**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 Standard Phone Questionnaire - Spanish

Cuestionario Telefónicas Estándar De La Fase 9 - En Español

# Assisted Reproduction and Fertility

# 

|  |  |
| --- | --- |
| **A1.** | **¿Tomó medicamentos para la fertilidad o le hizo algún procedimiento un proveedor de atención médica para ayudarla a quedar embarazada de su *nuevo* bebé?** Esto puede incluir tratamientos contra la esterilidad, como medicamentos para aumentar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida**.** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No **→ Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó **→ Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda **→ Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| A2. | **¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad para que le ayudara a quedar *embarazada* de su *nuevo* bebé?** |
|  | Para cada opción, responda Sí o No. (PREGUNTE: ¿Utilizó \_\_\_\_\_ para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé?) |
|  |  |
|  | Medicamentos para aumentar la fertilidad recetados por un médico para estimular la ovulación |
|  | Inseminación artificial o inseminación intrauterina, que son tratamientos en que se colecta y coloca el semen, NO los óvulos, quirúrgicamente dentro del útero |
|  | Tecnología de reproducción asistida, como tratamientos en los que los óvulos o embriones de la mujer fueron manipulados en el laboratorio, como en la fertilización in vitro [IVF] con o sin transferencia intracitoplasmática de espermatozoides [ICSI] u otros procedimientos relacionados) |
|  | ¿Utilizó otro tratamiento para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé? |
|  | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué utilizó? |
|  | ENTREVISTADORA: Pase a la siguiente pregunta si la madre contestó Sí a alguno de los tratamientos mencionados antes. |
|  | ENTREVISTADOR: Seleccione la siguiente opción si la mamá NO utilizó tratamientos de fertilidad |
|  | No utilizó tratamientos de fertilidad |

|  |  |
| --- | --- |
| **A4.** | **¿Por cuánto tiempo estuvo tratando de quedar embarazada *antes* de tomar medicamentos para la fertilidad o antes de utilizar algún procedimiento médico para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé?** No cuente periodos de tiempo largos en que usted y su pareja estuvieron separados o no estaban teniendo relaciones sexuales. |
|  | *¿Fue entre \_\_\_\_\_?* |
|  |  |
|  | 0 a 6 meses |
|  | 7 meses a menos de un año |
|  | 1 a 2 años |
|  | 3 a 4 años |
|  | 5 a 6 años |
|  | Más de 6 años |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **A5.** | **¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad, completos o incompletos, recibió antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?** |
|  | ¿Fue \_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | 1 ciclo |
|  | 2 a 3 ciclos |
|  | 4 a 6 ciclos |
|  | 7 o más ciclos |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Breastfeeding

|  |  |
| --- | --- |
| B1. | **¿Cuáles fueron sus razones para no amamantar a su nuevo bebé?** |
|  | Para cada opción, responda Sí o No.  ¿Fue porque\_\_\_\_\_\_\_\_?  (PREGUNTE: ¿Fue esta una razón por la que usted no amamantó a su nuevo bebé?) |
|  |  |
|  | Estaba enferma o tomando medicamentos |
|  | Tenía otros niños que cuidar |
|  | Tenía muchas otras cosas que estaban pasando |
|  | No le gustó amamantar |
|  | Trató, pero era demasiado difícil |
|  | No quería |
|  | Regresó al trabajo |
|  | Regresó a la escuela |
|  | ¿Tuvo otra razón por la que no amamantó a su bebé? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál fue la razón? |
|  | **SALTE:** Si no amamantó a su nuevo bebé, pase a la pregunta #. |

|  |  |
| --- | --- |
| B2. | ¿Cuáles fueron sus razones para dejar de amamantar? |
|  | Para cada opción, responda Sí o No. ¿Fue porque\_\_\_\_\_\_\_\_\_? (PREGUNTE: ¿Fue ésta una razón por la que dejó de amamantar a su nuevo bebé?) |
|  |  |
|  | Su bebé tenía problemas pegándose al pecho o para mamar |
|  | Su bebé no estaba satisfecho con leche materna solamente |
|  | Pensaba que su bebé no estaba aumentando suficiente peso |
|  | Tenía los pezones adoloridos, agrietados o le sangraban, o era demasiado doloroso |
|  | Pensaba que no estaba produciendo suficiente leche o se le había secado la leche |
|  | Tenía muchas otras cosas que estaban pasando |
|  | Sintió que ya era el momento adecuado para dejar de amamantar |
|  | Se enfermó o tuvo que dejar de amamantar por razones médicas |
|  | Regresó al trabajo |
|  | Regresó a la escuela |
|  | Su esposo(a) o pareja no la apoyaba para que amamantara |
|  | Su bebé tenía ictericia, que es cuando tiene un color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos |
|  | ¿Tuvo otra razón por la que dejó de amamantar a su nuevo bebé? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál fue la razón? |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SALTE**: Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta #. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B3.** | ***Mientras estuvo en el hospital* después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrió alguna de las siguientes cosas?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**.  (**PREGUNTE**: ¿Esto sucedió en el hospital donde nació su nuevo bebé?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | El personal del hospital habló con usted sobre cómo amamantar, por ejemplo, cuándo y por cuánto tiempo hacerlo |  |  |  |  |
|  | Su bebé se quedó con usted en el mismo cuarto en el hospital |  |  |  |  |
|  | El personal del hospital la ayudó a aprender cómo amamantar |  |  |  |  |
|  | Amamantó a su bebé lo antes posible después de que nació |  |  |  |  |
|  | Su bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació |  |  |  |  |
|  | Su bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital |  |  |  |  |
|  | El personal del hospital le ayudó a reconocer cuando su bebé tenía hambre |  |  |  |  |
|  | El hospital le dio un paquete de regalo que incluía fórmula |  |  |  |  |
|  | El hospital le dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital |  |  |  |  |
|  | El personal del hospital la operó, le ligaron o bloquearon las trompas |  |  |  |  |
|  | El personal del hospital le puso un dispositivo intrauterino o DIU |  |  |  |  |
|  | El personal del hospital le puso un implante anticonceptivo en el brazo |  |  |  |  |
|  | El personal del hospital le puso una inyección anticonceptiva |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| B4. | ***Durante* suembarazomás reciente, ¿qué pensaba acerca de amamantar o darle pecho a su nuevo bebé?** |
|  | Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál la describe mejor a usted. (**PREGUNTE**: Repita la pregunta según sea necesario). |
|  |  |
|  | Sabía que quería amamantar |
|  | Pensaba que podría amamantar |
|  | Sabía que ***no*** amamantaría |
|  | No sabía qué iba a hacer al respecto |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **B12.** | **Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, conocido como WIC, por sus siglas en inglés?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **B7.** | **Cuando fue a sus visitas del Programa WIC *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió información acerca de cómo amamantar o dar pecho?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **B8.** | ***Durante* su embarazo más reciente, cuando fue a sus visitas del Programa WIC, ¿habló usted con una consejera lactante u otro personal del WIC acerca de amamantar o dar pecho?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **B9.** | ***Antes* de que naciera su nuevo bebé, ¿sucedió alguna de las siguientes cosas?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: *Antes* de que naciera su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | ¿Alguien aclaró sus dudas acerca de amamantar o dar pecho |
|  | ¿Le ofrecieron una clase sobre cómo amamantar o dar pecho? |
|  | ¿Asistió a una clase sobre cómo amamantar o dar pecho? |
|  | ¿Decidió o planificó darle *únicamente* leche materna a su bebé? |
|  | ¿Habló con familiares y amigos sobre darle *únicamente* leche materna a su bebé? |
|  | ¿Habló con su proveedor de atención médica sobre darle *únicamente* leche materna a su bebé? |
|  | ¿Decidió no amamantar a su bebé? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **B10.** | **¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que bebió un líquido que no fuera leche materna, como fórmula, agua, jugo o leche de vaca?** |
|  | (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿cuántas semanas o meses de nacido?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Cantidad de semanas \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40) |
|  | Cantidad de meses \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9) |
|  | El bebé tenía menos de 1 semana de nacido |
|  | El bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| B11. | **¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que comió algún alimento, tal como cereal para bebés, comida para bebés u otros alimentos?** |
|  | (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿cuántas semanas o meses de nacido?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Cantidad de semanas \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40) |
|  | Cantidad de meses \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9) |
|  | El bebé tenía menos de 1 semana de nacido |
|  | El bebé no ha comido alimentos |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B13.** | ***Después* de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted alguno de los siguientes tipos de ayuda para amamantar o dar pecho?** | | | | |
|  | (**PREGUNTE**: *Después* de que nació su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | ¿Tenía a alguien que respondiera sus preguntas? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió ayuda para poner al bebé en la posición correcta? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió ayuda para saber si su bebé estaba tomando suficiente leche? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió información sobre dónde conseguir un extractor de leche materna? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió ayuda para usar el extractor de leche? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna? |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió algún otro tipo de ayuda para amamantar a su nuevo bebé? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué ayuda fue esa? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B14.** | **¿Ha usado una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **B16.** | **¿Dónde consiguió la bomba de lactancia que usa para alimentar a su nuevo bebé?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | ¿La obtuvo gratis del Programa WIC? |
|  | ¿El hospital se la dio gratis? |
|  | ¿Se la regalaron o prestaron? |
|  | ¿Su seguro médico la pagó? |
|  | ¿La compró o alquiló? |
|  | Ya tenía una que había usado con otro hijo |
|  | ¿La consiguió de algún otro lugar? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿De dónde? |

# 

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B17.** | ***Antes o después* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de \_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Un médico |  |  |  |  |
|  | Una enfermera o partera |  |  |  |  |
|  | *Doula* o asistente de parto |  |  |  |  |
|  | Una especialista en lactancia materna |  |  |  |  |
|  | El médico o proveedor de atención médica de su bebé |  |  |  |  |
|  | Un grupo de apoyo para la lactancia materna |  |  |  |  |
|  | Una línea gratuita o línea de ayuda telefónica para la lactancia |  |  |  |  |
|  | Páginas de internet o aplicaciones sobre el embarazo o el cuidado del bebé |  |  |  |  |
|  | Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok) |  |  |  |  |
|  | Familiares o amigos |  |  |  |  |
|  | Alguna otra fuente |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál fue? |  |  |  |  |

# Occupational Status and Workplace Leave

|  |  |
| --- | --- |
| C1. | Actualmente, ¿asiste usted a la escuela o trabaja? |
|  | Voy a leer 3 opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | No, usted no asiste a la escuela ni trabaja → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí, usted va a la escuela o trabaja fuera del hogar |
|  | Sí, usted asiste a la escuela o trabaja desde su hogar |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **C2.** | **¿*Cuál* de las siguientes personas cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo?** |
|  | ¿Es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿Quién cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo?) |
|  |  |
|  | Su esposo(a) o pareja |
|  | Los abuelos de su bebé |
|  | Otro miembro de la familia o pariente cercano |
|  | Un(a) amigo(a) o vecino(a) |
|  | Una niñera, nana u otro proveedor de cuidados infantiles |
|  | El personal de una guardería |
|  | Otra persona |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Quién es la persona? |
|  | Su bebé está con usted cuando está en la escuela o en el trabajo → **Pase a la pregunta #** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **C4.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿trabajó en un empleo a sueldo?** |
|  |  |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **C7.** | **¿Ha regresado al trabajo que tenía *durante* su embarazo más reciente?** |
|  | Voy a lea 3 opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | No, y no planea regresar → **Pase a la pregunta #** |
|  | No, pero va a regresar |
|  | Sí, ya regresó |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **C8.** | **¿Se tomó tiempo de licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | Tomó licencia *remunerada* en el trabajo |
|  | Tomó licencia *no remunerada* en el trabajo |
|  | *Site-specific options (Leave or disability programs)* |
|  | ¿Diría usted que no tomó ninguna licencia de su trabajo después del nacimiento de su bebé? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **C9.** | **¿Qué le pareció la cantidad de tiempo de licencia por maternidad que se pudo tomar *después* del nacimiento de su nuevo bebé?** |
|  | ¿Diría que fue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Muy poco tiempo |
|  | El tiempo suficiente |
|  | Demasiado tiempo |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C10.** | **¿Alguna de las siguientes cosas afectó su decisión de tomar licencia del trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Diría que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Económicamente no le fue posible tomar una licencia |  |  |  |  |
|  | Tenía miedo de perder su trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo de licencia |  |  |  |  |
|  | Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarse licencia o más tiempo de licencia |  |  |  |  |
|  | Su trabajo no tiene licencia remunerada |  |  |  |  |
|  | Su trabajo no ofrece horarios flexibles |  |  |  |  |
|  | No tenía suficiente tiempo acumulado para tomar una licencia o para tomar más tiempo |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C11.** | ***Después* de que nació su nuevo bebé, ¿su esposo(a) o pareja tomó tiempo libre del trabajo?** |
|  | ¿Diría usted que \_\_\_\_? |
|  |  |
|  | No, no tomó tiempo libre |
|  | Sí, tomó licencia *remunerada* del trabajo |
|  | Sí, tomó licencia *no remunerada* |
|  | Sí, tomó licencia *remunerada y no remunerada* |
|  | Su esposo(a) o pareja no tenía un empleo a sueldo |
|  | Usted no tenía esposo(a) o pareja |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **C14.** | **¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?** |
|  | (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses en total?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Cantidad de semanas |
|  | Cantidad de meses |
|  | Menos de 1 semana |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Contraception

|  |
| --- |
| **SALTE: Si ella no estaba haciendo nada para evitar el embarazo, pase a la pregunta #.** |

|  |  |
| --- | --- |
| E3. | **¿Qué tipo de método anticonceptivo estaba usando cuando quedó embarazada?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | Píldoras anticonceptivas |
|  | Condones |
|  | Inyecciones |
|  | Parche anticonceptivo o anillo vaginal |
|  | Dispositivo intrauterino o DIU |
|  | Un implante anticonceptivo en el brazo |
|  | Coito interrumpido (eyacular afuera) |
|  | Método de planificación familiar natural (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la  fertilidad) |
|  | ¿Estaba usando algún otro método para evitar el embarazo? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál método? |

|  |  |
| --- | --- |
| **E4.** | **Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez sobre el anticonceptivo de emergencia (la “píldora del día después”)?** Esta combinación de píldoras se usa para prevenir el embarazo hasta cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **E5.** | **Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted tratando de quedar embarazada?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **E6.** | **Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaban usted, o su esposo o pareja, haciendo algo para evitar el embarazo?** Esto puede incluir ligarse las trompas, usar píldoras anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **E7.** | **¿Cuáles eran las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Una de las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo fue porque \_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | A usted no le preocupaba si quedaba embarazada |
|  | Usted pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento |
|  | Usted no quería usar anticonceptivos |
|  | El método anticonceptivo que usted estaba usando le producía efectos secundarios |
|  | Usted tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería |
|  | Pensaba que usted, o su esposo o pareja era estéril, que era imposible que quedara embarazada |
|  | Su esposo(a) o pareja no quería usar condones |
|  | Su esposo(a) o pareja no quería que usted usara anticonceptivos |
|  | Se le olvidó usar algún método anticonceptivo |
|  | ¿Había alguna otra razón por la que usted, o su esposo(a) o pareja no estaban haciendo algo para evitar el embarazo? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue esa razón? |

# 

# Infant Sleep Environment

|  |  |
| --- | --- |
| **F4.** | **¿Con quién duerme *por lo general* su nuevo bebé cuando no está durmiendo solito?** |
|  | ¿Duerme \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Con usted |
|  | Con su esposo(a) o pareja |
|  | Un abuelo |
|  | El gemelo de su bebé |
|  | Un hermano(a) mayor |
|  | Con otra persona |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Con quién? |
|  | **SALTE:** Si el bebé nunca duerme solo en su propia cuna o cama, pase a la pregunta #. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **F5.** | **Le dijo un proveedor de atención médica que acostara a su bebé de las siguientes maneras?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | En su espalda o boca arriba |  |  |  |  |
|  | En una cuna, moisés o cuna portátil |  |  |  |  |
|  | Sin una manta, juguetes suaves, cojines o almohadas en la cuna o cama de su bebé |  |  |  |  |
|  | Que colocara en su habitación la cuna, moisés o cuna portátil de su bebé |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **F6.** | **¿Le dieron información acerca de cómo acostar a su bebé a dormir durante alguno de los siguientes momentos?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: ¿Obtuvo información sobre cómo acostar a su bebé a dormir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Durante una visita prenatal |  |  |  |  |
|  | En el hospital, cuando nació su bebé |  |  |  |  |
|  | Durante un chequeo de salud de su bebé |  |  |  |  |
|  | Durante una visita de atención posparto |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió la información en otro sitio? |  |  |  |  |
|  | **SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE**: ¿Dónde? | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **F7.** | **¿Obtuvo información sobre cómo acostar a su nuevo bebé a dormir de alguna de las siguientes fuentes?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Su médico de familia |  |  |  |  |
|  | Su ginecólogo obstetra |  |  |  |  |
|  | Una enfermera o partera |  |  |  |  |
|  | Una *duola* o asistente de parto |  |  |  |  |
|  | El médico o proveedor de atención médica de su bebé |  |  |  |  |
|  | Páginas de Internet o aplicaciones sobre el embarazo o el cuidado del bebé |  |  |  |  |
|  | Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok) |  |  |  |  |
|  | ¿De otras fuentes? |  |  |  |  |
|  | **SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE**: ¿Quién? | | | | |

# Maternal Nutrition and Supplement Use

|  |  |
| --- | --- |
| G9. | Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico? |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. (PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?) |
|  |  |
|  | Usted no tomó ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de quedar embarazada |
|  | De 1 a 3 veces a la semana |
|  | De 4 a 6 veces a la semana |
|  | Todos los días de la semana |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| G8. | Durante el *mes* antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico? |
|  | ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_ ? (PREGUNTE: ¿Fue esta una razón por la que usted no tomó multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?) |
|  |  |
|  | No estaba planeando quedar embarazada |
|  | No pensó que necesitara tomar vitaminas |
|  | No quería tomar vitaminas |
|  | Las vitaminas eran demasiado caras |
|  | Las vitaminas le producían efectos secundarios, tales como náuseas o estreñimiento |
|  | ¿Hubo alguna otra razón? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:**¿Cuál fue esa razón? |

|  |  |
| --- | --- |
| G5. | Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo más reciente, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico? |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?) |
|  |  |
|  | No tomó ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico |
|  | De 1 a 3 veces por semana |
|  | De 4 a 6 veces por semana |
|  | Todos los días de la semana |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| G6. | Durante el *mes pasado*, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico? |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. (PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?) |
|  |  |
|  | No tomó ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico |
|  | De 1 a 3 veces por semana |
|  | De 4 a 6 veces por semana |
|  | Todos los días de la semana |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **G7a.** | **Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *fruta* consumía en un día?** |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | Cero porciones o ninguna |
|  | 1 o 2 porciones al día |
|  | 3 o 4 porciones al día |
|  | 5 o más porciones al día |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **G7b.** | **Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *verduras* consumía en un día?** |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | Cero porciones o ninguna |
|  | 1 o 2 porciones al día |
|  | 3 o 4 porciones al día |
|  | 5 o más porciones al día |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# 

# Health Insurance

## Infant Health Insurance Coverage

|  |  |
| --- | --- |
| H2. | ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé *ahora*? |
|  | ¿Tiene su nuevo bebé\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? (PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé?) |
|  |  |
|  | Seguro médico privado pagado por usted, otra persona o que tiene por el trabajo |
|  | Medicaid (*site Medicaid name)* |
|  | *Site-specific option (otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)* |
|  | *Site-specific option (otro tipo de plan o programa del Gobierno no nombrado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)* |
|  | *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)* |
|  | *Site-specific (IHS o tribal)* |
|  | ¿Tiene su nuevo bebé algún otro tipo de seguro médico? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál es? |
|  | ¿Diría usted que su nuevo bebé no tiene ningún seguro médico? |
|  | **ENTREVISTADORA**: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ. |

## Maternal Health Insurance Coverage

|  |  |
| --- | --- |
| **DD7.** | **¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | El seguro médico era demasiado caro |
|  | No pudo obtener seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo(a) o pareja |
|  | Solicitó el seguro médico, pero no lo tenía todavía |
|  | Tuvo problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet |
|  | Sus ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid |
|  | Sus ingresos eran demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos de *<State>* o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés) |
|  | No sabía cómo obtener seguro médico |
|  | *State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)* |
|  | ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón? |

|  |  |
| --- | --- |
| **DD11.** | **¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico *durante* su embarazo más reciente?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | El seguro médico era demasiado caro |
|  | No pudo conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo(a) o pareja |
|  | Solicitó el seguro médico, pero no lo tenía todavía |
|  | Tuvo problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet |
|  | Sus ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid |
|  | Sus ingresos eran demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos de *<State>* o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés) |
|  | No sabía cómo obtener seguro médico |
|  | *State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)* |
|  | ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico durante su embarazo más reciente? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón? |

|  |  |
| --- | --- |
| **DD20.** | **¿Cuál es la razón por la que usted no tiene seguro médico *ahora*?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | El seguro médico es demasiado caro |
|  | No puede conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo(a) o pareja |
|  | Solicitó el seguro médico, pero no lo tenía todavía |
|  | Tuvo problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet |
|  | Sus ingresos son demasiado altos para ser elegible para Medicaid |
|  | Sus ingresos son demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos de *<State>* o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés) |
|  | No sabe cómo obtener seguro médico |
|  | *State-specific (No tiene la ciudadanía estadounidense o no tiene los documentos de residencia adecuados)* |
|  | ¿Hay alguna otra razón por la que no tiene seguro médico ahora? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál es la razón? |

# HIV and Sexually Transmitted Infections

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EE3.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿le dijo un proveedor de atención médica que usted tenía alguna de las siguientes infecciones?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un proveedor de atención médica que tenía \_\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Verrugas genitales o VPH |  |  |  |  |
|  | Herpes |  |  |  |  |
|  | Clamidia |  |  |  |  |
|  | Gonorrea |  |  |  |  |
|  | Enfermedad inflamatoria pélvica |  |  |  |  |
|  | Sífilis |  |  |  |  |
|  | Estreptococos del grupo B o estreptococo beta |  |  |  |  |
|  | Vaginosis bacteriana |  |  |  |  |
|  | Tricomoniasis o tric |  |  |  |  |
|  | Infección vaginal por hongos |  |  |  |  |
|  | Infección de las vías urinarias o IU |  |  |  |  |
|  | ¿Le dijeron que tenía alguna otra infección? |  |  |  |  |
|  | **SI CONTESTA QUE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál? | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **I8.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH, el virus que causa el sida?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **I9.** | **¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo o parto más reciente?** |
|  | ¿Fue porque\_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo o parto más reciente?) |
|  |  |
|  | No le ofrecieron la prueba |
|  | No quiso hacerse la prueba |
|  | Usted ya sabía si tenía o no el VIH |
|  | No pensó que estuviera en riesgo de contraer el VIH |
|  | No quería que la gente pensara que usted estaba en riesgo de contraer el VIH |
|  | Le temía al resultado |
|  | Le hicieron la prueba *antes* de este embarazo y no pensó que necesitara hacérsela de nuevo |
|  | ¿Hay alguna otra razón por la que no se hizo la prueba para detectar el VIH durante su embarazo o parto más reciente? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón? |

|  |  |
| --- | --- |
| **I10.** | **¿Qué está haciendo usted *ahora* para evitar contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso por el VIH?** |
|  | ¿Diria usted que \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | ¿No está haciendo nada? |
|  | ¿Está usando condones? |
|  | ¿Se está haciendo pruebas de ITS/VIH? |
|  | ¿ Está practicando la monogamia mutua que es cuando una pareja solo tiene relaciones sexuales entre sí |
|  | ¿Está haciendo otra cosa? |
|  | **SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE**: ¿Qué está haciendo? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe /No recuerda |

# 

# Postpartum Care

|  |  |
| --- | --- |
| **J3.** | **¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No** ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | No sabía que necesitaba uno |
|  | No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta |
|  | Se sentía bien y no pensó que necesitara ir a la consulta |
|  | No pudo conseguir una cita cuando quería |
|  | No tenía transporte para ir al centro médico o al consultorio del médico |
|  | Tenía muchas otras cosas que estaban pasando |
|  | No pudo conseguir que le dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela |
|  | No tenía a nadie que le ayudara a cuidar a sus niños |
|  | El consultorio del médico estaba demasiado lejos |
|  | ¿Había otra razón? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Qué impidió que tuviera un chequeo posparto? |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **J6.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha recibido atención de seguimiento para algo de lo siguiente?** | | | | |
|  | Para cada opción, dígame si recibió o no atención, o dígame si no tenía la afección o condición de salud. (**PREGUNTE**: Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido atención para\_\_\_\_\_\_? | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Diabetes |  |  |  |  |
|  | Hipertensión o presión arterial alta |  |  |  |  |
|  | Depresión |  |  |  |  |
|  | Ansiedad |  |  |  |  |
|  | Afecciones cardiacas o del corazón, como defectos cardiacos de nacimiento, latidos cardiacos acelerados o interrumpidos, insuficiencia cardiaca, agrandamiento del corazón, ataque cardiaco, dolor de pecho, trasplante de corazón o marcapasos) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **J7.** | Para las siguientes preguntas, por favor responda **Sí** o **No**. **En general, *desde que nació su nuevo bebé*…** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | *¿Se ha sentido…?* |  |  |  |  |
|  | ¿Cómoda haciendo preguntas sobre la *atención posparto* que estaba recibiendo? |  |  |  |  |
|  | ¿Que podía tomar decisiones sobre el tipo de atención que estaba recibiendo, como rechazar algún servicio que no quería? |  |  |  |  |
|  | ¿Cómoda aceptando las opciones de cuidado que su proveedor de atención médica le recomendaba? |  |  |  |  |
|  | ¿*Se ha sentido…?* ¿Que podía elegir las opciones de atención médica que recibió? |  |  |  |  |
|  | ¿Qué sus proveedores la trataron con respeto? |  |  |  |  |
|  | ¿*Se ha sentido*…? ¿Satisfecha con la *atención posparto* que recibió? |  |  |  |  |

# Preconception Care

|  |  |
| --- | --- |
| **J5.** | **¿Por qué no tuvo ningún chequeo médico en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (PREGUNTA: ¿Fue esta una razón por la cual no tuvo un chequeo médico en los 12 meses antes de quedar embarazada? |
|  |  |
|  | No sabía que necesitaba uno |
|  | No tenía suficiente dinero o seguro para pagarlo |
|  | Se sintió bien y no pensó que necesitara un chequeo |
|  | No pudo conseguir una cita cuando la quería |
|  | No tenía ningún medio de transporte para llegar al centro médico o al consultorio del médico |
|  | Tenías muchas otras cosas que estaban pasando |
|  | No podía tomar tiempo libre del trabajo o la escuela |
|  | No tenía a nadie que la ayudara a cuidar a sus hijos |
|  | El consultorio del médico estaba demasiado lejos |
|  | ¿Hubo otra razón por la que no tuvo ningún chequeo médico en los 12 meses antes de quedar embarazada? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál fue la razón? |
|  |  |

# Labor and Delivery

|  |  |
| --- | --- |
| K3. | ¿Qué tipo de parto tuvo con su nuevo bebé? |
|  |  |
|  | Parto vaginal |
|  | Parto por cesárea |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| K4. | ¿Cómo le sugirió su proveedor de atención prenatal que diera a luz a su nuevo bebé? |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | Le sugirió que tuviera a su bebé por parto vaginal o natural |
|  | Le sugirió que tuviera a su bebé por cesárea |
|  | No le sugirió un tipo de parto para tener a su bebé |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **K6.** | **¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?** |
|  | Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | Su proveedor de atención médica recomendó la cesárea ***antes*** de su parto |
|  | Su proveedor de atención médica recomendó que tuviera una cesárea cuando ya estaba en trabajo de parto |
|  | Usted pidió la cesárea |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **K7.** | **¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿Nació su nuevo bebé por cesárea porque \_\_\_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | Usted había tenido anteriormente un parto por cesárea |
|  | Su bebé estaba en mala posición, como de nalgas |
|  | Se había pasado la fecha prevista del parto |
|  | A su proveedor de atención médica le preocupaba que su bebé estaba demasiado grande |
|  | El parto era peligroso para usted debido a afección o condición de salud, tal como una afección o condición de salud cardiaca o una discapacidad física |
|  | Usted tuvo una complicación del embarazo, tal como preeclampsia, problemas con la placenta, infección o parto prematuro |
|  | Su proveedor de atención médica trató de inducir su parto, pero no funcionó |
|  | El parto estaba tomando demasiado tiempo |
|  | El monitor fetal mostró que su bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal) |
|  | Usted deseaba programar el parto |
|  | No quería un parto vaginal para dar a luz a su bebé |
|  | ¿Hubo alguna otra razón? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón? |

|  |  |
| --- | --- |
| **K8.** | **¿Planificó o programó un parto por cesárea por lo menos una semana antes de que naciera su nuevo bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **K9.** | **¿Trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto con diferentes métodos para que comenzaran las contracciones, como con medicinas para el despegamiento de las membranas amnióticas?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **K10.** | **¿Por qué trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿Trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto porque \_\_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | Rompió fuente y estaban preocupados por el riesgo de infección |
|  | Se había pasado la fecha prevista del parto |
|  | Su proveedor de atención médica estaba preocupado por el tamaño del bebé |
|  | El bebé no estaba bien y necesitaba nacer |
|  | Tuvo una complicación en el embarazo, como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia |
|  | Deseaba programar su parto |
|  | Deseaba que la atendiera un proveedor de atención médica en particular |
|  | ¿Hubo otra razón? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál fue la razón? |

|  |  |
| --- | --- |
| K16. | Después del parto, ¿estuvo su bebé en una unidad de cuidados intensivos neonatales o UCIN (“NICU”)? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No sabe/No recuerda |
|  | Se rehusó |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **K17.** | Para las siguientes preguntas, responda **Sí** o **No**. **En general, *durante el parto de su bebé*, ¿se sintió…?** | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | ¿Cómoda haciendo preguntas sobre la atención médica que recibió *durante el parto y el nacimiento* de su bebé? |  |  |  |  |
|  | ¿Cómoda si rechazaba atención médica que me ofrecían? |  |  |  |  |
|  | ¿Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que su proveedor le recomendó? |  |  |  |  |
|  | *¿Se sintió*… que podía elegir las opciones de atención que recibió? |  |  |  |  |
|  | ¿Que los proveedores la trataron con respeto? |  |  |  |  |
|  | *¿Se sintió*… Satisfecha con la atención médica y los cuidados que recibió *durante el parto y el nacimiento* de su bebé? |  |  |  |  |

# Preconception Health

|  |  |
| --- | --- |
| L10. | *Antes* de quedar embarazada, usted diría que, en general, su salud era: |
|  |  |
|  | Excelente |
|  | Muy buena |
|  | Buena |
|  | Regular |
|  | Mala |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se Rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L11. |  | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Asma |  |  |  |  |
|  | Anemia o bajo nivel de hierro en la sangre |  |  |  |  |
|  | Epilepsia o convulsiones |  |  |  |  |
|  | Problemas de la tiroides |  |  |  |  |
|  | Síndrome de ovario poliquístico o PCOS |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| L27. | En los *12 meses* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L18. | En los *12 meses* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de las siguientes cosas? | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Vacunarse antes del embarazo |  |  |  |  |
|  | Recibir consejería sobre enfermedades genéticas que se han dado en su familia |  |  |  |  |
|  | Recibir consejería o tratamiento para la depresión o la ansiedad |  |  |  |  |
|  | Saber los riesgos de tomar medicamentos recetados o de venta libre (“over-the-counter”) durante el embarazo |  |  |  |  |
|  | Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé |  |  |  |  |
|  | Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé |  |  |  |  |
|  | Cómo el usar medicamentos que no fueron recetados para usted podría afectar al bebé |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L26.** | **En cualquier momento durante los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algunas de las siguientes cosas?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**.¿Usted\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿usted \_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NS/NR** |
|  | Estaba a dieta o cambiando sus hábitos alimenticios para bajar de peso |  |  |  |  |
|  | Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de su trabajo normal para estar en forma |  |  |  |  |
|  | Estaba tomando medicamentos recetados regularmente, aparte de anticonceptivos |  |  |  |  |
|  | Fue a ver a un proveedor de atención médica y le chequearon si tenía diabetes |  |  |  |  |
|  | Habló con un proveedor de atención médica sobre los antecedentes de salud de su familia |  |  |  |  |

# Vaccinations

## Maternal

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L14. | ¿Cuáles fueron las razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza (o gripe) durante los *12 meses antes del nacimiento* de su nuevo bebé? | | | | |
|  | Para cada una, responda Sí o No. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_? (PREGUNTE: ¿No se puso la vacuna contra la influenza porque \_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Su doctor no le mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza |  |  |  |  |
|  | Le preocupaban los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza le podría causar |  |  |  |  |
|  | Le preocupaba que la vacuna contra la influenza pudiera hacerle daño a su bebé |  |  |  |  |
|  | No estaba preocupada de enfermarse de influenza |  |  |  |  |
|  | No cree que la vacuna contra la influenza funciona |  |  |  |  |
|  | Normalmente no se pone la vacuna contra la influenza |  |  |  |  |
|  | ¿Hubo alguna otra razón por la que no se puso la vacuna contra la influenza durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón? | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **L19.** | **¿Dónde se vacunó contra la influenza?** |
|  | Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál corresponde a usted.¿Se fue a vacunar en \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | El consultorio de su ginecólogo obstetra |
|  | El consultorio de su médico de familia o en otro consultorio médico |
|  | Un centro médico del departamento de salud o comunitario |
|  | Un hospital |
|  | Una farmacia o supermercado con farmacia |
|  | Su trabajo o escuela |
|  | ¿Se puso la vacuna contra la influenza en otro lugar? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Dónde? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

## Child Vaccinations

|  |  |
| --- | --- |
| **L33.** | **¿Cuáles son sus planes para vacunar a su nuevo bebé?** |
|  | Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál corresponde a usted. ¿Diría que \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Su bebé recibirá las vacunas según su médico las recomiende |
|  | Su bebé recibirá todas las vacunas, pero en tiempos diferentes a los recomendados por su médico |
|  | Su bebé recibirá solo algunas de las vacunas recomendadas |
|  | Su bebé no será vacunado |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Mental Health

|  |  |
| --- | --- |
| **M22.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **M23.** | **¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **M24.** | **¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿Usted no recibió los servicios de salud mental que necesitaba porque \_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | No podía pagar el costo |
|  | Su seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental |
|  | Su seguro médico no paga suficiente para servicios de salud mental |
|  | No sabía a donde ir para obtener servicios |
|  | Le preocupaba que la información que le daría al consejero no se mantuviera confidencial |
|  | No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento |
|  | Le preocupaba que la internaran en un hospital psiquiátrico |
|  | Le preocupaba que tuviera que tomar medicamentos |
|  | No tenía transporte, el tratamiento estaba demasiado lejos o el horario no era conveniente |
|  | No tenía tiempo por el trabajo, cuidado de niños u otros compromisos |
|  | ¿Hubo alguna otra razón por la que no recibió los servicios de salud mental que necesitaba? |
|  | **SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue? |

|  |  |
| --- | --- |
| **M4.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿*pidió ayuda* a un proveedor de atención médica para la depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M5.** | ***Desde que nació su nuevo bebé,* ¿un proveedor de atención médica le *dijo que usted tenía* depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **M6.** | ***Desde que nació su nuevo bebé, ¿pidió ayuda* a un proveedor de atención médica para la depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M7.** | **¿Cómo describiría la época *durante* su embarazo más reciente?** |
|  | Voy a leer una lista de opciones. Por favor indique cuál describe mejor como usted se sentía. |
|  |  |
|  | Una de las épocas más felices de su vida |
|  | Una época feliz con ciertos problemas |
|  | Una época un poco difícil |
|  | Una época muy difícil |
|  | Una de las épocas más difíciles de su vida |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |
| --- |
| **Si tuvo depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta M8/M9. Si no, pase a la Pregunta #.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **M8.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿tomó un medicamento recetado para la depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M9.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió consejería por su depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M10.** | ***Desde que nació su nuevo bebé,* ¿ha tomado medicamentos recetados para la depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M11.** | ***Desde que nació su nuevo bebé,* ¿ha recibido consejería por su depresión?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M14.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿ le *pidió* a un proveedor de atención médica ayuda para la ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M15.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica *que usted tenía* ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **M16.** | ***Desde que nació su nuevo bebé, ¿*le ha *pedido* a un proveedor de atención médica ayuda para la ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |
| --- |
| **Si tuvo ansiedad durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta M18/M17. Si no, pase a la Pregunta #.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **M17.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿tomó medicamentos recetados para la ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M18.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió consejería para la ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M19.** | ***Desde que nació su nuevo bebé,* ¿ha tomado medicamentos recetados para la ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **M20.** | ***Desde que nació su nuevo bebé,* ¿ha recibido consejería por la ansiedad?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Maternal Morbidity

|  |  |
| --- | --- |
| N1. | En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que se quedara en cama por lo menos una semana? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| N2. | ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando le dijeron que se quedara en cama? |
|  | (PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Cantidad de semanas \_\_\_\_\_\_\_\_ (Range: 1-40 weeks) O |
|  | Cantidad de meses \_\_\_\_\_\_\_\_ (Range: 1-9 months) |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **N3.** | **¿Con que frecuencia pudo seguir las instrucciones de su proveedor de atención médica de quedarse en cama?** |
|  | ¿Fue \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre → **Pase a la pregunta #** |
|  | A menudo → **Pase a la pregunta #** |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N4. | ¿Qué tipo de apoyo le hubiera ayudado a poder quedarse en cama por el tiempo recomendado? | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Ayuda con el cuidado de los niños |  |  |  |  |
|  | Ayuda con las tareas domésticas |  |  |  |  |
|  | Saber que no perdería su trabajo |  |  |  |  |
|  | Dinero para compensar el tiempo sin trabajar |  |  |  |  |
|  | ¿Hay otro tipo de apoyo que le hubiera ayudado a poder quedarse en cama durante el tiempo recomendado? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál hubiera sido? | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **N5.** | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dio a usted una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No sabe/ No recuerda |
|  | Se rehusó |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N7.** | ***Durante* su embarazo más reciente, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿un proveedor de atención médica hizo algo de lo que aparece en la lista a continuación?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**.¿Un proveedor de atención médica \_\_\_\_\_\_\_\_? | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | La refirió a un especialista en nutrición |  |  |  |  |
|  | Habló con usted acerca de la importancia de hacer ejercicio |  |  |  |  |
|  | Habló con usted acerca de cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo |  |  |  |  |
|  | Habló con usted acerca del riesgo de presentar diabetes tipo 2 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N9.** | **¿Tuvo alguno de los siguientes problemas *durante* su embarazo más reciente?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**.¿Tuvo \_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿Tuvo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante su embarazo más reciente?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Sangrado vaginal |  |  |  |  |
|  | Infección de riñón o vejiga, o infección de las vías urinarias |  |  |  |  |
|  | Náuseas, vómitos o deshidratación tan ***graves*** que tuvo que ir al médico o al hospital |  |  |  |  |
|  | Tuvieron que coserle el cuello uterino, lo que también se conoce como cerclaje por insuficiencia cervical |  |  |  |  |
|  | Problemas con la placenta, como desprendimiento prematuro de la placenta o placenta previa |  |  |  |  |
|  | Contracciones o dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto o parto prematuro |  |  |  |  |
|  | Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto, lo que también se conoce como ruptura de aguas de manera prematura |  |  |  |  |
|  | Le hicieron una transfusión de sangre |  |  |  |  |
|  | Se lastimó en un accidente de automóvil |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **O4.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿se ha hecho una prueba de diabetes o para determinar si tiene un nivel alto de azúcar en la sangre?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O7.** | **¿Ha sentido algo de lo siguiente *durante* su embarazo o *después* del nacimiento de su bebé?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante su embarazo o después del nacimiento de su bebé, ¿ \_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Ha sentido que algo no estaba bien con su salud |  |  |  |  |
|  | Ha sentido que sus preocupaciones acerca de su salud no han sido tomadas en serio |  |  |  |  |
|  | Ha sentido que su médico ignoraba sus preocupaciones acerca de su salud o sus síntomas |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O8.** | **¿Se ha monitoreado la presión arterial regularmente en el hogar o en otro lugar fuera de en una visita médica durante los siguientes periodos?** | | | | |
|  | Para cada periodo, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Durante los 12 meses antes de su embarazo más reciente |  |  |  |  |
|  | Durante su embarazo más reciente |  |  |  |  |
|  | Desde que nació su nuevo bebé |  |  |  |  |

## 

## Maternal Warning Signs

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O9.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha recibido información acerca de las señales de advertencia de complicaciones durante el postparto de alguna de las siguientes fuentes de información?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Un proveedor de atención médica, como un médico, una enfermera o una partera |  |  |  |  |
|  | Sitios web o redes sociales como Facebook, Instagram o Twitter |  |  |  |  |
|  | Alguna fuente de información que haya usado el eslogan “**Hear Her**" o “**Escúchela**”, como una página web, redes sociales o un folleto |  |  |  |  |
|  | Familiares o amistades |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O10.** | **¿Un proveedor de atención médica habló con usted acerca de las señales de advertencia de complicaciones en el embarazo y el posparto durante alguno de los siguientes periodos?** | | | | |
|  | Para cada periodo, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Durante los 12 meses antes de quedar embarazada |  |  |  |  |
|  | Durante su embarazo más reciente |  |  |  |  |
|  | Durante su hospitalización para el parto y nacimiento |  |  |  |  |
|  | Desde que nació su nuevo bebé |  |  |  |  |

# Food Security and Economic Stability

|  |  |
| --- | --- |
| **P14.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| P17. | Durante los *12 meses antes* de que naciera su nuevo bebé, ¿alguna vez recibió alimentos de una iglesia, de una despensa de comida, del banco de alimentos o comió en un comedor de beneficencia? |
|  | *(No lea)* |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **P20.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál de estas afirmaciones describe mejor los tipos de alimentos que había en su hogar?** |
|  | ¿Diría que tenia \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Suficiente de los tipos de comida que usted quería comer → **Pase a la pregunta #** |
|  | Suficiente, pero no siempre el tipo de comida que usted quería comer → **Pase a la pregunta #** |
|  | A veces no había suficiente para comer |
|  | A menudo no había suficiente para comer |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **P21.** | **¿Por qué no tuvo suficiente para comer?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**.(**PREGUNTE**: ¿Diría usted que no tuvo suficiente para comer porque \_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | No tenía dinero para comprar más comida |
|  | No podía salir a comprar comida (por ejemplo, no tenía transporte o tenía problemas de movilidad o de salud que le impedían salir) |
|  | Tenía miedo de ir o no quería salir a comprar comida |
|  | No pudo lograr que le llevaran las comidas o la compra |
|  | Las tiendas no tenían la comida que quería |

|  |  |
| --- | --- |
| **P22.** | **Durante los *12 meses antes de que naciera su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia no pudo comer comidas balanceadas porque era muy costoso?** Una comida balanceada incluye todos los tipos de alimentos que usted cree que deberían ser parte de una comida saludable. Por ejemplo, alimentos con almidón como papas o arroz, vegetales o frutas y alguna proteína como carne, pescado, queso o huevos. |
|  | ¿Diría que fue\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | Usualmente |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **P23.** | **¿Cuál es su situación de vivienda hoy?** |
|  | ¿Diría usted que \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Tiene un lugar estable para vivir |
|  | Tiene un lugar para vivir hoy, pero le preocupa perderlo en el futuro |
|  | No tiene un lugar estable para vivir, por ejemplo, se está quedando por un tiempo con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **BB3.** | ***Desde que nació su nuevo bebé,* ¿con qué frecuencia diría que ha estado preocupaba o estresada acerca de tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?** |
|  | ¿Diría que \_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | Frecuentemente |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Neighborhood and Built Environment

|  |  |
| --- | --- |
| **P15.** | **Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se sintió insegura en el vecindario donde vivía?** |
|  | ¿Se sintió insegura \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | A menudo |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Family Planning

|  |  |
| --- | --- |
| Q1. | ¿Cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los *3 meses antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé? |
|  | ¿Diría que \_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Estaba tratando de quedar embarazada |
|  | Estaba tratando de no quedar embarazada pero no estaba haciendo mucho por evitarlo |
|  | Se estaba esforzando bastante por evitar quedar embarazada |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| Q2. | ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor a su esposo(a) o pareja durante los *3 meses antes* de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé? |
|  | ¿Su esposo(a) o pareja \_\_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Quería que usted quedara embarazada |
|  | Le daba igual si usted quedaba embarazada o no |
|  | Preferiría que usted no quedara embarazada |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| Q3. | Recordando *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía su esposo(a) o pareja de que usted quedara embarazada? |
|  | ¿Su esposo(a) o pareja \_\_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Hubiera querido que quedara embarazada más pronto |
|  | No quería que quedara embarazada en ese momento, sino después |
|  | Quería que quedara embarazada en ese momento |
|  | No quería que quedara embarazada ni en ese momento ni nunca |
|  | No sabe |
|  | No tenía esposo(a) o pareja |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **Q4.** | **¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?** |
|  | Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted. ¿Usted quería esperar \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Menos de 1 año |
|  | De 1 año a menos de 2 años |
|  | De 2 años a menos de 3 años |
|  | De 3 años a 5 años |
|  | Más de 5 años |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Q5. | Cuando se enteró de que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes emociones o preocupaciones? | | | | |
|  | Para cada una, responda Sí o No. (PREGUNTE: Cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | ¿Le preocupaba no saber lo suficiente acerca cómo cuidar a un bebé? |  |  |  |  |
|  | ¿Pensó que un nuevo bebé le impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir? |  |  |  |  |
|  | ¿Le gustaba la idea de enseñar y cuidar a un nuevo bebé? |  |  |  |  |
|  | ¿Esperaba con gusto las nuevas experiencias que tendría con un nuevo bebé? |  |  |  |  |
|  | ¿Esperaba con gusto decirles a sus amigas que estaba embarazada? |  |  |  |  |
|  | ¿Le preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé? |  |  |  |  |
|  | ¿No quería decirles a sus amigas que estaba embarazada? |  |  |  |  |
|  | ¿Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé? |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Q6. | ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé? |
|  | ¿Diría que estaba \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Muy infeliz de estar embarazada |
|  | Infeliz de estar embarazada |
|  | No estaba segura |
|  | Feliz de estar embarazada |
|  | Muy feliz de estar embarazada |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| Q7. | ¿Cuántos meses estuvo tratando de quedar embarazada? No cuente periodos largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales. |
|  | ¿Estuvo tratando \_\_\_\_? |
|  |  |
|  | De 0 a 3 meses |
|  | De 4 a 6 meses |
|  | De 7 a 12 meses |
|  | De 13 a 24 meses |
|  | Más de 24 meses |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# 

# Prenatal Care

|  |  |
| --- | --- |
| **R24.** | **¿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)*** |
|  | Cantidad de semanas  \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40) |
|  | Cantidad de meses  \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9) |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **R20.** | **¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R21. | ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE**: ¿La razón por la que no obtuvo cuidado prenatal cuando quería fue porque\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | No podía conseguir una cita cuando quería |  |  |  |  |
|  | No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas |  |  |  |  |
|  | No tenía transporte para ir al centro médico o al consultorio del médico |  |  |  |  |
|  | El médico o su plan de salud no empezaría a darle atención tan pronto como usted quería |  |  |  |  |
|  | Tenía muchas otras cosas que estaban pasando |  |  |  |  |
|  | No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela |  |  |  |  |
|  | No tenía su tarjeta de Medicaid (o state Medicaid name) |  |  |  |  |
|  | No tenía quién cuidara a sus hijos |  |  |  |  |
|  | No sabía que estaba embarazada |  |  |  |  |
|  | No quería que nadie supiera que estaba embarazada |  |  |  |  |
|  | No quería recibir cuidado prenatal |  |  |  |  |
|  | El consultorio del médico quedaba muy lejos |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| R6. | ¿Alguna vez ha escuchado acerca de la bacteria estreptococo del grupo B o estreptococo beta que las madres pueden pasarles a sus bebés durante el nacimiento? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| R7. | *Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal*, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de la bacteria estreptococo del grupo B o estreptococo beta? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| R8. | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba para detectar la bacteria estreptococo del grupo B o estreptococo beta?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No sabe/ No recuerda |
|  | Se rehusó |

|  |  |
| --- | --- |
| **R12.** | ***Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal*, ¿habló con usted un proveedor de atención médica acerca de tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico *durante su embarazo?*** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **R13.** | **En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿su proveedor de atención prenatal regular le pidió que consultara a un *médico especialista* para obtener ayuda con algunos problemas de salud?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **R14.** | ***Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal*, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de cómo el comer pescado que contiene altos niveles de mercurio podría afectar a su bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se Rehusó |
|  | No Sabe/ No Recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| R15. | ¿A dónde iba *la* *mayor parte del tiempo* para sus consultas de cuidado prenatal? No incluya las consultas relacionadas con el programa WIC. |
|  | ¿Diría usted que la mayor parte del tiempo iba a...? |
|  |  |
|  | Un consultorio médico privado |
|  | Un centro médico de un hospital |
|  | Un centro médico del departamento de salud |
|  | *State-specific* |
|  | *State-specific* |
|  | ¿O fue a otro lugar? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿A dónde fue? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R16. | ***Durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de alguno de los siguientes temas?** *Por favor sólo cuente sobre las conversaciones* y no el material de lectura ni videos. | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Habló alguien con usted acerca de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **No lea** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Alimentación saludable durante el embarazo |  |  |  |  |
|  | El ejercicio durante el embarazo |  |  |  |  |
|  | Programas o recursos para ayudarle a aumentar la cantidad de peso adecuada durante el embarazo |  |  |  |  |
|  | Programas o recursos para ayudarle a bajar de peso después del embarazo |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **R19.** | **¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada?** Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un proveedor de atención médica le dijo que estaba embarazada. |
|  | (**PREGUNTE:** ¿Cuántas semanas o meses?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Cantidad de semanas \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40) **O** |
|  | Cantidad de meses \_\_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9) |
|  | No sabe/ No recuerda |
|  | Se rehusó |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **R25.** | **En general, durante el embarazo, se sintió:** | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **No lea** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Cómoda haciendo preguntas acerca de la atención prenatal que recibió |  |  |  |  |
|  | Cómoda al rechazar la atención médica que no quería |  |  |  |  |
|  | Cómoda al aceptar las opciones de atención que me recomendó mi proveedor |  |  |  |  |
|  | Pude elegir las opciones de atención que recibí |  |  |  |  |
|  | Mis proveedores me trataron con respeto |  |  |  |  |
|  | Satisfecha con la atención prenatal que recibí |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **R23.** | **Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a una clase o a clases de preparación para el parto y acerca de lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

# 

# Injury Prevention and Safety

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S1. | Voy a lea una lista de declaraciones acerca la seguridad. | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **No lea** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Siempre usó el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo más reciente |  |  |  |  |
|  | En su hogar hay un detector de humo que funciona |  |  |  |  |
|  | Ha recibido información acerca productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació su nuevo bebé |  |  |  |  |
|  | Su hogar tiene un detector de monóxido de carbono que funciona |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **S6.** | **Cuando su nuevo bebé viaja en un automóvil, camión o camioneta, ¿con qué frecuencia va en un asiento de seguridad para bebés?** |
|  | ¿Lo usa \_\_\_\_\_\_ ? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | Frecuentemente |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca → **Pase a la pregunta #** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **S10.** | **¿Tiene un asiento de seguridad que usted pueda usar para su nuevo bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **S12.** | **¿Cómo aprendió a instalar y usar el asiento de seguridad para bebés?** |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. |
|  |  |
|  | Leyó las instrucciones |
|  | Un(a) amigo(a) o familiar le enseñó |
|  | Un profesional de la salud o de seguridad le enseñó |
|  | Aprendió sola |
|  | Ya sabía instalarlo porque tiene otros niños |
|  | ¿Aprendió a instalar y usar su asiento de seguridad para bebés de alguna otra manera? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cómo aprendió a instalar y usar su asiento? |

|  |  |
| --- | --- |
| **S13.** | **¿Alguna vez ha oído o leído lo qué puede pasar si se sacude a un bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S20.** | **En los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de hacerle pruebas al agua en su hogar para detectar algunas de las siguientes cosas?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Arsénico |  |  |  |  |
|  | Plomo |  |  |  |  |
|  | Otros contaminantes |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuáles? |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **S21.** | **Actualmente, ¿tiene armas de fuego guardadas dentro o alrededor de su hogar?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **S22.** | **¿Alguna de estas armas de fuego está cargada actualmente?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **S23.** | **¿Alguna de estas armas de fuego que están cargadas también están desbloqueadas?** Por “desbloqueada” queremos decir que no necesita una llave, combinación o una huella digital o de mano para obtener el arma o dispararla. Para esto no cuenta el seguro que tienen las armas que no permite que las disparen. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No sabe/ No recuerda |
|  | Se rehusó |

# Infant Healthcare

## Sick Child Care

|  |  |
| --- | --- |
| T1. | ¿Ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo? |
|  |  |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Su bebé no se ha enfermado → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| T3. | Cuando su nuevo bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **T8.** | **¿Alguna de las siguientes cosas impidió que llevara a su bebé a recibir atención médica cuando estuvo enfermo?** |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | No tenía seguro médico para pagar por la consulta |
|  | No pudo conseguir una cita |
|  | No tenía un médico regular para su bebé |
|  | No tenía como llevar a su bebé la clíinica o el consultorio médico |
|  | No tenía a nadie que cuidara a sus otros hijos |
|  | ¿Hubo otra razón? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón? |

## Well Child Care

|  |  |
| --- | --- |
| X9. | ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita médica regular para su bebé, usualmente cuando tenga 1, 2, 4 y 6 meses de edad. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí → **Pase a la pregunta #** |
|  | Se rehusó→ **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| X2. | ¿Alguna de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera chequeos de rutina? |
|  | Para cada una, responda Sí o No. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | No tenía usted suficiente dinero o seguro médico para pagarlos |
|  | No tenía usted cómo llevar a su bebé al centro médico o al consultorio del médico |
|  | No tenía usted a nadie que le cuidara a sus otros hijos |
|  | No pudo conseguir una cita |
|  | Su bebé estaba demasiado enfermo para un chequeo de rutina |
|  | ¿Hubo otra cosa que le impidió que su bebé recibiera un chequeo de rutina? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué otra cosa le impidió que su bebé recibiera un chequeo de rutina? |

|  |  |
| --- | --- |
| **X10.** | **¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un proveedor de atención médica *una semana* después del nacimiento?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Su bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

# Substance Use

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DRUG2.** | **Durante el *mes* *antes* de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** Durante el *mes* *antes* de quedar embarazada, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Medicamentos para la depresión |  |  |  |  |
|  | Medicamentos para la ansiedad |  |  |  |  |
|  | Analgésicos recetados como hidrocodona o Vicodin®, oxicodona o Percocet®, o codeína |  |  |  |  |
|  | Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante |  |  |  |  |
|  | Metadona, subutex o Suboxona®, o buprenorfina |  |  |  |  |
|  | Naloxona |  |  |  |  |
|  | Marihuana o productos del *cannabis* (no incluya productos a base de cáñamo o los producidos únicamente con CBD) |  |  |  |  |
|  | Productos de CBD |  |  |  |  |
|  | Marihuana sintética, K2 o Spice |  |  |  |  |
|  | Kratom |  |  |  |  |
|  | Fentanilo o heroína (*smack*, *junk*, *Black Tar* o chiva) |  |  |  |  |
|  | Metanfetaminas, también conocidas como *uppers*, *speed*, *crystal meth*, *crank*, *ice*,o agua |  |  |  |  |
|  | Cocaína, también conocida como *crack*, *rock*, *coke*, *blow*, *snow* o nieve |  |  |  |  |
|  | Benzodiazepines (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, *downers* o *ludes)* |  |  |  |  |
|  | Alucinógenos (LSD /ácido, PCP /polvo de ángel, éxtasis, *Molly*, hongos o sales de baño) |  |  |  |  |
|  | Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (*huffing*) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DRUG3.** | **Durante su *embarazo más reciente*, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** Durante su *embarazo más reciente*,¿tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Medicamentos para la depresión |  |  |  |  |
|  | Medicamentos para la ansiedad |  |  |  |  |
|  | Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína |  |  |  |  |
|  | Adderall®, Ritalin® u otro estimulante |  |  |  |  |
|  | Metadona, Subutex® o Suboxona® o buprenorfina |  |  |  |  |
|  | Naloxona |  |  |  |  |
|  | Marihuana o productos del *cannabis* (no incluya productos a base de cáñamo o los producidos únicamente con CBD) |  |  |  |  |
|  | Productos de CBD |  |  |  |  |
|  | Marihuana sintética (K2 o Spice) |  |  |  |  |
|  | Kratom |  |  |  |  |
|  | Fentanilo o heroína (*smack*, *junk*, *Black Tar* o chiva) |  |  |  |  |
|  | Metanfetaminas (*uppers*, *speed*, *crystal meth*, *crank*, *ice* o agua) |  |  |  |  |
|  | Cocaína (*crack*, *rock*, *coke*, *blow*, *snow* o nieve) |  |  |  |  |
|  | Benzodiazepinas (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes o *ludes)* |  |  |  |  |
|  | Alucinógenos (LSD /ácido, PCP /polvo de ángel, éxtasis, *Molly*, hongos o sales de baño) |  |  |  |  |
|  | Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (*huffing*) |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **U10.** | **Después de que su bebé nació, ¿el médico, la enfermera u otro profesional de atención médica le dijo que su bebé tenía abstinencia a las drogas o síndrome de abstinencia neonatal?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# 

# Social Services including Home Visitation

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V1. | Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió usted alguno de estos servicios? | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Clases acerca de la crianza de los hijos |  |  |  |  |
|  | Consejería por la depresión o la ansiedad |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V2. | *Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha usado usted alguno de estos servicios? | | | | |
|  | Para cada opción, responda Sí o No. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Clases acerca de la crianza de los hijos |  |  |  |  |
|  | Consejería por la depresión o la ansiedad |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V3. | Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé? |
|  | Por favor dígame cuál de las siguientes declaraciones describe mejor su situación. |
|  |  |
|  | No, usted no ha usado servicios de WIC para usted o para su nuevo bebé |
|  | Sí, solo usted utiliza los servicios de WIC |
|  | Sí, tanto para su nuevo bebé como para usted utilizan los servicios de WIC |
|  | Sí, solo para su nuevo bebé utilizan los servicios de WIC |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V11. | Durante su embarazo *más reciente*, ¿sintió que *necesitó* alguno de los siguientes servicios? | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) |  |  |  |  |
|  | WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) |  |  |  |  |
|  | Consejería por problemas familiares y personales |  |  |  |  |
|  | Ayuda para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Ayuda para reducir la violencia en su hogar |  |  |  |  |
|  | Ayuda para dejar de consumir drogas |  |  |  |  |
|  | Asistencia con la vivienda o el alquiler |  |  |  |  |
|  | ¿Hubo otro servicio que sintió que necesitó? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál otro servicio necesitó durante su embarazo más reciente? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V12. | Durante su embarazo *más reciente*, ¿*recibió* alguno de los siguientes servicios? | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿recibió\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | (No lea) | | | |
|  |  | No | Sí | Se rehusó | NSNR |
|  | SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) |  |  |  |  |
|  | WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) |  |  |  |  |
|  | Consejería por problemas familiares y personales |  |  |  |  |
|  | Ayuda para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Ayuda para reducir la violencia en su hogar |  |  |  |  |
|  | Ayuda para dejar de consumir drogas |  |  |  |  |
|  | Asistencia con la vivienda o el alquiler |  |  |  |  |
|  | ¿Recibió algún otro servicio? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál otro servicio *recibió* durante su embarazo más reciente? |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V21.** | **Durante su embarazo más reciente, ¿ una visitadora al hogar fue a su hogar para ayudarla a prepararse para su nuevo bebé?** una visitadora al hogar puede ser una enfermera, un profesional de atención médica, asistente de parto, educadora sobre el parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las mujeres embarazadas. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **V13.** | **¿Quién era la visitadora al hogar que fue a su hogar durante su embarazo *más reciente*?** |
|  | ¿Fue \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Una enfermera, asistente de enfermería o partera |
|  | Una maestra o educadora sobre salud |
|  | Una asistente de parto o educadora sobre el parto |
|  | State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>) |
|  | Otra persona |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál era su especialidad o profesión? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **V14.** | **Durante su embarazo *más reciente,* ¿cuántas veces vino la visitadora at hogar a su hogar para ayudarle a aprender cómo prepararse para su nuevo bebé?** |
|  | ¿Fue \_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Una vez |
|  | De 2 a 4 veces |
|  | 5 veces o más |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V15.** | **Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la visitadora al hogar que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante su embarazo más reciente, ¿le habló la visitadora al hogar acerca de \_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a su bebé |  |  |  |  |
|  | Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé |  |  |  |  |
|  | Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se hayan dado en su familia |  |  |  |  |
|  | La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH |  |  |  |  |
|  | La importancia de hacerse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual |  |  |  |  |
|  | Si alguien le estaba causando daño emocional o físico |  |  |  |  |
|  | Amamantar o darle pecho a su bebé |  |  |  |  |
|  | Su bienestar emocional |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V20. | ¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la visitadora al hogar que vino a su hogar durante su embarazo *más reciente*? ¿Estuvo satisfecha con\_\_\_\_\_? | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | El tiempo que la visitadora al hogarpasaba con usted |  |  |  |  |
|  | El consejo que recibió acerca cómo cuidarse y a su bebé |  |  |  |  |
|  | La comprensión y el respeto que le demostró |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V22.** | ***Desde que nació su nuevo bebe*, ¿ha ido una visitadora al hogar a su hogar para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar al bebé?** Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, proveedora de atención médica, asistente de parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las familias de bebés recién nacidos. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó → **Pase a la pregunta #** |
|  | No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #** |

|  |  |
| --- | --- |
| **V16.** | **¿Cuál era la especialidad o profesión de la visitadora al hogar que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?** |
|  | ¿Era \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Una enfermera, asistente de enfermería o partera |
|  | Una maestra o educadora sobre salud |
|  | Una asistente de parto o partera |
|  | State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>) |
|  | Otra persona |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál era su especialidad o profesión? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V18.** | **Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la visitadora al hogar que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la visitadora al hogar acerca de \_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Amamantar o darle pecho a su bebé |  |  |  |  |
|  | Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada |  |  |  |  |
|  | Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos |  |  |  |  |
|  | Depresión posparto |  |  |  |  |
|  | Recursos en su comunidad que apoyan a los padres de recién nacidos |  |  |  |  |
|  | Cómo llegar a un peso adecuado después del parto |  |  |  |  |
|  | Cómo dejar de fumar o evitar fumar |  |  |  |  |
|  | Cómo conseguir servicios de salud necesarios para usted o su bebé |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V19.** | **¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la visitadora al hogar que vino a su hogar *desde que nació su nuevo bebé*?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | ¿Estuvo satisfecha con el tiempo que la visitadora al hogar pasaba con usted? |  |  |  |  |
|  | ¿Estuvo satisfecha con los consejos que recibió acerca de cómo cuidarse usted y a su bebé? |  |  |  |  |
|  | ¿La comprensión y el respeto que le demostró? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V23.** | **¿Recibió apoyo de una asistente de parto (*doula*)** **durante alguno de los siguientes periodos?** Una asistente de parto es una persona capacitada que acompaña y brinda comodidad, apoyo emocional e información durante el embarazo y el parto. Una asistente de parto no brinda cuidados médicos. | | | | |
|  | Para cada periodo, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Durante su embarazo más reciente |  |  |  |  |
|  | Durante el nacimiento de su nuevo bebé |  |  |  |  |
|  | Desde que nació su nuevo bebé |  |  |  |  |

# Social Support including Partner Experiences

|  |  |
| --- | --- |
| W1. | Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema? Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido que pedir prestados $50 o si se hubiera enfermado y hubiera tenido que |
|  | ¿ \_\_\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado? (**PREGUNTE**: Durante su embarazo más reciente, ¿\_\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?) |
|  |  |
|  | Su esposo(a) o pareja |
|  | Su madre, padre o suegros |
|  | Otro miembro de la familia o pariente |
|  | Un(a) amigo(a) |
|  | La comunidad religiosa |
|  | Vecinos |
|  | ¿Le habría ayudado otra persona? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Quién es esa persona? |
|  | **SI A NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES RESPONDE SÍ, PREGUNTE** ¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si hubiera tenido algún problema? |
|  | **ENTREVISTADORA**: Si la madre respondió que no tenía a alguien que la hubiera ayudado, marque SÍ. |

|  |  |
| --- | --- |
| **W3.** | **Desde de que nació su nuevo bebé, ¿quién le ayudaría si usted tuviera algún problema?**  Por ejemplo, ¿quién le ayudaría si usted necesitara pedir prestados $50 o si se enfermara y tuviera que quedarse en cama por varias semanas? |
|  | ¿ \_\_\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado? (**PREGUNTE**: Desde de que nació su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema?) |
|  |  |
|  | Su esposo(a) o pareja |
|  | Su madre, padre o suegros |
|  | Otro miembro de la familia o pariente |
|  | Un(a) amigo(a) |
|  | La comunidad religiosa |
|  | Vecinos |
|  | ¿Le habría ayudado otra persona? |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Quién le hubiera ayudado? |
|  | **SI A NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES RESPONDE SÍ, PREGUNTE**:¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema? |
|  | **ENTREVISTADORA**: Si la madre respondió que no tenía a alguien que la hubiera ayudado, marque SÍ. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W5.** | **Las siguientes declaraciones son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindaron *mientras estuvo embarazada*.** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Tenía a alguien a quien podía acudir cuando se sentía sola |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien con quien podía hablar acerca de cosas que son importantes para usted o acerca cómo se sentía |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien con quien podía contar para que escuchara sus problemas, preocupaciones y miedos |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien que le demostraba amor y cariño |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien que hacía cosas con usted para que pudiera relajarse o divertirse |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien con quien contar para que le prestara dinero para cosas como comida o facturas |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien que podía cuidar a su(s) hijo(s) cuando necesitaba ayuda |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien que podía ayudar con las tareas diarias si estaba enferma |  |  |  |  |
|  | Tenía a alguien que podía llevarla al centro médico o al consultorio del médico si necesitaba transporte |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W6.** | **Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindan *en este momento*.** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | ¿Tiene a alguien a quien puede acudir cuando se siente sola? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien con quien puede hablar acerca de cosas que son importantes para usted o acerca de cómo se siente? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien con quien puede contar para escuchar sus problemas, preocupaciones y miedos? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien que le demuestra amor y cariño? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien que hace cosas con usted para que pueda relajarse o divertirse? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien con quien puede contar para que le preste dinero para cosas como comida o facturas? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien que puede cuidar a su(s) hijo(s) cuando necesite ayuda? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien que puede ayudar con las tareas diarias si está enferma? |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene a alguien que puede llevarla al centro médico o al consultorio del médico si necesita transporte? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W7.** | **¿Hacen sus vecinos alguna de las siguientes cosas?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Sus vecinos, \_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | ¿Se hacen favores uno al otro o se ayudan? |  |  |  |  |
|  | ¿Se piden entre sí consejos acerca de asuntos personales como la crianza de los niños o la búsqueda de trabajo? |  |  |  |  |
|  | ¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitadas? |  |  |  |  |
|  | ¿Se visitan en sus hogares o en la calle? |  |  |  |  |
|  | ¿Se vigilan la propiedad el uno al otro? |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **W8.** | **Por favor dígame cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda con su esposo(a) o pareja.** |
|  | ¿Diría que su esposo(a) o pareja \_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Vive con usted todo el tiempo |
|  | Vive con usted parte del tiempo |
|  | No vive con usted |
|  | No tiene esposo(a) o pareja |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/ No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **W9.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia su esposo(a) o pareja le da a usted ánimo y apoyo emocional?** |
|  | ¿Diría que es \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | A menudo |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | No tiene esposo(a) o pareja |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe / No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **W10.** | ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia el papá de su bebé u otro padre contribuye con cosas como dinero, comida, ropa, vivienda o cuidado médico para cubrir las necesidades básicas del bebé?** |
|  | ¿Diría que es \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | A menudo |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **W11.** | **Cuando el papá de su bebé u otro padre, está con su nuevo bebé, ¿con que frecuencia juega, abraza, besa o carga al bebé?** |
|  | ¿Diría que es \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Siempre |
|  | A menudo |
|  | A veces |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | El papá de su nuevo bebé u otro padre**,** normalmente no pasa tiempo con el bebé |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Oral Health

|  |  |
| --- | --- |
| **Y3.** | **Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Y5.** | **Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de problema tenía con sus dientes o encías?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE: ¿**Durante su embarazo más reciente, **\_\_\_\_\_?**) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Tuvo una o más caries que necesitó rellenar |  |  |  |  |
|  | Las encías le dolían, las tenía rojas o inflamadas |  |  |  |  |
|  | Le dolían uno o más dientes |  |  |  |  |
|  | Necesitó sacarse un diente |  |  |  |  |
|  | Se lastimó la boca, los dientes o las encías |  |  |  |  |
|  | ¿Tuvo algún otro problema con sus dientes o encías durante su embarazo más reciente? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál fue el problema? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Y6.** | **¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Era difícil ir al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente porque \_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No Lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | No pudo encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas |  |  |  |  |
|  | No pudo encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid |  |  |  |  |
|  | No pensó que fuera seguro ir al dentista durante el embarazo |  |  |  |  |
|  | No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental |  |  |  |  |
|  | No pudo encontrar un dentista o una clínica dental cerca a la que pudiera ir |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Y7.** | **Las siguientes afirmaciones son acerca de los cuidados dentales *durante* su embarazo *más reciente*.** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, \_\_\_\_\_.) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Sabía que era importante cuidar de sus dientes y encías durante su embarazo |  |  |  |  |
|  | Un proveedor de atención dental u otro tipo de proveedor le habló acerca de cómo cuidar de sus dientes y encías |  |  |  |  |
|  | Sabía que era seguro ir al dentista durante el embarazo |  |  |  |  |
|  | Tenía seguro para pagar la atención dental durante su embarazo |  |  |  |  |
|  | Necesitó una consulta con un dentista por un **problema** |  |  |  |  |
|  | Fue a un dentista o a una clínica dental debido a un problema |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Y8.** | **¿Recibió usted tratamiento de un dentista u otro proveedor de atención médica por el problema dental que tuvo durante su embarazo?** |
|  | Voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted. |
|  |  |
|  | No |
|  | Sí, recibió tratamiento durante su embarazo |
|  | Sí, recibió tratamiento después de su embarazo |
|  | Sí, recibió tratamiento durante y después de su embarazo |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Intimate Partner Violence

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Z1.** | **¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior hizo alguna de las siguientes cosas durante su embarazo más reciente?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante su embarazo más reciente, ¿\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | La amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera |  |  |  |  |
|  | Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo(a) o pareja actual o anterior |  |  |  |  |
|  | Trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir |  |  |  |  |
|  | La forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Z2. | ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior ha hecho alguna de las siguientes cosas *desde que nació su nuevo bebé*? | | | | |
|  | Para cada una, responda Sí o No. (PREGUNTE: Desde que nació su bebé ¿\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | La amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera |  |  |  |  |
|  | Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo(a) o pareja actual o anterior |  |  |  |  |
|  | Trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir |  |  |  |  |
|  | La forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Z8.** | **Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo(a) o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada?** Por ejemplo, ¿escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Z9.** | **Durante alguno de los siguientes periodos, ¿su esposo(a) o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir insegura de alguna otra manera?** | | | | |
|  | Para cada periodo, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: ¿Su esposo(a) o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad o la hizo sentir insegura de alguna manera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Durante los 12 meses antes de quedar embaraza |  |  |  |  |
|  | Durante su embarazo más reciente |  |  |  |  |
|  | Desde que nació su nuevo bebé |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Z13.** | ***Desde que nació su nuevo bebé* ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Su esposo(a) o pareja |  |  |  |  |
|  | Su ex esposo(a) o ex pareja |  |  |  |  |
|  | *State option (Otro miembro de la familia)* |  |  |  |  |
|  | *State option (Otra persona)* |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Z15.** | ***Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé*, ¿alguna vez su esposo(a) o pareja se negó a usar un condón cuando usted quería que usara uno?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No tenía una pareja en ese momento o su pareja era del mismo sexo |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Tobacco and Nicotine Product Use and Cessation

|  |  |
| --- | --- |
| AA1. | *Durante alguna de sus consultas de cuidado prenatal*, ¿un proveedor de atención médica le aconsejó que dejara de fumar? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No recibió cuidado prenatal |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AA2. | Durante su embarazo *más reciente*, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparecen en la lista a continuación para dejar de fumar? | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante su embarazo más reciente, ¿usted \_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Fijó una fecha específica para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Usó un programa de mensajes de texto para que le ayudara a dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Usó sitios web o aplicaciones para obtener ayuda para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Usó redes sociales para obtener ayuda para dejar de fumar (como Facebook, Instagram, TikTok) |  |  |  |  |
|  | Llamó a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal |  |  |  |  |
|  | Asistió a una clase o programa para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Fue a consejería de ayuda para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Utilizó un parche, chicle, pastillas que se chupan, un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina |  |  |  |  |
|  | Tomó una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Tomó una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Trató de dejar de fumar por su cuenta (por ejemplo, total y repentinamente) |  |  |  |  |
|  | ¿Hizo alguna otra cosa para dejar de fumar? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Qué hizo? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AA3.** | ***Durante alguna de sus consultas prenatales*, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarla a dejar de fumar?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: Durante alguna de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica \_\_\_\_\_\_\_\_?) | | | | |
|  |  | **(No Lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Dedicó tiempo para hablar con usted acerca cómo dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Le sugirió que fijara una fecha específica para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Le sugirió que asistiera a una clase o programa para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Le dio folletos, videos u otros materiales para ayudarla a dejar de fumar por sí sola |  |  |  |  |
|  | La remitió o envió a consejería de ayuda para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Le preguntó si un familiar o amigo(a) apoyaría su decisión de dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | La remitió o envió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal |  |  |  |  |
|  | Le recomendó que usara o le recetó el chicle de nicotina |  |  |  |  |
|  | Le recomendó que usara o le recetó el parche de nicotina |  |  |  |  |
|  | Le recomendó que usara o le recetó las pastillas de nicotina para chupar |  |  |  |  |
|  | Le recetó un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina |  |  |  |  |
|  | Le recetó una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para ayudarla a dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Le recetó una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para ayudarla a dejar de fumar |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **AA5.** | **¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas acerca fumar *dentro* de su hogar durante su embarazo *más reciente*, incluso si nadie que vivía en su hogar fumaba?** |
|  |  |
|  | A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de su hogar |
|  | Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas |
|  | Se permitía fumar en todas partes dentro de su hogar |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| AA6. | ¿Dejó usted de fumar antes o durante su embarazo más reciente? |
|  | Por favor dígame cuál opción le corresponde a usted.. |
|  |  |
|  | No, usted no dejó de fumar |
|  | No, pero fumaba menos |
|  | Sí, dejó de fumar antes de enterarse de que estaba embarazada |
|  | Sí, dejó de fumar cuando se enteró de que estaba embarazada |
|  | Sí, dejó de fumar cuando ya estaba embarazada |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **AA7.** | **¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas acerca fumar dentro de su hogar *ahora*, incluso si nadie que vive en su hogar fuma?** |
|  |  |
|  | A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de su hogar |
|  | Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas |
|  | Se permite fumar en todas partes dentro de su hogar |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **AA8.** | **¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse usted, vivían en su hogar durante su embarazo más reciente?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | \_\_\_\_\_ Número de fumadores (Range: 0 - 20) |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **AA9.** | **¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse usted, viven en su hogar actualmente?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | \_\_\_\_\_ Número de fumadores |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AA10.** | **¿Alguna de las siguientes cosas le dificultaría dejar de fumar?** | | | | |
|  | Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿ \_\_\_\_\_\_\_\_ hace difícil que usted deje de fumar?) | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | El costo de los medicamentos o productos para ayudarle a dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | El costo de las clases para ayudarle a dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Miedo a aumentar de peso |  |  |  |  |
|  | Perder una manera en que controla el estrés |  |  |  |  |
|  | Otras personas fumando a su alrededor |  |  |  |  |
|  | Antojos de un cigarrillo |  |  |  |  |
|  | Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar |  |  |  |  |
|  | Depresión que empeora |  |  |  |  |
|  | Ansiedad que empeora |  |  |  |  |
|  | ¿Hay alguna otra cosa que le hace difícil dejar de fumar? |  |  |  |  |
|  | **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE**: ¿Cuál es? |  |  |  |  |

# Experiences of Discrimination and Racism

|  |  |
| --- | --- |
| **BB1.** | **Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo, se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron debido a su raza,** **grupo étnico o el color de su piel?** |
|  | ¿Diría que fue \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Muy a menudo |
|  | A menudo |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **BB4.** | **Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que pueda ser tratada o juzgada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?** |
|  | ¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Muy a menudo |
|  | A menudo |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **BB5.** | **Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia usted se ha sentido preocupada de que un ser querido, como su pareja, hijo(a) o padres fueran tratados o juzgados injustamente debido a su raza, grupo étnico o al color de su piel?** |
|  | ¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Muy a menudo |
|  | A menudo |
|  | Rara vez |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BB6.** | **¿Alguna vez se ha sentido discriminada, le han impedido hacer algo, la han molestado o la han**  **hecho sentir que es inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Se sintió discriminado por \_\_\_\_\_? | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Su raza, grupo étnico o el color de su piel |  |  |  |  |
|  | Su estado de discapacidad |  |  |  |  |
|  | Su estatus de inmigración |  |  |  |  |
|  | Su edad |  |  |  |  |
|  | Su peso |  |  |  |  |
|  | Sus ingresos |  |  |  |  |
|  | Su sexo o género |  |  |  |  |
|  | Su orientación sexual |  |  |  |  |
|  | Su religión |  |  |  |  |
|  | Su idioma o acento |  |  |  |  |
|  | El tipo de seguro médico que tiene o porque no tiene seguro médico |  |  |  |  |
|  | su uso de sustancias como el alcohol, tabaco u otras drogas |  |  |  |  |
|  | Sus antecedentes con la justicia (cárcel o prisión) |  |  |  |  |
|  | Por otra cosa |  |  |  |  |
|  | **SI CONTESTA SI, PREGUNTE**: ¿Cuál fue? |  |  |  |  |

# Physical Activity

|  |  |
| --- | --- |
| **CC1.** | **Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?** Por ejemplo, caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar o hacer jardinería. |
|  | ¿Fue\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Menos de 1 día a la semana |
|  | 1 a 2 días a la semana |
|  | 3 a 4 días a la semana |
|  | 5 o más días a la semana |
|  | Su proveedor de atención médica le dijo que no hiciera ejercicio |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **CC2.** | **Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?** |
|  | ¿Fue\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | Menos de 1 día a la semana |
|  | 1 a 2 días a la semana |
|  | 3 a 4 días a la semana |
|  | 5 o más días a la semana |
|  | Su proveedor de atención médica le dijo que no hiciera ejercicio |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# 

# Reproductive History

|  |  |
| --- | --- |
| **FF1.** | **Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (cuando el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **FF4.** | **¿Cuál es la diferencia de edad entre su nuevo bebé y el hijo a quien usted dio a luz justo antes de tener a su nuevo bebé?** |
|  | ¿Es \_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | De 0 a 12 meses |
|  | De 13 a 18 meses |
|  | De 19 a 24 meses |
|  | Más de 2 años pero menos de 3 |
|  | De 3 a 5 años |
|  | Más de 5 años |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **FF5.** | ***Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No → **Pase a la pregunta #** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **FF6.** | **El bebé que tuvo *justo antes* del recién nacido, ¿pesó 5 libras 8 onzas o 2.5 kilos o *menos* cuando nació?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **FF7.** | **¿El bebé que tuvo *justo antes* del recién nacido, nació más de 3 semanas *antes* de la fecha prevista para el parto?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Demographic Information Including Maternal Weight

|  |  |
| --- | --- |
| **II1.** | **¿Cuánto subió de peso durante su embarazo más reciente?** |
|  | (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿cuánto peso aumentó en total durante su embarazo?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Aumentó: \_\_\_\_\_\_ libras O |
|  | \_\_\_\_\_\_\_ kilos |
|  | No subió de peso durante su embarazo |
|  | No sabe/No recuerda |
|  | Se rehusó |

|  |  |
| --- | --- |
| **II2.** | **¿Cuál es su estatura sin zapatos?** |
|  | (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿qué tan alta es usted?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_ pies (RANGO: 4-6) Y |
|  | \_\_\_\_\_\_\_ pulgadas (RANGO: 0-11) |
|  | O \_\_\_\_\_\_\_ centímetros (RANGO: 120-210) |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **II3.** | **Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?** |
|  | (**PREGUNTE**: Más o menos, ¿cuánto pesaba?) |
|  | ***(No lea)*** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_libras **O** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_kilos |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **II4.** | **¿En qué fecha nació su nuevo bebé?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Mes/dia/ano |
|  | Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# Alcohol Consumption

|  |  |
| --- | --- |
| **JJ5.** | **En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?** |
|  | ¿Eran\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | 14 ó más bebidas a la semana |
|  | De 8 a 13 bebidas a la semana |
|  | De 4 a 7 bebidas a la semana |
|  | De 1 a 3 bebidas a la semana |
|  | Menos de 1 bebida a la semana |
|  | No tomaba en ese entonces |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **JJ1.** | **En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?** |
|  | ¿Fueron\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | 6 o más veces |
|  | De 4 a 5 veces |
|  | De 2 a 3 veces |
|  | 1 vez |
|  | No tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **JJ3.** | **En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?** |
|  | ¿Fueron\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | 14 o más bebidas a la semana |
|  | De 8 a 13 bebidas a la semana |
|  | De 4 a 7 bebidas a la semana |
|  | De 1 a 3 bebidas a la semana |
|  | Menos de 1 bebida a la semana |
|  | No tomaba en ese entonces |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **JJ2.** | **En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?** |
|  | ¿Fue\_\_\_\_\_\_\_? |
|  |  |
|  | 6 o más veces |
|  | De 4 a 5 veces |
|  | De 2 a 3 veces |
|  | 1 vez |
|  | No tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **JJ6.** | ***Durante su embarazo más reciente* ¿algún proveedor de atención médica o visitadora al hogar le dijo que estaba bien beber un poco de alcohol durante el embarazo?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# 

# Disaster and Emergency Preparedness

|  |  |
| --- | --- |
| **KK1.** | **Actualmente, ¿tiene usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre?** Por ejemplo, usted y su familia han hablado de cómo estar seguros en caso de que un desastre ocurriera. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK2.** | **Durante su embarazo *más reciente*, ¿tenía usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre?** Por ejemplo, usted y su familia han hablado de cómo estar seguros en caso de que un desastre ocurriera. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KK4.** | **Voy a leer una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre.** | | | | |
|  | Para cada una, por favor dígame si es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_\_? | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | Tiene un lugar de encuentro con sus familiares, diferente a la hogar |  |  |  |  |
|  | Usted y su familia han practicado qué hacer en caso de un desastre |  |  |  |  |
|  | Tiene un plan acerca de cómo mantenerse en contacto con la familia si se separan |  |  |  |  |
|  | Tiene un plan de evacuación si necesita salir de su hogar y su comunidad |  |  |  |  |
|  | Tiene un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre, por ejemplo, permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela |  |  |  |  |
|  | Tiene copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de su hogar |  |  |  |  |
|  | Tiene suministros de emergencia en su hogar para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días |  |  |  |  |
|  | Tiene suministros de emergencia en su auto, en su trabajo o en hogar para llevar con usted en caso de que tenga que salir rápidamente |  |  |  |  |

# Maternal Childhood Experiences

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LL1.** | **Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le pueden haber ocurrido a usted durante su infancia, antes de cumplir los 18 años.** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | **Antes de cumplir los 18 años…** |  |  |  |  |
|  | ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, con enfermedad mental o suicida? |  |  |  |  |
|  | ¿Vivió con alguien que tenía un problema con el consumo de alcohol o drogas? |  |  |  |  |
|  | ¿Fue separada de un padre o tutor legal porque fue a la cárcel, prisión o centro de detención? |  |  |  |  |
|  | ¿Sus padres u otros adultos en su hogar se abofeteaban, golpeaban, pateaban, pegaban o golpeaban entre sí? |  |  |  |  |
|  | ¿Un padre u otro adulto en su hogar la golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera? |  |  |  |  |
|  | ¿Alguno de sus padres u otro adulto en su hogar la insultó o menospreció? |  |  |  |  |
|  | **Antes de cumplir los 18 años...** |  |  |  |  |
|  | ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted le hizo hacer cosas sexuales que usted no quería hacer, como besarse, tocarse o tener relaciones sexuales? |  |  |  |  |
|  | ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por satisfacer necesidades básicas de usted, como velar por su seguridad y asegurarse de que tuviera ropa limpia y suficiente para comer? |  |  |  |  |
|  | ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por asegurarse de que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos? |  |  |  |  |
|  | **Antes de cumplir los 18 años...** |  |  |  |  |
|  | ¿Sintió que fue tratada mal o injustamente debido a su raza o grupo étnico o el color de su piel? |  |  |  |  |
|  | ¿Alguna vez sintió que la trataron mal o injustamente porque es o la gentepensaba que era de la comunidad LGBTQIA+? Esto podría incluir ser tratada mal debido al sexo o género al que está sexualmente atraída o porque expresa su género de una manera diferente a lo que la gente espera. |  |  |  |  |
|  | ¿Vio usted a alguien ser atacado físicamente, golpeado, apuñalado o que le dispararan en su  vecindario? |  |  |  |  |
|  | ¿Estaban sus padres o tutores legales divorciados o separados? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LL2.** | **Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le pueden haber ocurrido a usted durante su infancia, antes de cumplir los 18 años.** | | | | |
|  | Para cada una, responda **Sí** o **No**. | | | | |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  |  | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
|  | **Antes de cumplir los 18 años…** |  |  |  |  |
|  | ¿Se sentía que podía hablar con un adulto en su familia u otro adulto que se preocupara por usted acerca de sus sentimientos? |  |  |  |  |
|  | ¿Se sentía que podía hablar con un amigo acerca de sus sentimientos? |  |  |  |  |
|  | ¿Tuvo un sentido de pertenencia en la escuela secundaria? |  |  |  |  |

# 

# Disability

|  |  |
| --- | --- |
| **OO2.** | **Debido a una afección o condición de salud física, mental o emocional, ¿tiene dificultades cuidando de usted misma o de su recién nacido?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

# 

# Sexual Orientation and Gender Identity

|  |  |
| --- | --- |
| **PP1.** | **¿Cómo describiría su género?** |
|  | *¿Usted lo describiría como…?* |
|  |  |
|  | Femenino |
|  | Masculino |
|  | Hombre trans o transgénero |
|  | “Genderqueer” o de género no conforme |
|  | O ¿prefiere autodescribirlo? |
|  | **SI CONTESTA SI, PREGUNTE**: ¿Cómo describiría su género? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **PP2.** | **¿Cómo describiría su orientación sexual?** |
|  | *¿Usted se describiría como…?* |
|  |  |
|  | Heterosexual |
|  | Lesbiana o gay |
|  | Bisexual |
|  | O, ¿prefiere autodescribirla? |
|  | **SI CONTESTA SI, PREGUNTE**: ¿Cómo describiría su orientación sexual? |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

**Disaster Supplement**

|  |  |
| --- | --- |
| **KK5.** | **¿Estaba usted viviendo o quedándose en una zona que fue afectada por un desastre en el último año? Esto podría ser un desastre natural como un huracán, un tornado, un terremoto, etc., o un desastre causado por el hombre, como una explosión, un derrame químico, etc.** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No 🡺 Pase al final |
|  | Sí |
|  | Se rehusó 🡺 Pase al final |
|  | No sabe 🡺 Pase al final |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK6.** | **¿Cómo describiría usted los daños a su hogar causados por el desastre? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL corresponde a usted.** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Su casa no se dañó |
|  | Su casa tuvo daños menores, pero las áreas de residencia eran aún habitables |
|  | Su casa tuvo daños mayores |
|  | Su casa fue destruida |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KK7.** | **Le voy a leer una lista de cosas que podrían ocurrir durante un desastre. Para cada una, por favor dígame si lo experimentó por causa *del desastre*.** ¿Diría usted que \_\_\_\_\_\_? | | | | | |
|  | (**PREGUNTE:** ¿Experimentó usted algunas de las siguientes por causa del desastre?) | | | | | |
|  | | | **(No lea)** | | | | |
|  | | **Experiencia** | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** | |
| a. | | Usted sintió que su vida estaba en peligro cuando ocurrió el desastre |  |  |  |  | |
| b. | | Usted se lesionó o enfermó |  |  |  |  | |
| c. | | Algún miembro de su casa se lesionó o enfermó |  |  |  |  | |
| d. | | Usted caminó través de los escombros o del agua de inundación |  |  |  |  | |
| e. | | Usted estuvo sin electricidad por una semana o más |  |  |  |  | |
| f. | | Alguien cercano a usted murió en el desastre |  |  |  |  | |
| g. | | Usted vio morir a alguien en el desastre |  |  |  |  | |
| h. | | Usted estuvo viviendo en una vivienda temporal o en condiciones a las que no estaba acostumbrada |  |  |  |  | |
| i. | | Usted perdió pertenencias personales |  |  |  |  | |
| j. | | Usted tuvo que separarse de seres queridos con quienes se siente cercana |  |  |  |  | |
| k. | | Usted tuvo problemas para obtener servicios o ayuda del gobierno |  |  |  |  | |
| l. | | Usted tuvo problemas lidiando con seguros o agencias de ayuda en casos de desastre |  |  |  |  | |
| m. | | Usted tuvo problemas para obtener agua potable |  |  |  |  | |
| n. | | Usted tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer |  |  |  |  | |
| o. | | Usted se sintió insegura por causa de la falta de orden y seguridad después del desastre |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK8.** | **Le voy a leer una lista de fuentes de información. Por favor, dígame en CUÁLbuscaba PRIMERO para información confiable sobre el desastre y los esfuerzos de limpieza y recuperación?** ¿Fue en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  | (**PREGUNTE:** ¿Dónde buscaba **primero** para información confiable después del desastre? ¿Fue en \_\_\_\_\_\_\_\_?) |
|  |  |
|  | La televisión |
|  | El radio |
|  | Mensajes de text |
|  | Vecinos o información de otra gente |
|  | Anuncios puestos en lugares públicos |
|  | Periódicos locales |
|  | Sitios de redes sociales como Facebook |
|  | Sitios de la web 🡺 Por favor, dígame cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Otra fuente 🡺 Por favor, dígame cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No sabe/No recuerda |
|  | Se rehusó |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK9.** | ***Desde el huracán o el desastre*, ¿cómo describiría la cantidad de trabajo físico fuerte que usted tiene que hacer para cuidar su hogar y patio en comparación con el trabajo que hacía antes del huracán o desastre?** Le voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame CUAL le aplica a usted. |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Mucho más trabajo físico desde el huracán |
|  | Un poco más de trabajo físico desde el huracán |
|  | La misma cantidad de trabajo físico |
|  | Menos trabajo físico desde el huracán |
|  | No hago ningún trabajo físico en la casa |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe |

|  |  |
| --- | --- |
| KK10. | Le voy a leer una lista de tipos de ayuda que la gente puede recibir después de un desastre. Para cada una, por favor dígame si usted o cualquier otro miembro de su hogar la recibió como parte de los esfuerzos de recuperación. ¿Recibieron \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  | (**PREGUNTE:** ¿Usted o cualquier miembro de su hogar recibió \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*?)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  | **Tipo de Ayuda** | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | Comida |  |  |  |  |
| b. | Agua |  |  |  |  |
| c. | Refugio o un lugar para quedarse |  |  |  |  |
| d. | Ropa |  |  |  |  |
| e. | Medicamentos |  |  |  |  |
| f. | Ayuda financiera |  |  |  |  |
| g. | Servicios de transportación |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **K11.** | **Desde el huracán o el desastre, ¿ha sentido que necesita servicios de salud mental tales como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, dolor u otros problemas?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No 🡺 **Pase a la Pregunta X** |
|  | Sí |
|  | Se rehusó 🡺 **Pase a la Pregunta X** |
|  | No sabe 🡺 **Pase a la Pregunta X** |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK12.** | **¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí 🡺 **Pase a la Pregunta X** |
|  | Se rehusó 🡺 **Pase a la Pregunta X** |
|  | No sabe 🡺 **Pase a la Pregunta X** |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK13.** | **Voy a leer una lista de razones por las que algunas personas pueden tener para no obtener servicios. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón que usted no obtuvo uno o más de los servicios de salud mental que necesitaba después del desastre. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?** |
|  | (**PREGUNTE:** ¿Una razón por la que no obtuvo los servicios de salud mental que necesitaba después del desastre porque\_\_\_\_\_\_\_\_?) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  | **Razón** | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | No era seguro viajar por las condiciones de las calles |  |  |  |  |
| b. | Estaba enferma o se lesionó y no pudo viajar |  |  |  |  |
| c. | Tenía miedo de irse del lugar donde se estaba quedando |  |  |  |  |
| d. | No sabía dónde podría recibir los servicios |  |  |  |  |
| e. | Servicios no estaban disponibles dado al daño que sufrieron las clínicas por causa del desastre |  |  |  |  |
| f. | No podía conseguir una cita cuando quería |  |  |  |  |
| g. | Le preocupaba lo que pensara la gente si usted fuera |  |  |  |  |
| h. | No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por los servicios |  |  |  |  |
| i. | No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela |  |  |  |  |
| j. | No tenía quién cuidara a sus hijos u otros miembros de la familia |  |  |  |  |
| k. | Estaba demasiado ocupada en otras cosas |  |  |  |  |
| l. | Otra razón |  |  |  |  |
| m. | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es la razón? |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| KK14. | Le voy a leer una lista de tipos de ayuda que la gente puede necesitar. Para cada una, por favor dígame si usted tendría ese tipo de ayuda si lo necesitara desde que ocurrió el huracán o desastre. ¿Tendría usted \_\_\_\_\_\_\_\_? |
|  | (**PREGUNTE:** Desde que ocurrió el desastre, ¿tendría usted\_\_\_\_\_si lo necesitaba?) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  | **Tipo de Ayuda** | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | Alguien que le preste $50 |  |  |  |  |
| b. | Alguien que le ayude si estuviera enferma y necesitara quedarse en cama |  |  |  |  |
| c. | Alguien con quien pueda hablar sobre sus problemas |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK15.** | ***Antes del desastre*, ¿tuvo usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre? Por ejemplo, usted y su familia han hablado de como estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | No |
|  | Sí |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe |

|  |  |
| --- | --- |
| **KK16.** | **Voy a leer una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse ante un desastre. Al decir cada una, por favor dígame si es algo que usted había hecho para prepararse antes del desastre. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_\_?** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **(No lea)** | | | |
|  | **Cosa** | **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | Tenía un lugar de encuentro con sus familiares, diferente a la casa |  |  |  |  |
| b. | Usted y su familia habían practicado qué hacer en caso de un desastre |  |  |  |  |
| c. | Tenía un plan sobre cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos |  |  |  |  |
| d. | Tenía un plan de evacuación si necesito salir de la casa y su comunidad |  |  |  |  |
| e. | Tenía un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre, por ejemplo permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela |  |  |  |  |
| f. | Tenía copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de su casa |  |  |  |  |
| g. | Tenía suministros de emergencia en su casa para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días |  |  |  |  |
| h. | Tenía suministros de emergencia en su auto, en su trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente |  |  |  |  |

**Environmental Exposures Supplement**

|  |  |
| --- | --- |
| **NN1.** | **Durante suembarazo *más reciente*, ¿con qué frecuencia consumió róbalo (*largemouth bass*), atún, tiburón, caballa o verdel, o pez espada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, digame CUÁL aplica a usted.** |
|  |  |
|  | 3 o más veces por semana |
|  | 1 a 2 veces por semana |
|  | 1 a 3 veces por mes |
|  | Menos de una vez al mes |
|  | No consumió esos pescados durante su embarazo 🡺 **Pase a la Pregunta X** |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó 🡺 **Pase a la Pregunta X** |
|  | No sabe/No recuerda 🡺 **Pase a la Pregunta X** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NN2.** | **¿Dónde obtuvo el róbalo (*largemouth bass*), atún, tiburón, caballa o pez espada que consumió durante su embarazo? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si obtuvo el pescado de ese lugar. ¿Lo obtuvo \_\_\_\_\_\_\_\_\_?** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar** | | **(No lea)** | | | |
| **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | En la tienda de comestibles o supermercado |  |  |  |  |
| b. | En un mercado de pescados y mariscos, una pescadería o un mercado agrícola |  |  |  |  |
| c. | En un restaurante |  |  |  |  |
| d. | Los pescó usted o alguien más del mar |  |  |  |  |
| e. | Los pescó usted o alguien más en un río, riachuelo, lago o estanque local |  |  |  |  |
| f. | Lo pescó usted o alguien más de uno de los Grandes Lagos de los EE. UU. |  |  |  |  |
| g. | Algún otro lugar |  |  |  |  |
| h. | SI RESPONDE “SÍ,” PREGUNTE 🡺 ¿Dónde? |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NN3.** | **Voy a leer una lista de productos que algunas personas utilizan todos los días o la mayoría de los días en su casa o durante su trabajo. Al decir cada uno, por favor digame si usted usó o tuvo contacto con el producto todos los días o la mayoría de los días durante suembarazo *más reciente.*** |
|  | (**PREGUNTE:** Durante suembarazo *más reciente*, utilize \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Producto** | | **(No lea)** | | | |
| **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | Desengrasantes fuertes como limpiadores de hornos o desengrasantes potentes |  |  |  |  |
| b. | Limpiador de muebles o betún de zapatos |  |  |  |  |
| c. | Productos blanqueadores o con cloro sin tener buena ventilación |  |  |  |  |
| d. | Ropa lavada en seco recientemente |  |  |  |  |
| e. | Ambientadores o desodorantes ambientales, incluidos los que se enchufan en los tomacorrientes, o incienso |  |  |  |  |
| f. | Perfume o desodorante con olor fuerte |  |  |  |  |
| g. | Pintaúñas con olor fuerte |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NN4.** | **Durante suembarazo *más reciente*, en promedio, ¿con qué frecuencia consumió alimentos que calentó en recipientes plásticos en el microondas? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, digame CUÁL aplica a usted.** |
|  |  |
|  | Más de una vez al día |
|  | Una vez al día |
|  | 2 a 6 veces por semana |
|  | Una vez a la semana |
|  | Menos de una vez por semana |
|  | Nunca |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |

|  |  |
| --- | --- |
| **NN5.** | ***Durante alguna de sus visitas de control prenatal*, ¿un doctor, enferemera u otro profesional de salud le hablaron sobre alguna de las cosas enumeradas abajo? *Por favor cuente solo las conversaciones*, no los materiales de lectura o videos. ¿Alguien le habló acerca de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tema** | | **(No lea)** | | | |
| **No** | **Sí** | **Se rehusó** | **NSNR** |
| a. | Cómo puede afectar a su bebé su exposición al plomo |  |  |  |  |
| b. | Cómo puede afectar a su bebé el uso de pesticidas, que son sustancias químicas que matan insectos, roedores o malezas, durante el embarazo |  |  |  |  |
| c. | Cómo pueda afectar a mi bebé el usar botellas para agua o de otro tipo hechas con plásticos de policarbonato (BPA, número de reciclaje 7) durante el embarazo |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NN6.** | **Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo responder las preguntas sobre las exposiciones ambientales? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, digame CUÁL aplica a usted.** |
|  |  |
|  | No |
|  | Sí |
|  | No preguntó su profesional de salud ninguna pregunta sobre las exposiciones ambientales |
|  | No tuvo ninguna preocupación sobre las exposiciones ambientales |
|  | ***(No lea)*** |
|  | Se rehusó |
|  | No sabe/No recuerda |