

---

# 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).

---

**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**.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿Tenía serias dificultades de audición, o es sorda?  | *         | *         |
| b. ¿Tenía serias dificultades con su visión incluso cuando usaba espejuelos, o es ciega?  | *         | *         |
| c. ¿Tenía serias dificultades caminando o subiendo escaleras?   | *         | *         |
| d. ¿Tenía serias dificultades concentrándose, recordándose de cosas o tomando decisiones dado a una condición física, mental o emocional? | *         | *         |
| e. ¿Tenía dificultades vistiéndose o bañándose por su cuenta?   | *         | *         |
| f. ¿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.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) | *         | *         |
| b. Presión alta o hipertensión   | *         | *         |
| c. Depresión   | *         | *         |
| d. Ansiedad  | *         | *         |
| e. <i>Site-added options from standard L11</i>   | *         | *         |

**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**.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Chequeo de rutina con un médico de familia                            | *         | *         |
| b. Chequeo de rutina con un ginecólogo-obstetra                          | *         | *         |
| c. Visita asociada a una herida, enfermedad o condición crónica          | *         | *         |
| d. Visita a un centro de cuidado de urgencias o a la sala de emergencias | *         | *         |
| e. Visita para planificación familiar o obtener anticonceptivos          | *         | *         |
| f. 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
<b>Habló conmigo acerca de...</b>		
a. Mi peso	*	*
b. Chequearme la presión regularmente	*	*
c. Mis deseos de tener o no tener hijos	*	*
d. Anticonceptivos	*	*
e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo	*	*
f. Las enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH	*	*
<b>Me preguntó...</b>		
g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo	*	*
h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente	*	*
i. 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 médico tenía 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 médico tenía usted?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado (pagado por mi, otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)

Attachment 8f – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Mail Questionnaire – Spanish

- 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**.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>  |           |           |
| a. Cuanto peso debería aumentar durante el embarazo  | *         | *         |
| b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que corren en la familia                        | *         | *         |
| c. Las señales y síntomas de un parto prematuro (parto al menos 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento) | *         | *         |
| d. Que hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé                          | *         | *         |
| <b>Me preguntaron...</b>   |           |           |
| e. Si tenía planificado amamantar a mi nuevo bebé  | *         | *         |
| f. Si estaba pensando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé                                | *         | *         |
| g. Si estaba tomando medicamentos recetados  | *         | *         |
| h. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo        | *         | *         |
| i. Si estaba tomando alcohol   | *         | *         |
| j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente   | *         | *         |
| k. Si estaba usando drogas ilegales  | *         | *         |
| l. Si estaba usando marihuana  | *         | *         |
| m. 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**.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Influenza (“flu”)   | *         | *         |
| b. Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina) | *         | *         |
| c. COVID-19  | *         | *         |

**Core 13. ¿Se puso alguna de las 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

- |                      | <b>A</b> | <b>D</b> | <b>N</b> |
|----------------------|----------|----------|----------|
| a. Influenza (“flu”) | *        | *        | *        |
| b. Tdap              | *        | *        | *        |
| c. 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo)	*	*
b. Presión alta (que <b>desarrolló</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia	*	*
c. Depresión	*	*
d. 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
a. Me refirió a otro proveedor de la salud	*	*
b. Me dijo que me chequeara la presión regularmente <b>durante</b> el embarazo	*	*
c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable <b>después</b> del embarazo	*	*
d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión <b>después</b> del embarazo regularmente	*	*
e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas <b>después</b> 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
a. Un proveedor de la salud (como un doctor, enfermera o partera)	*	*
b. Páginas web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)	*	*
c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan <b>"Hear Her"</b> o <b>"Escúchela"</b> (como una página web, en las redes sociales o un folleto)	*	*
d. 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**.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | *         | *         |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 <sup>do</sup> trimestre)?  | *         | *         |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> 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**.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | *         | *         |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 <sup>do</sup> trimestre)   | *         | *         |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> 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**.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Me separé o divorcié   | *         | *         |
| b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo                                    | *         | *         |
| c. No tenía un sitio donde podía dormir regularmente  | *         | *         |
| d. Era una persona sin hogar o vagabunda, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio | *         | *         |
| e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo  | *         | *         |
| f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo              | *         | *         |
| g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas                              | *         | *         |
| h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel  | *         | *         |
| i. Yo estuve en la cárcel   | *         | *         |



- |    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| j. | Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | * | * |
| k. | Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió            | * | * |

**Core 30. 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?**

Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- |    |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|----|---|-----------|-----------|
| a. | Mi esposo(a) o pareja                           | *         | *         |
| b. | Mi ex esposo(a) o ex pareja                     | *         | *         |
| c. | <i>Site option (Otro miembro de la familia)</i> | *         | *         |
| d. | <i>Site option (Otra persona)</i>               | *         | *         |

**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**.

- |    |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|----|---|-----------|-----------|
| a. | Mi esposo(a) o pareja                           | *         | *         |
| b. | Mi ex esposo(a) o ex pareja                     | *         | *         |
| c. | <i>Site option (Otro miembro de la familia)</i> | *         | *         |
| d. | <i>Site option (Otra persona)</i>               | *         | *         |

### 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**.

- |                | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|----------------|-----------|-----------|
| a. De lado     | *         | *         |
| b. Boca arriba | *         | *         |
| c. 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**.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Una cuna, cuna portátil o moisés                          | *         | *         |
| b. Una cama tamaño "twin" o una más grande                   | *         | *         |
| c. Un sofá, butaca o sillón                                  | *         | *         |
| d. Un asiento de bebé para el auto ("car seat")              | *         | *         |
| e. Un columpio, mecedora u otra cama inclinada               | *         | *         |
| f. Una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto | *         | *         |
| g. Una cuna tablero indígena ("babyboard" o "cradleboard")   | *         | *         |
| h. Otro  | *         | *         |
| i. 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
a. Un saco de dormir	*	*
b. Una manta en la que envolvió a su bebé	*	*
c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no están ajustadas	*	*
d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluyendo las almohadas para amamantar	*	*
e. Protectores de cuna (de malla o sin malla)	*	*
f. 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 que 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 están 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
<b>Habló conmigo acerca de...</b>		
a. La nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo	*	*
b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez	*	*
c. Anticonceptivos	*	*
d. Los signos de urgencia o síntomas que podría sentir dado al embarazo y que podrían ser peligrosos	*	*
e. Tomarme la presión regularmente	*	*
f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa	*	*
<b>Me preguntó ...</b>		
g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros tabaco sin humo	*	*
h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente	*	*
<b>Un proveedor le...</b>		
i. Hizo una prueba para detectar la diabetes	*	*
j. 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**.

- a. Durante mi embarazo más reciente
- b. Desde que nació mi bebe

**No Sí**

\* \*  
\* \*

#### **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.*

- a. **Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más.**
  - Frecuentemente

Attachment 8f – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Mail Questionnaire – Spanish

- A veces
- Nunca

**b. 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**.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Citas médicas                                       | *         | *         |
| b. Reuniones o citas que no eran médicas o del trabajo | *         | *         |
| c. 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.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Mi raza, etnicidad o el color de mi piel                                   | *         | *         |
| b. Por alguna discapacidad  | *         | *         |
| c. Mi estatus de inmigración  | *         | *         |
| d. Mi edad  | *         | *         |
| e. Mi peso  | *         | *         |
| f. Mi salario o cuanto ganaba   | *         | *         |
| g. Mi sexo o género   | *         | *         |
| h. Mi orientación sexual  | *         | *         |
| i. Mi religion  | *         | *         |
| j. Mi idioma o acento   | *         | *         |
| k. El tipo de seguro médico que tengo o porque no tengo seguro médico         | *         | *         |
| l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)                      | *         | *         |
| m. Dado a que he estado involucrada en el sistema judicial (cárcel o prisión) | *         | *         |
| n. 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**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
a. Trabajo (contratación, promoción, despido)	*	*
b. Vivienda (alquilando, comprando u obteniendo una hipoteca)	*	*
c. Policía (detenida, registrada, amenazada)	*	*
d. En los tribunales	*	*
e. En la escuela o la escuela de mi hijo	*	*
f. 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 de Personas

**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 responder nuestras preguntas! Sus respuestas ayudarán a que las madres y bebés en <STATE> sean más saludables.**

