedad | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 46.** | ***Desde que nació******su nuevo bebé,* ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?** |  |
|  |  |  |
|  | Siempre |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Rara vez |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
| **Core 47.** | ***Desde que nació******su nuevo bebé,* ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer?** |  |
|  |  |  |
|  | Siempre |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Rara vez |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
| **Core 48.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o tensa?** |  |
|  |  |  |
|  | Siempre |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Rara vez |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
| **Core 49.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar o controlar cuanto se preocupa?** |  |
|  |  |  |
|  | Siempre |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Rara vez |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
| **Core 50.** | **¿Algún proveedor de salud le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía decaída, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes períodos de tiempo?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Durante mi embarazo más reciente | \* \* |
|  | Desde que nació mi bebe | \* \* |
|  |  |  |
|  | **OTRAS EXPERIENCIAS** |  |
|  | **Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.** |  |
|  |  |  |
| **Core 51.** | **Por favor indique con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los *12 meses* *antes* de que naciera su nuevo bebé.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más.** |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
|  | **La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más.** |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | A veces |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
| **Core 52.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le ha impedido hacer alguna de las siguientes cosas?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Citas médicas | \* \* |
|  | Reuniones o citas que no eran médicas o del trabajo | \* \* |
|  | Hacer recados o diligencias | \* \* |
|  |  |  |
| **Core 53.** | **Mientras recibía cuidado médico a través de su embarazo, el parto o el cuidado posparto, ¿usted se sintió que fue discriminada, que le impidieron o le dieron problemas en hacer algo, o le hicieron sentir que es inferior a otra persona por alguna de las siguientes razones?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** se sintió que fue discriminada por esa razón, o **Sí** si lo fue. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Mi raza, etnicidad o el color de mi piel | \* \* |
|  | Por alguna discapacidad | \* \* |
|  | Mi estatus de inmigración | \* \* |
|  | Mi edad | \* \* |
|  | Mi peso | \* \* |
|  | Mi salario o cuanto ganaba | \* \* |
|  | Mi sexo o género | \* \* |
|  | Mi orientación sexual | \* \* |
|  | Mi religion | \* \* |
|  | Mi idioma o acento | \* \* |
|  | El tipo de seguro médico que tengo o porque no tengo seguro médico | \* \* |
|  | Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas) | \* \* |
|  | Dado a que he estado involucrada en el sistema judicial (cárcel o prisión) | \* \* |
|  | Otra razón | \* \* |
|  | Por favor, díganos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| **Core 54.** | ***Durante su vida hasta ahora*, ¿con qué frecuencia se ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, molestado o le han hecho sentir inferior debido a su raza, etnicidad o el color de su piel?** |  |
|  |  |  |
|  | Frecuentemente |  |
|  | Algunas veces |  |
|  | Rara vez |  |
|  | Nunca |  |
|  |  |  |
| **Core 55.** | **¿*Alguna vez* ha sido tratada injustamente debido a su raza, etnicidad o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?** |  |
|  | Para cada una, marque **No** o **Sí**. |  |
|  |  | **No Sí** |
|  | Trabajo (contratación, promoción, despido) | \* \* |
|  | Vivienda (alquilando, comprando u obteniendo una hipoteca) | \* \* |
|  | Policía (detenida, registrada, amenazada) | \* \* |
|  | En los tribunales | \* \* |
|  | En la escuela o la escuela de mi hijo | \* \* |
|  | Recibiendo atención médica | \* \* |
|  |  |  |
|  | **Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.** | |
|  |  |  |
| **Core 56.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso o salario total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo. |  |
|  |  |  |
|  | $0 a $16,000 |  |
|  | $16,001 a $20,000 |  |
|  | $20,001 a $24,000 |  |
|  | $24,001 a $32,000 |  |
|  | $32,001 a $48,000 |  |
|  | $48,001 a $60,000 |  |
|  | $60,001 a $85,000 |  |
|  | $85,001 o más |  |
|  |  |  |
| **Core 57.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, *incluyéndola a usted*, dependían de este dinero?** |  |
|  | \_\_\_\_\_\_ Número dePersonas |  |
|  |  |  |
| **Core 58.** | **¿Cuál es la fecha de hoy?** |  |
|  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_  Mes Día Año |  |
|  |  |  |
|  | **Por favor, utilice este espacio para añadir cualquier comentario que desee hacer acerca de su embarazo u otros temas que no fueron incluidos en la encuesta.**  **¡Gracias por respnder nuestras preguntas! Sus respuestas ayudarán a que las madres y bebés en <STATE> sean más saludables.** |  |