

---

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

---

## Utah Stillbirth (SOARS) Phone Questionnaire – Spanish

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC/ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-XXXX).

---

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

Nos gustaría conocer sus experiencias para mejorar la atención que se le da a mujeres que han tenido un mortinato (perdida de bebé). Las preguntas en esta encuesta son sobre el embarazo en el cual su bebé murió, excepto cuando se indique lo contrario. Entendemos que algunas preguntas pueden ser delicadas, pero apreciamos cualquier información que pueda compartir.

Primero quisiera hacerle algunas preguntas acerca de *usted*.

1. ¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿qué tan alto es usted?)

- (No lea)
- |   |                     |   |
|---|---------------------|---|
| 1 | Pies _____          |   |
| 2 | Pulgadas _____      | (RANGO: 4-6 pies)<br>(RANGO: 0-11 pulgadas) |
|   | O                   |   |
| 3 | Centímetros _____   | [Rango: 120-210 centímetros]                |
| 8 | Se rehusó           |   |
| 9 | No sabe/no recuerda |   |

2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba *usted*?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuánto pesaba?)

- (No lea)
- |   |                      |                               |
|---|----------------------|-------------------------------|
| 1 | Peso en libras _____ | [(RANGO: 36-400 libras/kilos) |
|   | O                    |                               |
| 2 | Peso en kilos _____  |                               |
| 8 | Se rehusó            |                               |
| 9 | No sabe/no recuerda  |                               |

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año      (RANGO: 10-55 años de edad)

- (No lea)
- |            |                     |
|------------|---------------------|
| 88/88/8888 | Se reuhsó           |
| 99/99/9999 | No sabe/no recuerda |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedarse embarazada de este bebé.

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

4. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una, por favor dígame si tuvo esa condición durante los **3 meses antes** de quedar embarazada. ¿Tuvo \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿tuvo usted \_\_\_\_\_?)

Condición	(Don't read)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No Sabe (9)
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 sanguínea alta o hipertensión				
c) Depresión				
d) Asma				
e) Problemas de la glándula tiroides				
f) PCOS o síndrome del ovario poliquístico				
g) Ansiedad				

5. Durante **el mes antes** de quedar embarazada, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico? Por favor, dígame cuál de las siguientes opciones mejor describe a usted.

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

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

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

6. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? Por favor, incluya este embarazo y **TODOS** los embarazos que haya tenido (pérdidas y nacimientos vivos).

**(PREGUNTE: ¿Cuántas veces ha estado embarazada?)**

- |   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| 1 | 1 vez è               | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 12</b> |
| 2 | 2 a 4 veces           |  |
| 3 | 5 a 7 veces           |  |
| 4 | 8 o más veces         |  |
| 8 | Se rehusó è           | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 12</b> |
| 9 | No sabe/no recuerda è | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 12</b> |

7. **Antes de este embarazo** ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

- |                 |   |                       |  |
|-----------------|---|-----------------------|--|
| <b>(No lea)</b> | 1 | No è                  | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 10</b> |
|                 | 2 | Sí                    |  |
|                 | 8 | Se rehusó è           | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 10</b> |
|                 | 9 | No sabe/no recuerda è | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 10</b> |

8. En cuanto a su último bebé nacido vivo, ¿este pesó 5 libras y 8 onzas (2.5 kilos) o menos al nacer?

- |                 |   |                     |
|-----------------|---|---------------------|
| <b>(No lea)</b> | 1 | No                  |
|                 | 2 | Sí                  |
|                 | 8 | Se rehusó           |
|                 | 9 | No sabe/no recuerda |

9. ¿Su último bebé nacido vivo, nació **antes** de 3 semanas de su fecha de parto?

- |                 |   |                     |
|-----------------|---|---------------------|
| <b>(No lea)</b> | 1 | No                  |
|                 | 2 | Sí                  |
|                 | 8 | Se rehusó           |
|                 | 9 | No sabe/no recuerda |

10. **Antes de este embarazo**, ¿tuvo algún embarazo que terminó en una pérdida?

**(PREGUNTE: Antes de este embarazo, tuvo alguna pérdida?)**

- |                 |   |                       |  |
|-----------------|---|-----------------------|--|
| <b>(No lea)</b> | 1 | No è                  | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 12</b> |
|                 | 2 | Sí                    |  |
|                 | 8 | Se rehusó è           | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 12</b> |
|                 | 9 | No sabe/no recuerda è | <b>ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 12</b> |

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

11. Por favor indique el número de pérdidas previas que terminaron en cada uno de los siguientes períodos de tiempo (sin incluir a este bebé). Yo voy a leer los períodos de tiempo, para cada uno, por favor dígame la cantidad pérdidas de embarazo tuvo durante este tiempo.

**(PREGUNTE: Cuántas pérdidas de embarazo tuvo \_\_\_\_\_?)**

\_\_\_\_\_ Antes de las 12 semanas

\_\_\_\_\_ Entre las 12 y 27 semanas

\_\_\_\_\_ A las 28 semanas o después

8 Se rehusó

9 No sabe/no recuerda

12. Cuando quedó embarazada de este bebé, ¿estaba tratando de quedarse embarazada?

**(No lea)**

1 No

2 Sí

8 Se rehusó

9 No sabe/no recuerda

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

13. Voy a leer una lista de diferentes tipos de seguros médicos. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tenía este tipo de seguro médico durante ***el mes antes*** de quedar embarazada. ¿Tenía usted \_\_\_\_\_?

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

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				
c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médico o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
d. Medicaid				
e. TRICARE u otro seguro médico militar				
f. Servicio de Salud Indio o Tribu				
g. ¿Tenía usted algún otro seguro médico durante <i>el mes antes</i> de quedar embarazada?				
h. SI RESPONDE SI A LA OPCIÓN G. PREGUNTE: ¿Cual fue? _____ _____				
<b>ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 14</b> , si la madre respondió Sí a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior				
i. ¿Diría usted que no tenía ningún seguro médico durante <i>el mes antes</i> de quedar embarazada?  (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí)				

14. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted durante su más reciente embarazo para su cuidado prenatal? *El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.* Voy a leer la lista de opciones otra vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tenía este tipo de seguro médico para su cuidado prenatal. Primero, déja me preguntar, [LEA OPCIÓN a: ¿Tenía usted cuidado prenatal?]

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

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Tenía usted cuidado prenatal? <b>PREGUNTE: cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud durante su embarazo.</b> <b>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía cuidado prenatal, marque NO y pase a la pregunta 15)</b>				
¿Tenía usted_____? b. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
c. Seguro médico privado de sus padres				
d. Seguro medico privado del Mercado de Seguros Médico o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés				
e. Medicaid				
f. TRICARE u otro seguro médico militar				
g. Servicio de Salud Indio o Tribu				
h. ¿Tenía usted algún otro seguro médico para su cuidado prenatal?				
i. SI RESPONDE Si a la opción H. pregunte: ¿Cual fue? _____ _____				
<b>ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 15, si la madre respondió Sí a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior.</b>				
j. ¿Diría usted que no tenía seguro médico para su cuidado prenatal?  <b>(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí)</b>				

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

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

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

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				
c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médico o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)				
d. Medicaid				
e. TRICARE u otro seguro médico militar				
f. Servicio de Salud Indio o Tribu				
g. ¿Tiene usted otro seguro médico ahora?				
h. SI RESPONDE Sí a la opción G. pregunte: ¿Cual es? _____				
ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 16, si la madre respondió Sí a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior.				
i. ¿Diría usted que no tiene seguro médico ahora?  (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí)				

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver al calendario.

16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?  
(PREGUNTE: ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted?)

(No lea)

- 1 Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ 0
- 2 Cantidad de meses \_\_\_\_\_
- 3 Usted no recibió cuidado prenatal è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 18
- 8 Se rehusó è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 18

9 No sabe/no recuerda è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 18**

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

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

Tema	<b>(Don't read)</b>			
	<b>No (1)</b>	<b>Sí (2)</b>	<b>Se rehusó (8)</b>	<b>No sabe (9)</b>
a. Si sabía cuánto peso debería aumentar durante su embarazo				
b. Si estaba tomando medicinas recetadas				
c. Si estaba fumando cigarrillos				
d. Si estaba tomando alcohol				
e. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente				
f. Si se sentía decaída o deprimida				
g. Si estaba usando drogas como marihuana o hachís, cocaína, crack o meth				
h. Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH, el virus que causa el SIDA				

i. Si estaba planeando darle pecho a su nuevo bebé				
j. Si estaba planeando usar anticonceptivos después de que nazca su bebé				
k. Si sabía cómo seguir los movimientos de su bebé				
l. Si conocía las posiciones recomendadas para dormir durante el embarazo				

18. Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios de WIC?

**(PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios de WIC, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños?)

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

19. Durante los 12 meses antes del parto de su bebé, ¿le pusieron la vacuna contra la gripe? Le voy a leer 3 opciones. Por favor, dígame cual aplica a usted.

- 1 No, no recibió la vacuna contra la gripe 12 meses antes de que su bebé muriera
- 2 Sí, recibió una vacuna contra la gripe antes de su embarazo
- 3 Sí, recibió una vacuna contra la gripe durante su embarazo

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

20. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada uno, por favor dígame si usted tuvo esa condición **durante**

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

su embarazo. ¿Tuvo usted \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Durante su embarazo, ¿tuvo usted \_\_\_\_\_?)

Condición	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Diabetes gestacional o la diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo				
b. Alta presión sanguínea que <b>comenzó</b> durante este embarazo, preclamsia o eclampsia				
c. Depresión				
d. Ansiedad				

21. Voy a leer una lista de problemas. Para cada uno, por favor dígame si usted tuvo esa problema **durante** su embarazo.

(PREGUNTE: Durante su embarazo, ¿tuvo usted \_\_\_\_\_?)

Condición	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Sangrado vaginal				
b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias)				
c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuvo que ir al doctor o al hospital				
d. ¿Le cosieron el cuello del útero (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical)				

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

e. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)				
f. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro)				
g. ¿Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto, o ruptura prematura de membranas (PPROM, por sus siglas en inglés)?				
h. Le hicieron una transfusión de sangre				
i. ¿Se lastimó en un accidente de automóvil?				
j. ¿Experimento disminución del movimiento fetal o un cambio en el movimiento fetal?				
k. ¿Tuvo fiebre de 101° o más?				
l. ¿Tuvo un presentimiento de que algo andaba mal?				

22. Voy a leer una lista de infecciones. Para cada uno, dígame si un médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tuvo la infección durante el embarazo. ¿Alguien le dijo que tuvo \_\_\_\_?

(PREGUNTE: **Durante** su embarazo, ¿un médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tuvo \_\_\_\_?)

Infección	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Infección vaginal causada por hongos				
b. Infección de las vías urinarias				
c. Citomegalovirus (CMV)				
d. Verrugas genitales (VPH)				
e. Herpes				
f. Clamidia				
g. Gonorrea				
h. <u>Enfermedad inflamatoria pélvica</u>				

i. <u>Sífilis</u>				
j. Estreptococos grupo B (beta estrep)				
k. Vaginosis bacteriana				
l. Tricomoniasis				
m. Listeria				
n. Toxoplasmosis				
o. ¿Le dijeron que tuvo otras infecciones?				
<b>ENTREVISTADORA: Sí RESPONDE Sí, pregunte: ¿Cuales eran?</b>				
_____				
_____				

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco y alcohol en el momento del embarazo (antes, durante y después). No estamos haciendo estas preguntas porque creamos que usted haya hecho algo que pudiera haber afectado a su bebé; hacemos preguntas similares a otras mujeres en una encuesta diferente.

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

- (No lea)**
- 1 No → **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 27**
  - 2 Sí
  - 8 Se Rehusó → **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 27**
  - 9 No sabe/no recuerda → **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 27**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**(PREGUNTE:** Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

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

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

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

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

Producto	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No Sabe (9)

<p>a. E-cigarillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina</p> <p>PREGUNTE: E-cigarillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros o e-pipas son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco, y producen vapor en lugar de humo.</p>				
<p>b. Hookah</p> <p>PREGUNTE: Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.</p>				

**ENTREVISTADORA: Si la madre NO usó e- cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 30.**

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

**(PREGUNTE: Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente los usó? Fue \_\_\_\_)**

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

**(No lea)**

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

29. En los **últimos3 meses** de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e- cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina? ¿Los usaba \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente los usó? Fue \_\_\_\_)**

- 1 Más que una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 2-6 días a la semana

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

- 4 Una vez a la semana o menos
- 5 Usted no usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**(No lea)**

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

30. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los **últimos 2 años**? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [wine cooler], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

**(No lea)**

- 1 No è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 33
- 2 Sí
- 8 Se rehusó è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 33
- 9 No sabe/no recuerda è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 33

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

**(PREGUNTE: Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)**

- 1 14 ó más bebidas a la semana
- 2 De 8 a 13 bebidas a la semana
- 3 De 4 a 7 bebidas a la semana
- 4 De 1 a 3 bebidas a la semana
- 5 Menos de 1 bebida a la semana
- 6 No tomaba en ese entonces

**(No lea)**

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

32. En los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal? ¿Usted tomaba \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)**

- 1 14 ó más bebidas a la semana
- 2 De 8 a 13 bebidas a la semana
- 3 De 4 a 7 bebidas a la semana

- 4 De 1 a 3 bebidas a la semana
- 5 Menos de 1 bebida a la semana
- 6 No tomaba en ese entonces

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

33. ¿Tuvo depresión ***durante*** su embarazo?

(PREGUNTE: ¿En cualquier moment ***durante su embarazo***, tuvo depresión?)

- (No lea)
- 1 No è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 37
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 37
  - 9 No sabe/no recuerda è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 37

34. En algún momento ***durante*** su embarazo, ¿***solicitó ayuda*** de un doctor, enfermero u otro profesional de salud para la depresión?

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

35. En algún momento ***durante*** su embarazo, ¿***recibió*** consejería para la depresión?

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

36. En algún momento ***durante*** su embarazo, ¿tomaba un medicamento ***recetado*** para su depresión?

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

37. Voy a leer una lista de cosas que pudieron haber pasado durante **los 12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted. Podría serle útil ver el calendario.

**(PREGUNTE:** Durante los 12 meses **antes** del parto de su bebé \_\_\_\_)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Un pariente cercano suyo estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital?				
b. ¿Se separó o divorció de su esposo o pareja?				
c. ¿Se mudó a otra dirección?				
d. ¿No tenía en donde vivir o se quedó a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio?				
e. ¿Su esposo o pareja perdió su trabajo?				
f. ¿Perdió usted su trabajo aunque quería seguir trabajando?				
g. ¿Reducieron las horas o el salario de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja?				
h. ¿No vivía con su esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo?				

i. ¿Peleaba o discutía con su esposo o pareja más de lo normal?				
j. ¿Su esposo o pareja le dijo que no quería que usted estuviera embarazada?				
k. ¿Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas?				
l. ¿Su esposo o pareja o usted estuvo en la cárcel?				
m. ¿Alguien muy cercano a usted tuvo un problema con alcohol o drogas?				
n. ¿Murió alguien muy cercano a usted?				

**ENTREVISTADORA: Las preguntas 38 y 39 NO deben formularse si la madre es menor de edad (menor de 18 años). Pase a la pregunta 40.**

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

Persona	(Don't read)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su ex esposo o ex pareja				
c Otra persona				

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

Persona	(Don't read)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				

b. Su ex esposo o ex pareja				
c Otra persona				

Las siguientes preguntas son sobre su bebé y sus experiencias en el momento del parto. Estamos interesados en aprender cómo mejorar la atención que reciben las mujeres que tienen un mortinato (perdida de bebé). Entendemos que algunas de estas opciones no aplican a su caso.

40. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?

(PREGUNTE: ¿Cuándo tenía que nacer su bebé?)

(No lea)      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_      [Rango: Mes 1-12; Día 1-31; Año = Año de Vigilancia]  
 Mes      Día      Año

88/88/8888      Refused  
 99/99/9999      Don't know/don't remember

41. ¿En qué fecha dio su parto?

(PREGUNTE: ¿Cuándo fue su parto?)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      (RANGO: Mes 1-12; Día 1-31; Año = Año de Vigilancia)  
 Mes      Día      Año

(No lea)      88/88/8888      Se reuhsó  
 99/99/9999      No sabe/no recuerda

42. ¿En qué fecha **creo** que murió su bebé?

(PREGUNTE: ¿Cuándo **creo** que murió su bebé?)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      (RANGO: Mes 1-12; Día 1-31; Año = Año de Vigilancia)  
 Mes      Día      Año

(No lea)      88/88/8888      Se reuhsó  
 99/99/9999      No sabe/no recuerda

43. ¿En qué fecha **descubrió** que su bebé había muerto?

(PREGUNTE: ¿Cuándo **descubrió** que su bebé había muerto?)

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Mes      Día      Año

(RANGO: Mes 1-12; Día 1-31; Año = Año de Vigilancia)

**(No lea)**      88/88/8888      Se reuhsó  
 99/99/9999      No sabe/no recuerda

44.      ¿Murió su bebé antes o durante el parto?

**(PREGUNTE:** ¿Cuándo murió su bebé?)

1      Antes del parto  
 2      Durante el parto

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

45.      Por favor dígame, cuál de las siguientes declaraciones mejor describe cómo dio su parto a su bebé.

**(PREGUNTE:** ¿En qué forma dio a luz a su bebé?)

1      Parto vaginal      **è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 47**  
 2      Parto por cesárea (c-section)

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

46.      ¿Cuál de las siguientes declaraciones *mejor* describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea? Por favor dígame, cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?

1      Su proveedor de salud programó su parto por cesárea **antes** de que su bebé muriera  
 2      Su proveedor de salud recomendó hacer cesárea **antes** de comenzar su parto  
 3      Su proveedor de salud recomendó la cesárea **durante** su parto  
 4      Usted pidió la cesárea

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

47.      ¿En qué fecha fue dada de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

**(PREGUNTE:** ¿Cuándo fue dada de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(RANGO: Mes 1-12; Día 1-31; Año = Año de Vigilancia)

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

	Mes	Día	Año
<b>(No lea)</b>	88/88/8888		Se reuhsó
	99/99/9999		No sabe/no recuerda

48. Voy a leer una lista de cosas que pueden haberle sido ofrecidas durante su estadía en el hospital. Para cada uno, dígame si se lo **ofrecieron**. ¿Le ofrecieron \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Alguna de estas cosas se le ofreció durante su estadía en el hospital?)

Cosa	No lea			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Fotografías de su bebé				
b. Fotografías de su bebé con familia				
c. Impresiones/impresiones de manos y/o pies				
d. Sosteniendo a su bebé				
e. Bañando a su bebé				
f. Vistiendo a su bebé				
g. Un bautismo o bendición de su bebé				
h. Recuerdos (por ejemplo, sombrero, ropa)				
i. Recursos de servicio fúnebre/conmemorativo.				
j. Grupos de apoyo/recursos de compañeros voluntarios.				
k. Visita de un líder religioso (obispo, capellán, pastor, sacerdote, rabino, imám, etc.).				
l. Visita de un trabajador social del hospital				
m. Tener a su bebé en su cuarto				
n. Una cama de enfriamiento				

Attachment 9d – PRAMS UT Stillbirth Phone Questionnaire - Spanish

49. Voy a leer una lista de cosas que puede haber **recibido** durante su estadía en el hospital. Para cada uno, dígame si lo recibió, y si es así, dígame si lo consideró **útil o no**. Recibió usted \_\_\_\_\_? Fue útil?

(PREGUNTE: Usted recibió estas cosas durante su estadía en el hospital, y si es así, fue útil?)

Cosa	(No lea)							
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No sabe (9)	Útil (3)	No es útil (4)	Se Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Fotografías de su bebé								
b. Fotografías de su bebé con familia								
c. Impresiones/impressiones de manos y/o pies								
d. Sosteniendo a su bebé								
e. Bañando a su bebé								
f. Vistiendo a su bebé								
g. Un bautismo o bendición de su bebé								
h. Recuerdos (por ejemplo, sombrero, ropa)								

i. Recursos de servicio fúnebre/conmemorativo.								
j. Grupos de apoyo/recursos de compañeros voluntarios.								
k. Visita de un líder religioso (obispo, capellán, pastor, sacerdote, rabino, imám, etc.).								
l. Visita de un trabajador social del hospital.								
m. Tener a su bebé en su cuarto.								
n. Una cama de enfriamiento.								

50. Voy a leer una lista de cosas que pueden haber sucedido **antes de que** le dieron de alta del hospital. Para cada uno, dígame si le sucedió o no.

(**PREGUNTE:** ¿Antes de que le dieron de alta del hospital, \_\_\_\_\_?)

Pregunta	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó	No sabe (9)

			<b>(8)</b>	
a. ¿Se sintió adecuadamente apoyado por su médico o partera durante su proceso de duelo?				
b. ¿Se sintió adecuadamente apoyada por el personal de enfermería del hospital durante su proceso de duelo?				
c. ¿Se sintió adecuadamente apoyado por el personal de orientación de duelo durante su proceso de duelo?				
d. ¿Le dieron información sobre su leche materna y que esta iba a comenzar a bajar?				
e. ¿Le dieron información sobre qué hacer con su leche materna una vez esta comenzara a bajar?				
f. ¿Le dieron un paquete de duelo con información acerca de dónde buscar apoyo?				
g. ¿El personal del hospital le dio la oportunidad de hacer preguntas?				
h. ¿Su proveedor de atención médica conversó con usted sobre lo que podría haberle pasado a su bebé?				

Las siguientes preguntas son sobre la autopsia y otros exámenes que le pudieron haber hecho para tratar de conocer la causa de la muerte de su bebé. Estamos tratando de obtener más información sobre la examinación que se ofrecen en los hospitales. Entendemos que algunas de estas opciones talvez no apliquen a su caso.

51. Le voy a leer una lista de pruebas que le pueden haber **ofrecido**. Para cada uno, por favor, dígame si se lo ofrecieron. ¿Le **ofrecieron** \_\_\_\_\_?

Prueba	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Exámenes de sangre para usted				
b. Examen detallado de la placenta				
c. Autopsia completa o parcial				
d. Examen genético al bebé				

52. Voy a leer una lista de exámenes que pueden haberse **efectuado** a usted y / o su bebé. Para cada uno, por favor dígame si **se realizó** la prueba.

Prueba	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Exámenes de sangre para usted				
b. Examen detallado de la placenta				
c. La placenta fue enviada a patología				
d. Examen genético al bebé				

53. ¿A su bebé se le efectuó una autopsia completa o parcial?

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 55**
  - 8 Se rehusó è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 55**
  - 9 No sabe/no recuerda è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 55**

54. Voy a leer una lista de razones por las que algunas autopsias no se efectuan. Para cada uno, por favor dígame si se aplica a usted o no. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿Cuál es la razon por la que no se efectuaron una autopsia?)**

Pregunta	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó	No sabe (9)

			<b>(8)</b>	
a. Una autopsia era muy costosa				
b. Le informaron que la autopsia no la cubriría su seguro				
c. Lo rechazó por razones personales o religiosas				
d. No tuvo suficiente información sobre el procedimiento				
e. Los médicos pudieron determinar la(s) causa(s) de la muerte sin que fuera necesaria una autopsia				
f. Le dijeron que una autopsia no proporcionaría respuesta alguna				
g. No se le ofreció una autopsia				
h. ¿Había otra razón?				
<b>ENTREVISTADORA: Sí RESPONDE Sí, pregunte: ¿Cuál fue?</b>				
_____				
_____				
_____				

55. ¿Se le dio a conocer que pudo haber causado la muerte de su bebé?

- (No lea)**
- 1 No è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 57**
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 57**
  - 9 No sabe/no recuerda è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 57**

56. Voy a leer una lista de cosas que **puede** causar la muerte de un bebé. Para cada uno, por favor dígame si era algo que pudiera haber causado la muerte de su bebé. ¿\_\_\_\_ causó la muerte de su bebé?

(PREGUNTE: ¿Diría usted que \_\_\_\_ causó la muerte de su bebé?)

Pregunta	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Complicaciones con el cuello uterino				
b. Complicaciones con el cordón umbilical / o accidente con el cordón				
c. Desprendimiento placentario (separación de la placenta del útero)				
d. Infección				
e. Otras complicaciones con la placenta				
f. Hipertensión				
g. Parto prematuro				
h. Diabetes				

i. Ruptura de membranas				
j. Defectos congénitos / defecto(s) de nacimiento / anomalías cromosómicas				
k. ¿Había otra causa?				
<b>ENTREVISTADORA: Sí RESPONDE Sí, pregunte: ¿Cuál es?</b> <hr/> <hr/>				

Las siguientes preguntas son acerca de su salud después del parto de su bebé.

57. **Desde el parto de su bebé,** ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4-6 semanas después de dar a luz.

- (No lea)
- 1 No è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 59
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 59
  - 9 No sabe/no recuerda è ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 59

58. **Durante su chequeo posparto,** ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?

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

Cosas	<b>(No lea)</b>			
	<b>No (1)</b>	<b>Sí (2)</b>	<b>Rehusó (8)</b>	<b>No sabe (9)</b>
a. Le habló sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez				
b. Le habló sobre métodos anticonceptivos que puede usar después de dar a luz				

59. **Desde el parto de su bebé,** ¿ha recibido apoyo u orientación emocional por su duelo?

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 61**
  - 8 Se rehusó è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 61**
  - 9 No sabe/no recuerda è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 61**

60. Voy a leer una lista de razones que pueden haber impedido que recibiera apoyo o orientación emocional. Para cada uno, por favor dígame si es una de las razones por las que no recibí apoyo u orientación emocional. ¿Fue porque\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Cuáles son las razones por las que no recibí apoyo u orientación emocional?)

	<b>(No lea)</b>
--	-----------------

Razones	No (1)	Sí (2)	Se Rehusó (8)	No sabe (9)
a. Se sintió bien y creó que no le hizo falta apoyo u orientación				
b. Usted no sabía a dónde ir para recibir orientación				
c. Usted no tenía seguro médico para cubrir el costo de la orientación				
d. Usted no estaba al tanto de grupos de apoyo cerca de donde vivía				
e. ¿Hay otras razones por las que no recibió apoyo u orientación emocional?				
<b>ENTREVISTADORA: Sí RESPONDE Sí, pregunte: ¿Cuál es?</b> _____ _____ _____ _____				

61. ¿Está embarazada en este momento?

- (No lea)**
- 1 No è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 63**
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 63**
  - 9 No sabe/no recuerda è **ENTREVISTADORA: PASE A LA PREGUNTA 63**

62. ¿Cuál fue el primer día de su último periodo?

**(PREGUNTE: ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo?)**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_  
Month Day Year

- (Don't read)** 77/77/7777 No tuvo un periodo antes de quedar embarazada de nuevo.  
88/88/8888 Se Rehusó  
99/99/9999 No sabe/no recuerda

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

63. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su bebé, ¿cuál era el ingreso total al año de su hogar antes de impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. Toda la información será confidencial y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo. Voy a leer una lista de opciones. Usted me puede parar cuando diga su ingreso. ¿El ingreso total al año de su hogar era ?

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

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

**(Don't read)**

- 88 Se Rehusó
- 99 Don't know

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

(No lea)

\_\_\_\_\_ personas (RANGO: 1-30 personas)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda



**65. Escriba la fecha de hoy**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
Mes      Día      Año