**Form Approved**

**OMB No. 0920-1273**

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

Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

Phase 9 Core 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).

|  |
| --- |
| **Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish** |
|  |  |  |  |  |  |
| **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…** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | ¿Tenía serias dificultades de audición, o es sorda? |  |  |  |  |
|  | ¿Tenía serias dificultades con su visión incluso cuando usaba espejuelos, o es ciega? |  |  |  |  |
|  | ¿Tenía serias dificultades caminando o subiendo escaleras? |  |  |  |  |
|  | ¿Tenía serias dificultades concentrándose, recordándose de cosas o tomando decisiones dado a una condición física, mental o emocional? |  |  |  |  |
|  | ¿Tenía dificultades vistiéndose o bañándose por su cuenta? |  |  |  |  |
|  | ¿Tenía dificultades haciendo cosas sola, como ir a una visita médica o de compras, dado a una condición física, mental o emocional? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada.**  |
|  |
| **Core 3.**  | **Durante los *3 meses antes* de quedar embarazada de su *nuevo* bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?**  |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Diabetes tipo 1 o tipo 2. **No** es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo. |  |  |  |  |
|  | Presión alta o hipertensión |  |  |  |  |
|  | Depresión |  |  |  |  |
|  | Ansiedad |  |  |  |  |
|  | *Site-added options from Standard question L11* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 4.**  | **En los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Usted tuvo un(a) \_\_\_\_\_ en los 12 meses antes de quedar embarazada?)  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Chequeo de rutina con un médico de familia  |  |  |  |  |
|  | Chequeo de rutina con un ginecólogo-obstetra |  |  |  |  |
|  | Visita asociada a una herida, enfermedad o condición crónica  |  |  |  |  |
|  | Visita a un centro de cuidado de urgencias o a la sala de emergencias |  |  |  |  |
|  | Visita para planificación familiar o anticonceptivos |  |  |  |  |
|  | Visita por depresión o ansiedad |  |  |  |  |
|  | 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**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | **Un proveedor de salud habló con usted acerca de…** |  |  |  |  |
|  | Su peso |  |  |  |  |
|  | Chequearse la presión regularmente |  |  |  |  |
|  | Sus deseos de tener o no tener hijos |  |  |  |  |
|  | Anticonceptivos  |  |  |  |  |
|  | De cómo podría mejorar su salud antes de un embarazo |  |  |  |  |
|  | Las enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH |  |  |  |  |
|  | **Un proveedor de salud le preguntó…**  |  |  |  |  |
|  | Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros tipos de tabaco sin humo |  |  |  |  |
|  | Si alguien estaba lastimándola emocional o físicamente |  |  |  |  |
|  | 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 médicotenía usted?**  |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿usted tenía \_\_\_\_\_ durante *el mes antes* de quedar embarazada?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tenía por el trabajo |
|  | Medicaid o *Site Medicaid name* |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)* |
|  | *Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)* |
|  | Site-specific (IHS o tribal) |
|  | ¿Usted tenía otro seguro médico en *el mes antes* de quedar embarazada? |
|  | **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 médicotenía usted?**  |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tenía por el trabajo |
|  | Medicaid o *Site Medicaid name* |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo, MCH program, indigent care, family planning program)* |
|  | *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)* |
|  | *Site-specific (IHS o tribal)* |
|  | ¿Usted tenía otro tipo de seguro médico durante su embarazo? |
|  | **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**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tiene por el trabajo |
|  | Medicaid o *Site Medicaid name* |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |
|  | *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)* |
|  | *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)* |  |  |  |  |
|  | *Site-specific (IHS o tribal)* |  |  |  |  |
|  | ¿Usted tiene otro seguro médico? |  |  |  |  |
|  | **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.  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | No quería quedar embarazada en ese momento, sino después  |
|  | Hubiera querido quedar embarazada antes  |  |  |  |  |
|  | Quería quedar embarazada en ese momento |  |  |  |  |
|  | No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca  |
|  | No estaba segura de lo que quería |  |  |  |  |
|  | ***(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**.  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | **¿HABLARON con usted acerca de…**  |  |  |  |  |
|  | Cuanto peso debería aumentar durante el embarazo?  |  |  |  |  |
|  | Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que corren en la familia |  |  |  |  |
|  | *¿HABLARON con usted acerca de…* 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? |  |  |  |  |
|  | Que hacer si se siente deprimida durante el embarazo o después del nacimiento de su bebé |  |  |  |  |
|  | **¿Le preguntaron…**  |  |  |  |  |
|  | Si tenía planificado amamantar a su nuevo bebé? |  |  |  |  |
|  | Si estaba pensando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé? |  |  |  |  |
|  | Si estaba tomando medicamentos recetados? |  |  |  |  |
|  | Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos u otros tipos de tabaco sin humo? |  |  |  |  |
|  | *¿Le preguntaron…* si estaba tomando alcohol?  |  |  |  |  |
|  | ¿Si alguien la estaba lastimando emocional o físicamente? |  |  |  |  |
|  | ¿Si estaba usando drogas ilegales?  |  |  |  |  |
|  | ¿Si estaba usando marihuana?  |  |  |  |  |
|  | ¿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**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Flu shot o “flu” |  |  |  |  |
|  | Tdap que protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina |  |  |  |  |
|  | COVID-19 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 13.** | **¿*Se puso* alguna delas siguientes vacunas antes o durante el embarazo?**  |
|  | Voy a leer una lista de vacunas. Para cada una, por favor dígame si usted de 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?)  |
|  |  |
|  |  |  |  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **Antes** | **Durante** | **No** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Influenza o el “flu” |  |  |  |  |  |
|  | Tdap  |  |  |  |  |  |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | ¿Diabetes gestacional, que es diabetes que comenzó durante *este* embarazo? |  |  |  |  |
|  | ¿Presión alta que desarrolló durante *este* embarazo, preeclampsia o eclampsia?  |  |  |  |  |
|  | Depresión? |  |  |  |  |
|  | 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**.  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | ¿La refirió a otro proveedorde la salud?  |  |  |  |  |
|  | ¿Le dijo que se chequeara la presión regularmente ***durante*** el embarazo? |  |  |  |  |
|  | ¿Habló con usted acerca de cómo llegar a un peso saludable ***después*** del embarazo? |  |  |  |  |
|  | ¿Habló con usted acerca de chequearse la presión ***después*** del embarazo regularmente? |  |  |  |  |
|  | ¿Habló con usted acerca del riesgo de desarrollar presión alta o hipertensión crónica y enfermedades cardiacas ***después*** del embarazo? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 17.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de las "señales de advertencia" que usted debe estar pendiente durante y después de su embarazo y que requerirían atención médica inmediata?** Algunos de estos síntomas pueden incluir fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, o dolor de estómago intenso. |
| --- | ***(No 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**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
| 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 **“Hear Her"** o **“Escúchela”** 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…**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo o el primer trimestre? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada* |  |  |  |  |
| b. | ¿Durante los segundos 3 meses del embarazo o el segundo trimestre? |  |  |  |  |
| c.  | ¿Durante los últimos 3 meses del embarazo o el tercertrimestre? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo o el primer trimestre? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada* |  |  |  |  |
| b. | ¿Durante los segundos 3 meses del embarazo o el segundo trimestre? |  |  |  |  |
| c.  | ¿Durante los últimos 3 meses del embarazo o el tercertrimestre? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | ¿Usted se separó o divorció? |  |  |  |  |
|  | ¿Fue desalojada o la obligaron a irse de donde estaba viviendo |  |  |  |  |
|  | ¿Tenía un sitio donde podía dormir regularmente? |  |  |  |  |
|  | ¿Era una persona sin hogar o vagabunda, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio? |  |  |  |  |
|  | ¿Su esposo(a), pareja o usted perdió su trabajo? |  |  |  |  |
|  | ¿A usted o a su esposo(a) o pareja les bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo? |  |  |  |  |
|  | ¿Tuvo problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas? |  |  |  |  |
|  | ¿Su esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel? |  |  |  |  |
|  | ¿Usted estuvo en la cárcel?  |  |  |  |  |
|  | ¿Alguien cercano a usted tuvo un problema con alcohol o drogas? |  |  |  |  |
|  | ¿Alguien cercano a usted estaba muy enfermo o murió? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 30.** | **Enlos *12 meses antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé*,* ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**  |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Su esposo(a) o pareja |  |  |  |  |
|  | Su ex esposo(a) o ex pareja |  |  |  |  |
|  | *Site option (Otro miembro de la familia)* |  |  |  |  |
|  | *Site option (Otra persona)*  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 31.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**  |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
| a. | Su esposo(a) o pareja |  |  |  |  |
| b. | Su ex esposo(a) o ex pareja |  |  |  |  |
| c. | *Site option (Otro miembro de la familia)* |  |  |  |  |
| d. | *Site option (Otra persona)*  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DESPUÉS DEL EMBARAZO** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 32.** | ***Después* del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su bebé en el hospital?** |
|  | (**PREGUNTE:** ¿Su bebé estuvo en el hospital …?) |
|  | Menos de 3 días  |  |  |  |  |
|  | Entre 3 a 5 días |  |  |  |  |
|  | Entre 6 a 14 días  |  |  |  |  |
|  | Más de 14 días |  |  |  |  |
|  | Su bebé no nació en el hospital |  |  |  |  |
|  | 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)***  |  |  |  |  |
|  | Nunca amamantó a su bebé |  |  |  |  |
|  | Amamantó menos de 1 semana |  |  |  |  |
|  | Amamantó al bebé: |  |  |  |  |
| Range: 1-40 | \_\_\_\_\_\_ Semana(s) (RANGO: 1-40) **O**  |  |  |  |  |
| Range: 1-9 | \_\_\_\_\_\_ Mes(es)  |  |  |  |  |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | De lado |  |  |  |  |
|  | Boca arriba  |  |  |  |  |
|  | Boca abajo |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 37.** | **En las *últimas 2 semanas*, cuando usted estaba durmiendo, ¿con que frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?**¿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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Una cuna, cuna portátil o moisés |  |  |  |  |
|  | Una cama tamaño “twin” o una más grande |  |  |  |  |
|  | Un sofá, butaca o sillón |  |  |  |  |
|  | Un asiento de bebé para el auto (“car seat”) |  |  |  |  |
|  | Un columpio, mecedora u otra cama inclinada |  |  |  |  |
|  | Una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto  |  |  |  |  |
|  | Una cuna tablero indígena (“babyboard” o “cradleboard”) |  |  |  |  |
|  | ¿Colocó a su bebé a dormir en otro sitio? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Dónde? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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**. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | En un saco de dormir  |  |  |  |  |
|  | En una manta en la que envolvió a su bebé |  |  |  |  |
|  | Con edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no están ajustadas |  |  |  |  |
|  | Con juguetes suaves, cojines o almohadas, incluyendo las almohadas para amamantar |  |  |  |  |
|  | Con protectores de cuna con o sin malla  |  |  |  |  |
|  | ¿Colocó a dormir a su bebé con otra cosa? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿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 \_\_\_\_\_?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Usted está embarazada ahora **→ Pase a la Pregunta X** |  |  |  |  |
|  | Usted quiere quedar embarazada |  |  |  |  |
|  | Usted se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio |
|  | Su esposo o pareja se operó o tuvo una vasectomía |  |  |  |  |
|  | Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo |  |  |  |  |
|  | Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos |
|  | Su esposo o pareja no quiere usar condones |  |  |  |  |
|  | Su esposo(a) o pareja no quiere que usted use anticonceptivos |
|  | Su pareja es del mismo sexo |  |  |  |  |
|  | Tiene problemas obteniendo los anticonceptivos que quiere |
|  | No cree que puede quedar embarazada porque esta amamantando |
|  | No está teniendo relaciones sexuales |  |  |  |  |
|  | ¿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?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio,  |  |  |  |  |
|  | Su esposo o pareja se operó o tuvo una vasectomía  |  |  |  |  |
|  | Píldoras anticonceptivas |  |  |  |  |
|  | Condones |  |  |  |  |
|  | Inyecciónnes |  |  |  |  |
|  | Parche anticonceptivo o anillo vaginal  |  |  |  |  |
|  | IUD o dispositivo intrauterino |  |  |  |  |
|  | Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo |  |  |  |  |
|  | El se retira y eyacula a fuera  |  |  |  |  |
|  | Método de planificación familiar natural o métodos de observación de la fertilidad incluyendo el ritmo o aplicaciones de fertilidad |  |  |  |  |
|  | Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo, esto es llamado amenorrea de la lactancia o MELA |  |  |  |  |
|  | 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**.  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | ***¿Un proveedor de salud habló con usted acerca de…***  |  |  |  |  |
|  | ¿La nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo? |  |  |  |  |
|  | ¿Cuánto debe esperar antes de quedar embarazada otra vez? |  |  |  |  |
|  | ¿Anticonceptivos?  |  |  |  |  |
|  | ¿Los signos de urgencia o síntomas que podría sentir dado al embarazo y que podrían ser peligrosos? |  |  |  |  |
|  | ¿Chequearse la presión regularmente  |  |  |  |  |
|  | ¿Qué hacer si se siente deprimida o ansiosa |  |  |  |  |
|  | ***¿Un proveedor de salud Le preguntó …*** |  |  |  |  |
|  | ¿Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos como "vapes" u otros tipos de tabaco sin humo? |  |  |  |  |
|  | ¿Si alguien la estaba lastimando emocional o físicamente? |  |  |  |  |
|  | ***¿Un proveedor de salud…*** |  |  |  |  |
|  | ¿le hizo una prueba para detectar si tenía diabetes? |  |  |  |  |
|  | ¿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?**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Durante su embarazo más reciente  |  |  |  |  |
|  | 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. |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **¿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   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **¿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:** ¿Diria que la falta de transporte le ha impedido ir a \_\_\_\_?) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Citas médicas |  |  |  |  |
|  | Reuniones o citas que no eran médicas o del trabajo |  |  |  |  |
|  | Hacer recados o diligencias |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 53.** | **Mientras recibía cuidado médico a través de su embarazo, el parto o el cuidado posparto, ¿Usted se sintió que fue discriminada, que le impidieron o le dieron problemas en hacer algo, o le hicieron sentir que es inferior a otra persona por alguna de las siguientes razones?**  |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Se sintió discriminado por \_\_\_\_\_? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | Su raza, etnicidad o el color de su piel  |  |  |  |  |
|  | Por alguna discapacidad |  |  |  |  |
|  | Su estatus de inmigración |  |  |  |  |
|  | Su edad |  |  |  |  |
|  | Su peso |  |  |  |  |
|  | Su salario o cuanto ganba |  |  |  |  |
|  | Su sexo o género |  |  |  |  |
|  | Su orientación sexual  |  |  |  |  |
|  | Su religion |  |  |  |  |
|  | Mi idioma o acento  |  |  |  |  |
|  | El tipo de seguro médico que tiene o porque no tenía seguro médico |  |  |  |  |
|  | Mi uso de sustancias como el alcohol, tabaco u otras drogas |  |  |  |  |
|  | Dado a que he estado involucrada en el sistema judicial, como la cárcel o prisión |  |  |  |  |
|  | ¿Por otra cosa? |  |  |  |  |
|  | **⤷ SI CONTESTA SI, PREGUNTE:** ¿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…** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **(No Leer)** |
|  |  | **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **NS/NR****(9)** |
|  | En un trabajo por ejemplo siento contratada, promovida o despedida |  |  |  |  |
|  | Con la vivienda por ejemplo alquilando o comprando u obteniendo una hipoteca |  |  |  |  |
|  | Con la policía como ser detenida, registrada o amenazada |  |  |  |  |
|  | En los tribunales |  |  |  |  |
|  | En la escuela o la escuela de su hijo |  |  |  |  |
|  | Recibiendo atención médica |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 56.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso o salario total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.  |
|  | Voy a leer una lista de opciones. Puede detenerme cuando lea el nivel de ingresos de su hogar. ¿Su ingreso familiar anual fue de\_\_\_\_\_\_? |
|  | $0 a $16,000  |  |  |  |  |
|  | $16,001 a $20,000  |  |  |  |  |
|  | $20,001 a $24,000  |  |  |  |  |
|  | $24,001 a $32,000 |  |  |  |  |
|  | $32,001 a $48,000 |  |  |  |  |
|  | $48,001 a $60,000 |  |  |  |  |
|  | $60,001 a $85,000 |  |  |  |  |
|  | $85,001 o más |  |  |  |  |
|  | ***(No Leer)***  |  |  |  |  |
|  | Rechazó   |  |  |  |  |
|  | 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 dePersonas |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Core 58.** | **ENTREVISTADORA:** Escriba la fecha de hoy |  |  |  |  |
|  | ***(No Leer)*** |  |  |  |  |
| *Range: 1-12* | \_\_\_\_\_\_\_\_ /Mes  |  |  |  |  |
| *Range: 1-31* | \_\_\_\_\_\_\_\_ /Día  |  |  |  |  |
| *Range: Current Yr.* | \_\_\_\_\_\_\_\_ Año |  |  |  |  |
| [ ]  (88/88/8888) | Rechazó  |  |  |  |  |
| [ ]  (99/99/9999) | No Sabe / No Recuerda  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Esto finaliza la encuesta. ¿Hay algo más que quiera decir acerca de sus experiencias antes, durante o despues del emabarazo 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 respnder nuestras preguntas! Sus respuestas ayudarán a que las madres y bebés en <STATE> sean más saludables. Hasta luego.** |