

---

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

## Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

---

Phase 9 Core Phone Questionnaire – Spanish

Cuestionario Telefónico 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).

---

**ANTES DEL EMBARAZO**

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

**Core 1. ¿En qué fecha nació *usted*?**

\_\_\_\_\_/

Mes

\_\_\_\_\_/

Día

\_\_\_\_\_  
Año

**(No Leer)**

Rechazó

No Sabe / No Recuerda

**Core 2.** Para las siguientes preguntas, por favor responda **Sí** o **No**. **Antes de quedar embarazada...**

|    |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</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, responda **Sí** o **No**.

|    |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</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 question 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, responda **Sí** o **No**.

**(PREGUNTE: ¿Usted tuvo un(a) \_\_\_\_\_ en los 12 meses antes de quedar embarazada?)**

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</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 anticonceptivos                  |                   |                   |                             |                           |
| f. | Visita por depresión o ansiedad                                       |                   |                   |                             |                           |
| g. | Visita para una limpieza dental                                       |                   |                   |                             |                           |
|    | ¿Fue a alguna otras visitas de atención médica?                       |                   |                   |                             |                           |
|    | SI RESPONDE SI, PREGUNTE: ¿Qué visita?                                |                   |                   |                             |                           |

**SALTO: Si respondió “No” a todas las opciones en la pregunta Core 4, 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, responda **Sí** o **No**.

|    |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
|    | <b>Un proveedor de salud habló con usted acerca de...</b>  |                   |                   |                             |                           |
| a. | Su peso  |                   |                   |                             |                           |
| b. | Chequearse la presión regularmente   |                   |                   |                             |                           |
| c. | Sus deseos de tener o no tener hijos   |                   |                   |                             |                           |
| d. | Anticonceptivos  |                   |                   |                             |                           |
| e. | De cómo podría mejorar su salud antes de un embarazo   |                   |                   |                             |                           |
| f. | Las enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH                        |                   |                   |                             |                           |
|    | <b>Un proveedor de salud le preguntó...</b>  |                   |                   |                             |                           |
| g. | Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros tipos de tabaco sin humo |                   |                   |                             |                           |
| h. | Si alguien estaba lastimándola emocional o físicamente   |                   |                   |                             |                           |

|    |                                  |  |  |  |  |
|----|----------------------------------|--|--|--|--|
| i. | Si se 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?**

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

**(PREGUNTE:** ¿usted tenía \_\_\_\_\_ durante *el mes antes* de quedar embarazada?)

- (1) Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tenía por el trabajo
- (2) Medicaid o *Site Medicaid name*
- (3) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- (4) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*
- (5) *Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- (6) Site-specific (IHS o tribal)
- (7) ¿Usted tenía otro seguro médico en *el mes antes* de quedar embarazada?
- (8) **SI RESPONDE SI, PREGUNTE:** ¿Cuál?:

**ENTREVISTADORA:** Pase a la Pregunta [Core 7], si la madre respondió **SÍ** a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior.  
¿Diría usted que no tenía ningún seguro médico durante *el mes antes* de quedar embarazada?

**ENTREVISTADORA:** Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque **SÍ**.

**Core 7. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?**

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

- (1) Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tenía por el trabajo
- (2) Medicaid o *Site Medicaid name*
- (3) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- (4) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo, MCH program, indigent care, family planning program)*
- (5) *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- (6) *Site-specific (IHS o tribal)*
- (7) ¿Usted tenía otro tipo de seguro médico durante su embarazo?
- (8) **SI RESPONDE SI, PREGUNTE:** ¿Qué tenía?

**ENTREVISTADORA:** Pase a la Pregunta [Core 8], si respondió Sí a por lo menos una de las opciones.

¿Diría usted que no tuvo seguro médico *durante su embarazo*?

**ENTREVISTADORA:** Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí.

**Core 8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora?**

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

- (1) Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tiene por el trabajo
- (2) Medicaid o *Site Medicaid name*
- (3) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- (4) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*
- (5) *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- (6) *Site-specific (IHS o tribal)*
- (7) ¿Usted tiene otro seguro médico?
- (8) **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué tiene?

**ENTREVISTADORA:** Pase a la Pregunta [Core 9], si respondió Sí a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior.

¿Diría que no tiene seguro médico ahora?

**(ENTREVISTADORA:** Si respondió que no tenía seguro médico, marque Sí)

**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?**

Voy a leer una lista de opciones. Por favor indique cual de las opciones mejor describe como usted se sentía.

- (1) No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- (2) Hubiera querido quedar embarazada antes
- (3) Quería quedar embarazada en ese momento
- (4) No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- (5) No estaba segura de lo que quería
- (No Leer)**
- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**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 Leer)**

- (1) No → **Pase a la Pregunta X**
- (2) Sí
- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 11. Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas?**

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

|   |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|---|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|   |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| <b>¿HABLARON con usted 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.                                      | <i>¿HABLARON con usted acerca de...</i> las señales y síntomas de un parto prematuro, esto es un parto que ocurre al menos 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento? |                   |                   |                             |                           |
| d.                                      | Que hacer si se siente deprimida durante el embarazo o después del nacimiento de su bebé  |                   |                   |                             |                           |
| <b>¿Le preguntaron...</b>               |   |                   |                   |                             |                           |
| e.                                      | Si tenía planificado amamantar a su nuevo bebé?   |                   |                   |                             |                           |
| f.                                      | Si estaba pensando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé?   |                   |                   |                             |                           |
| g.                                      | Si estaba tomando medicamentos recetados?   |                   |                   |                             |                           |
| h.                                      | Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos u otros tipos de tabaco sin humo?   |                   |                   |                             |                           |
| i.                                      | <i>¿Le preguntaron...</i> si estaba tomando alcohol?  |                   |                   |                             |                           |
| j.                                      | ¿Si alguien la estaba lastimando emocional o físicamente?   |                   |                   |                             |                           |
| k.                                      | ¿Si estaba usando drogas ilegales?  |                   |                   |                             |                           |
| l.                                      | ¿Si estaba usando marihuana?  |                   |                   |                             |                           |
| m.                                      | ¿Si quería hacerse la prueba de VIH?  |                   |                   |                             |                           |

**Core 12. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas o inyecciones?**

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

|  |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                     |                   |
|--|--|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
|  |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó</b> | <b>NS/<br/>NR</b> |
|  |  |                   |                   |                     |                   |

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

|    |   |  |  |            |            |
|----|---|--|--|------------|------------|
|    |   |  |  | <b>(8)</b> | <b>(9)</b> |
| a. | Flu shot o “flu”  |  |  |            |            |
| b. | Tdap que 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?**

Voy a leer una lista de vacunas. Para cada una, por favor dígame si usted se la puso en los 3 meses antes del embarazo o durante el embarazo, o diga No, si no se la puso.

**(PREGUNTE:** ¿Usted se puso la vacuna de \_\_\_\_ en los 3 meses antes del embarazo, durante el embarazo, o no se la puso?)

|    |                      | <b>(No Leer)</b>  |                     |           |                             |                           |
|----|----------------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------------------------|---------------------------|
|    |                      | <b>Ante<br/>s</b> | <b>Dura<br/>nte</b> | <b>No</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | Influenza o el “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 Leer)**

- (1) No
- (2) Sí
- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**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, responda **Sí o No**.

**(PREGUNTE:** Durante embarazo más reciente, ¿un proveedor de salud le dijo que tenía \_\_\_\_?)

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | ¿Diabetes gestacional, que es diabetes que comenzó durante este embarazo?     |                   |                   |                             |                           |
| b. | ¿Presión alta que desarrolló durante este embarazo, preeclampsia o eclampsia? |                   |                   |                             |                           |
| c. | Depresión?  |                   |                   |                             |                           |
| d. | Ansiedad?   |                   |                   |                             |                           |

**ENTREVISTADORA:** Si dijo que tuvo presión alta antes o durante el embarazo, pase a la Pregunta Core 16, si no, pase a la Pregunta Core 17.

**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, responda **Sí** o **No**.

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | ¿La refirió a otro proveedor de la salud?   |                   |                   |                             |                           |
| b. | ¿Le dijo que se chequeara la presión regularmente <b>durante</b> el embarazo?   |                   |                   |                             |                           |
| c. | ¿Habló con usted acerca de cómo llegar a un peso saludable <b>después</b> del embarazo?   |                   |                   |                             |                           |
| d. | ¿Habló con usted acerca de chequearse la presión <b>después</b> del embarazo regularmente?  |                   |                   |                             |                           |
| e. | ¿Habló con usted acerca del riesgo de desarrollar presión alta o 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 Leer)**

- (1) No → **Pase a la Pregunta X**  
 (2) Sí  
 (8) Rechazó  
 (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 18. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de las señales de advertencia de alguna de las siguientes fuentes?**  
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

|    |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | Un proveedor de la salud, como un médico, una enfermera o una partera  |                   |                   |                             |                           |
| b. | Sitios 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 amigos  |                   |                   |                             |                           |

**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 Leer)**
- (1) No → **Go to Question [Core 23]**
  - (2) Sí
  - (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

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

**(PREGUNTE:** ¿Cuántos cigarrillos fumó en los *últimos* tres meses de su embarazo?)

**¿Fumaba...**

- (1) Más de una cajetilla que es 21 o más cigarrillos?
  - (2) Entre media a una cajetilla que es entre 11 a 20 cigarrillos?
  - (3) Menos de media cajetilla que es de 1 a 10 cigarrillos?
  - (4) No fumaba en ese entonces
- **(No Leer)**
- (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

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

**¿Fumaba...**

**(PREGUNTE:** ¿Cuántos cigarrillos fumó en los *últimos* tres meses de su embarazo?)

- (1) Más de una cajetilla que es 21 o más cigarrillos?
  - (2) Entre media a una cajetilla que es entre 11 a 20 cigarrillos?
  - (3) Menos de media cajetilla que es de 1 a 10 cigarrillos?
  - (4) No fumaba en ese entonces
- **(No Leer)**
- (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 22. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?**

**¿Fuma...**

- (1) ¿Más de una cajetilla, que es 21 o más cigarrillos?
  - (2) ¿Entre media a una cajetilla, que es entre 11 a 20 cigarrillos?
  - (3) ¿Menos de media cajetilla, que es de 1 a 10 cigarrillos?
  - (4) No fuma
- **(No Leer)**
- (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 23. En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros productos de nicotina electrónicos?**

- **(No Leer)**
- (1) No → **Go to Question [Core 27]**
  - (2) Sí
  - (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 24. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros productos electrónicos con nicotina?**

**¿Los usaba ...?**

- (1) Todos los días
- (2) Algunos días
- (3) No usó cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina en ese momento
- 
- (No Leer)**
- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 25. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros productos electrónicos con nicotina?**

*¿Los usaba ...*

- (1) Todos los días?
- (2) Algunos días?
- (3) O diría que no usó cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina en ese momento?
- 
- (No Leer)**
- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 26. En los *últimos 2 años*, ¿ha usado los cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?**

**(No Leer)**

- 
- (1) No
- (2) Sí
- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**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...**

|    |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo o el primer trimestre? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> |                   |                   |                             |                           |
| b. | ¿Durante los segundos 3 meses del embarazo o el segundo trimestre?   |                   |                   |                             |                           |
| c. | ¿Durante los últimos 3 meses del embarazo o el tercer trimestre?   |                   |                   |                             |                           |

**SALTO:** 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...**

|    |  | (No Leer) |           |                    |                  |
|----|--|-----------|-----------|--------------------|------------------|
|    |  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Rechaz<br>ó<br>(8) | NS/<br>NR<br>(9) |
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo o el primer trimestre? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> |           |           |                    |                  |
| b. | ¿Durante los segundos 3 meses del embarazo o el segundo trimestre?   |           |           |                    |                  |
| c. | ¿Durante los últimos 3 meses del embarazo o el tercer 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, responda **Sí** o **No**.

(**PREGUNTE:** Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

|    |  | (No Leer) |           |                    |                  |
|----|--|-----------|-----------|--------------------|------------------|
|    |  | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Rechaz<br>ó<br>(8) | NS/<br>NR<br>(9) |
| a. | ¿Usted se separó o divorció?   |           |           |                    |                  |
| b. | ¿Fue desalojada o la obligaron a irse de donde estaba viviendo                                     |           |           |                    |                  |
| c. | ¿Tenía un sitio donde podía dormir regularmente?   |           |           |                    |                  |
| d. | ¿Era una persona sin hogar o vagabunda, o tuvo que dormir en la calle, en un auto o en un refugio? |           |           |                    |                  |
| e. | ¿Su esposo(a), pareja o usted perdió su trabajo?   |           |           |                    |                  |
| f. | ¿A usted o a su esposo(a) o pareja les bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo?           |           |           |                    |                  |
| g. | ¿Tuvo problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas?                              |           |           |                    |                  |
| h. | ¿Su esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel?  |           |           |                    |                  |
| i. | ¿Usted estuvo en la cárcel?  |           |           |                    |                  |
| j. | ¿Alguien cercano a usted tuvo un problema con alcohol o drogas?                                    |           |           |                    |                  |
| k. | ¿Alguien cercano a usted 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, responda **Sí** o **No**.

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | Su esposo(a) o pareja                           |                   |                   |                             |                           |
| b. | Su 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, responda **Sí** o **No**.

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | Su esposo(a) o pareja                           |                   |                   |                             |                           |
| b. | Su 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?****(PREGUNTE: ¿Su bebé estuvo en el hospital ...?)**

- (1) Menos de 3 días
- (2) Entre 3 a 5 días
- (3) Entre 6 a 14 días
- (4) Más de 14 días
- (5) Su bebé no nació en el hospital
- (6) Su bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta X**

--- **(No Leer)**

- (8) Rechazó
- (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 33. ¿Su bebé está vivo?**--- **(No Leer)**No → **Lamentamos mucho su pérdida****Pase a la Pregunta X**

Sí

Se Rehusó → **Pase a la Pregunta X**

No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta X**

**Core 34. Actualmente, ¿su bebé vive con usted?**

--- **(No Leer)**

(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**

**Core 35. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio pecho a su nuevo bebé, o lo alimentó con leche materna?**

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

**ENTREVISTADORA:** Seleccione la opción que mejor represente la respuesta de la mamá.

--- **(No Leer)**

(1) Nunca amamantó a su bebé

(2) Amamantó menos de 1 semana

(3) Amamantó al bebé:

Range: 1- \_\_\_\_\_ Semana(s) (RANGO: 1-40)  
40 **O**

Range: 1-9 \_\_\_\_\_ Mes(es)

(4) Todavía está amamantando o alimentando al bebé con leche materna

(8) Rechazó

(9) No Sabe / No Recuerda

**(SALTO:** Si el bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 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, responda **Sí** o **No**.

**(PREGUNTE:** En las últimas 2 semanas, ¿colocó a su bebé a dormir \_\_\_\_\_?)

|    |             | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|-------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |             | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</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?**

¿Usted diría que ha sido \_\_\_\_\_?

(1) Siempre

(2) Frecuentemente

(3) A veces

- (4) Casi nunca
- (5) Nunca → **Pase a la Pregunta Core 39**
- **(No Leer)**
- (8) Rechazó → **Pase a la Pregunta Core 39**
- (9) No Sabe / No Recuerda → **Pase a la Pregunta Core 39**

**Core 38. En las últimas 2 semanas, ¿La cuna de su bebé está en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?**

- 
- (No Leer)**
- (1) No
  - (2) Sí
  - (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

**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, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE: En las últimas 2 semanas, ¿usted diría que ha colocado a su bebé a dormir \_\_\_\_\_?**)

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</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. | ¿Colocó a su bebé a dormir en otro sitio?                 |                   |                   |                             |                           |
| i. | <b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde?</b>                  |                   |                   |                             |                           |

**Core 40. En las últimas 2 semanas, ¿acostó a su nuevo bebé a dormir con alguna de las siguientes cosas?**

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

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | En un saco de dormir  |                   |                   |                             |                           |
| b. | En una manta en la que envolvió a su bebé   |                   |                   |                             |                           |
| c. | Con edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no están ajustadas          |                   |                   |                             |                           |
| d. | Con juguetes suaves, cojines o almohadas, incluyendo las almohadas para amamantar |                   |                   |                             |                           |
| e. | Con protectores de cuna con o sin malla   |                   |                   |                             |                           |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| f. | ¿Colocó a dormir a su bebé con otra cosa?     |  |  |  |  |
|    | <b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b><br>¿Con qué? |  |  |  |  |

**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 Leer)**

- (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**

**Core 42.** **¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo actualmente?**

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

¿Es porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Usted no está haciendo nada para evitar un embarazo ahora porque \_\_\_\_\_?)

- (5) Usted está embarazada ahora → **Pase a la Pregunta X**
- (6) Usted quiere quedar embarazada
- (7) Usted se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio
- (8) Su esposo o pareja se operó o tuvo una vasectomía
- (9) Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo
- (10) Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- (11) Su esposo o pareja no quiere usar condones
- (12) Su esposo(a) o pareja no quiere que usted use anticonceptivos
- (13) Su pareja es del mismo sexo
- (14) Tiene problemas obteniendo los anticonceptivos que quiere
- (15) No cree que puede quedar embarazada porque esta amamantando
- (16) No está teniendo relaciones sexuales
- (17) ¿Hay otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?  
↳ **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál es esa razón?

**Core 43.** **¿Qué tipo de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja ahora para evitar un embarazo?**

**Para cada una, responda Sí o No. (PREGUNTE:** ¿Qué está usando usted o su esposo(a) o pareja actualmente para evitar un embarazo?)

- (1) Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio,

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

- (2) Su esposo o pareja se operó o tuvo una vasectomía
- (3) Píldoras anticonceptivas
- (4) Condones
- (5) Inyecciones
- (6) Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- (7) IUD o dispositivo intrauterino
- (8) Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo
- (9) El se retira y eyacula a fuera
- (10) Método de planificación familiar natural o métodos de observación de la fertilidad incluyendo el ritmo o aplicaciones de fertilidad
- (11) Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo, esto es llamado amenorrea de la lactancia o MELA
- (12) Actualmente, ¿están usando otro método anticonceptivo para evitar un embarazo?  
 ↳ **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué está usando?

**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 Leer)**

- (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**

**Core 45. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de salud hizo algunas de las siguientes cosas?**  
 Para cada una, responda **Sí** o **No**.

|    |   | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |   | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
|    | <b>¿Un proveedor de salud habló con usted acerca de...</b>                              |                   |                   |                             |                           |
| a. | ¿La nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo? |                   |                   |                             |                           |
| b. | ¿Cuánto debe 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. | ¿Chequearse la presión regularmente   |  |  |  |  |
| f. | ¿Qué hacer si se siente deprimida o ansiosa   |  |  |  |  |
|    | <b>¿Un proveedor de salud Le preguntó ...</b>   |  |  |  |  |
| g. | ¿Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos como "vapes" u otros tipos de tabaco sin humo? |  |  |  |  |
| h. | ¿Si alguien la estaba lastimando emocional o físicamente?   |  |  |  |  |
|    | <b>¿Un proveedor de salud...</b>  |  |  |  |  |
| i. | ¿le hizo una prueba para detectar si tenía diabetes?  |  |  |  |  |
| j. | ¿le 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?**

¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?

- (1) Siempre  
 (2) Frecuentemente  
 (3) A veces  
 (4) Rara vez  
 (5) Nunca  
 --- **(No Leer)**  
 (8) Rechazó  
 (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 47. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer?**

¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?

- (1) Siempre  
 (2) Frecuentemente  
 (3) A veces  
 (4) Rara vez  
 (5) Nunca  
 --- **(No Leer)**  
 (8) Rechazó  
 (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 48. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o tensa?**

¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?

- (1) Siempre  
 (2) Frecuentemente  
 (3) A veces  
 (4) Rara vez  
 (5) Nunca  
 --- **(No Leer)**  
 (8) Rechazó  
 (9) No Sabe / No Recuerda

**Core 49. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar o controlar cuanto se preocupa?**

- ¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?
- (1) Siempre
  - (2) Frecuentemente
  - (3) A veces
  - (4) Rara vez
  - (5) Nunca
  - **(No Leer)**
  - (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

**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?**

|    |                                  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|----------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |                                  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | Durante su embarazo más reciente |                   |                   |                             |                           |
| b. | Desde que nació su 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.**  
Para cada una, por favor dígame si fue frecuentemente, a veces o nunca.

- a. ¿Le preocupaba que se le acabara la comida antes de que tuviera dinero para comprar más?**  
**¿Usted diría que esto ocurrió...**
- (1) Frecuentemente
  - (2) A veces
  - (3) O, Nunca?
  - **(No Leer)**
  - (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda
- b. ¿La comida que compraba simplemente no duraba y usted no tenía dinero para comprar o conseguir más?**  
**¿Usted diría que esto ocurrió...**
- (1) Frecuentemente
  - (2) A veces
  - (3) O, Nunca?
  - **(No Leer)**
  - (8) Rechazó
  - (9) No Sabe / No Recuerda

**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, responda **Sí** o **No**.  
**(PREGUNTE: ¿Diría que la falta de transporte le ha impedido ir a \_\_\_\_?)**

|    |   | (No Leer) |           |                    |                  |
|----|---|-----------|-----------|--------------------|------------------|
|    |   | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Rechaz<br>ó<br>(8) | NS/<br>NR<br>(9) |
| 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, responda **Sí** o **No**. ¿Se sintió discriminado por \_\_\_\_\_?

|    |   | (No Leer) |           |                    |                  |
|----|---|-----------|-----------|--------------------|------------------|
|    |   | No<br>(1) | Sí<br>(2) | Rechaz<br>ó<br>(8) | NS/<br>NR<br>(9) |
| a. | Su raza, etnicidad o el color de su piel  |           |           |                    |                  |
| b. | Por alguna discapacidad   |           |           |                    |                  |
| c. | Su estatus de inmigración   |           |           |                    |                  |
| d. | Su edad   |           |           |                    |                  |
| e. | Su peso   |           |           |                    |                  |
| f. | Su salario o cuanto ganaba  |           |           |                    |                  |
| g. | Su sexo o género  |           |           |                    |                  |
| h. | Su orientación sexual   |           |           |                    |                  |
| i. | Su religión   |           |           |                    |                  |
| j. | Mi idioma o acento  |           |           |                    |                  |
| k. | El tipo de seguro médico que tiene o porque no tenía seguro médico                |           |           |                    |                  |
| l. | Mi uso de sustancias como el alcohol, tabaco u otras drogas                       |           |           |                    |                  |
| m. | Dado a que he estado involucrada en el sistema judicial, como la cárcel o prisión |           |           |                    |                  |
| n. | ¿Por otra cosa?   |           |           |                    |                  |
| o. | ↳ <b>SI CONTESTA SI, PREGUNTE:</b> ¿Cuál fue?                                     |           |           |                    |                  |

**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 color?**

¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?

- (1) Frecuentemente  
 (2) Algunas veces  
 (3) Rara vez  
 (4) Nunca  
 ---  
 (8) **(No Leer)**  
 (9) Rechazó  
 No Sabe / No Recuerda

**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, responda **Sí** o **No**. **¿Ha sido tratada injustamente...**

|    |  | <b>(No Leer)</b>  |                   |                             |                           |
|----|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
|    |  | <b>No<br/>(1)</b> | <b>Sí<br/>(2)</b> | <b>Rechaz<br/>ó<br/>(8)</b> | <b>NS/<br/>NR<br/>(9)</b> |
| a. | En un trabajo por ejemplo siento contratada, promovida o despedida           |                   |                   |                             |                           |
| b. | Con la vivienda por ejemplo alquilando o comprando u obteniendo una hipoteca |                   |                   |                             |                           |
| c. | Con la policía como ser detenida, registrada o amenazada                     |                   |                   |                             |                           |
| d. | En los tribunales  |                   |                   |                             |                           |
| e. | En la escuela o la escuela de su 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.  
 Voy a leer una lista de opciones. Puede detenerme cuando lea el nivel de ingresos de su hogar. ¿Su ingreso familiar anual fue de \_\_\_\_\_?

- (1) \$0 a \$16,000
- (2) \$16,001 a \$20,000
- (3) \$20,001 a \$24,000
- (4) \$24,001 a \$32,000
- (5) \$32,001 a \$48,000
- (6) \$48,001 a \$60,000
- (7) \$60,001 a \$85,000
- (8) \$85,001 o más

- (88) **(No Leer)**  
Rechazó
- (99) No Sabe / No Recuerda

**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. ENTREVISTADORA:** Escriba la fecha de hoy  
**(No Leer)**

Range: 1- \_\_\_\_\_ /  
12 Mes

Range: 1- \_\_\_\_\_ /  
31 Día

Range: \_\_\_\_\_ /  
Current Yr. Año

Rechazó  
(88/88/888

8)  
 No Sabe / No Recuerda

(99/99/999  
9)

**Esto finaliza la encuesta. ¿Hay algo más que quiera decir acerca de sus experiencias antes, durante o después del embarazo o de otros temas que no fueron incluidos en la encuesta?**

**ENTREVISTADORA:** Escriba los comentarios de la participante al pie de la letra.

---

---

---

---

---

---

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