

---

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

## Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

---

Phase 9 Standard Mail Questionnaire - Spanish

Cuestionario Correo Estándar De La Fase 9 - En Español

## Assisted Reproduction and Fertility



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



25%

A1\_Skip\_Before

Si usted no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la pregunta #.

Previous

Next





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
- Sí

Previous

Next





26%

A2

¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad para que le ayudara a quedar *embarazada* de su *nuevo* bebé?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Medicamentos para aumentar la fertilidad recetados por un médico para estimular la ovulación
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en que se colecta y coloca el semen, NO los óvulos, quirúrgicamente dentro del útero)
- Tecnología de reproducción asistida (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)
- Otro tratamiento médico **Por favor, díganos:**
- No utilicé tratamientos de fertilidad para quedar embarazada de mi nuevo bebé

Previous

Next





25%

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.

- 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

Previous

Next





A5

¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) recibió antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?


- 1 ciclo
- 2 a 3 ciclos
- 4 a 6 ciclos
- 7 o más ciclos

Previous




Next



## Breastfeeding



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



27%

**B1**

**¿Cuáles fueron las razones para no amamantar a su nuevo bebé?**


*Marque TODAS las que correspondían*

- Estaba enferma o tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No me gustó amamantar
- Traté, pero era demasiado difícil
- No quería
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela

Otra razón **Por favor, díganos:**

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

27%

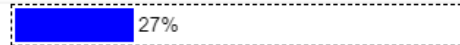
*B1\_Skip\_After*  
**Si no amamantó a su nuevo bebé, pase a la pregunta #.**

Previous Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español





B2

**¿Cuáles fueron sus razones para dejar de amamantar?**

*Marque TODAS las que correspondan*

- Mi bebé tenía problemas pegándose al pecho o para mamar
- Mi bebé no estaba satisfecho con leche materna solamente
- Pensaba que mi bebé no estaba aumentando suficiente de peso
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso
- Pensaba que no estaba produciendo suficiente leche o se me secó la leche
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- Sentí que ya era el momento adecuado para dejar de amamantar
- Me enfermé o tuve que dejar de amamantar por razones médicas

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo(a) o pareja no me apoyaba para que amamantara
- Mi bebé tenía ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra opción **Por favor, díganos:**

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy | Español](#)

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



 28%

*B3\_Skip\_Before*

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

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



28%

B3

**Mientras estuvo en el hospital** después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrió alguna de las siguiente?

Para cada opción, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
El personal del hospital habló conmigo acerca de cómo amamantar (cuándo y por cuánto tiempo hacerlo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





28%

B4

*Durante su embarazo más reciente, ¿qué pensaba acerca de amamantar o darle pecho a su nuevo bebé?*

- Sabía que quería amamantar
- Pensaba que podría amamantar
- Sabía que *no* amamantaría
- No sabía qué iba a hacer al respecto


Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

20%

**B7**

Quando fue a sus visitas del Programa WIC *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió información acerca de cómo amamantar o dar pecho?

No

Sí

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



 28%

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

Sí

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy | Español](#)



28%

B9

**Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿sucedio alguna de las siguientes cosas?**

Marque **TODAS** las que correspondan

- Alguien aclaró mis dudas acerca de amamantar o dar pecho
- Me ofrecieron una clase acerca de cómo amamantar o dar pecho
- Asistí a una clase acerca de cómo amamantar o dar pecho
- Decidí o planifiqué darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con familiares y amigos acerca de darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con mi proveedor de atención médica acerca de darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Decidí no amamantar a mi bebé

Previous

Next







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)?

Marque UNA respuesta

Mi bebé tenía:

- semana(s)
- mes(es)
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna

Previous

Next





30%

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)?

Marque UNA respuesta

Mi bebé tenía:

- semana(s)
- mes(es)
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido alimentos


Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

30%

**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

Sí

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 30%

**B14**  
¿Ha usado una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?

No

Sí

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



31%

B16

¿Dónde consiguió la bomba de lactancia que usa para alimentar a su nuevo bebé?

Marque **TODAS** las que correspondan

- La obtuve gratis del Programa WIC
- El hospital me la dio gratis
- Me la regalaron o prestaron
- Mi seguro médico la pagó
- La compré o alquilé
- Ya tenía una que había usado con otro hijo
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next





B13

Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted alguno de los siguientes tipos de ayuda para amamantar o dar pecho?

	No	Si
Alguien que respondiera mis preguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para poner a mi bebé en la posición correcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información acerca de dónde conseguir un extractor de leche materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para usar el extractor de leche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información acerca de grupos de apoyo para la lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B13\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next



B17

Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información acerca de la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?

	No	Si
Uno de mis doctores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una enfermera o partera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una <i>doula</i> o asistente de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una especialista en lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El doctor o proveedor de atención médica de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un grupo de apoyo para la lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una línea gratuita o línea de ayuda telefónica para la lactancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Páginas de Internet o aplicaciones acerca del embarazo o el cuidado del bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B17\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next

## Occupational Status and Workplace Leave



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



C1\_and\_C2\_Skip\_Before

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta #.

Previous

Next







C1

**Actualmente, ¿asiste usted a la escuela o trabaja?**

*Marque TODAS las que correspondan*

- No, yo no asisto a la escuela ni trabajo
- Sí, yo asisto a la escuela o trabajo fuera del hogar
- Sí, yo asisto a la escuela o trabajo desde mi hogar

Previous

Next





70%

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?

- Mi esposo(a) o pareja
- Los abuelos de mi 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 la guardería
- Otra persona Por favor, díganos:
- Mi bebé está conmigo cuando estoy en la escuela o en el trabajo

Previous

Next





C4

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

- No
- Sí

Previous

Next





c7

¿Ha regresado al trabajo que tenía *durante* su embarazo más reciente?

- No, y no planeo regresar
- No, pero voy a regresar
- Sí

Previous

Next





C8

¿Se tomó tiempo de licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Sí, tomé licencia *remunerada* en el trabajo
- Sí, tomé licencia *no remunerada* en el trabajo
- Site-specific options (Leave or disability programs)
- No, no tomé ninguna licencia

Previous

Next





C9

¿Qué le pareció la cantidad de tiempo de licencia por maternidad que se pudo tomar *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

- Muy poco tiempo
- El tiempo suficiente
- Demasiado tiempo

Previous

Next





C10

¿Alguna de las siguientes cosas afectó su decisión de tomar licencia del trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Para cada opción, marque *No* o *Sí*.

	No	Si
Económicamente no me fue posible tomar una licencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenia miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo de licencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenia demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o más tiempo de licencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi trabajo no tiene licencia remunerada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi trabajo no ofrece horarios flexibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía suficiente tiempo acumulado para tomar una licencia o para tomar más tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





C11

Después de que nació su nuevo bebé, ¿su esposo(a) o pareja tomó tiempo libre del trabajo?

- No, no tomó licencia del trabajo
- Sí, tomó tiempo licencia *remunerada* del trabajo
- Sí, tomó licencia *no remunerada*
- Sí, tomó licencia *remunerada y no remunerada*
- Mi esposo(a) o pareja no tenía un empleo a sueldo
- No tenía esposo(a) o pareja

Previous

Next







C14

¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?

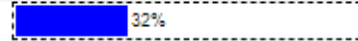
- semanas
- meses
- Menos de 1 semana

Previous

Next



## Contraception







E3\_Skip\_Before

Si usted o su esposo(a) o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo, pase a la pregunta #.

Previous

Next

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

32%

E3

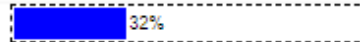
¿Qué tipo de método anticonceptivo estaba usando cuando quedó embarazada?

Marque **TODAS** las que correspondan

- 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)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (amenorrea de la lactancia o MELA)
- Otra opción **Por favor, díganos:**

Previous

Next



E4

Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez acerca del 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
- Sí

Previous

Next

The screenshot shows a web-based survey interface. At the top is a dark blue header with the CDC logo and the text "Department of Health and Human Services" and "Centers for Disease Control and Prevention". To the right of the header are three icons: an envelope, a telephone, and a location pin. Below the header is a progress indicator showing a blue bar and the text "32%". The main content area is a light gray box containing the question "E5" and "Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted tratando de quedar embarazada?". Below the question are two radio button options: "No" and "Sí". At the bottom of the form are two blue buttons labeled "Previous" and "Next".

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

32%

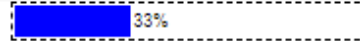
E5

Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted tratando de quedar embarazada?

No

Sí

Previous Next




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
- Sí

Previous

Next

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

33%

E7

¿Cuáles eran las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- No quería usar anticonceptivos
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería
- Pensaba que mi esposo o pareja, o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo(a) o pareja no quería usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quería que yo usara anticonceptivos
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next



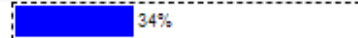
Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

33%

*E8\_Skip\_Before*  
Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta #.

Previous Next



E8

**Mientras estuvo en el hospital para el nacimiento de su nuevo bebé, ¿algún proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**


*Para cada opción, marque No o Sí.*




	No	Sí
Hablaron conmigo acerca de los métodos anticonceptivos que puedo usar después del parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me operaron para ligarme o bloquearme las trompas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pusieron un dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pusieron un implante anticonceptivo en el brazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pusieron una inyección anticonceptiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dieron o recetaron un método anticonceptivo para que lo comenzara en el futuro (como píldoras anticonceptivas, parche o anillo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next

## Infant Sleep Environment

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

47%

**F4**

¿Con quién duerme *por lo general* su nuevo bebé cuando no está durmiendo solito?


Marque **TODAS** las que correspondan

- Conmigo
- Mi esposo(a) o pareja
- Un abuelo
- El gemelo de mi bebé
- Un hermano(a) mayor
- Otra persona Por favor, díganos:

Previous




Next

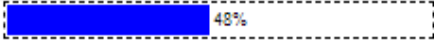
Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy | Español](#)

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention





F4\_Skip\_After

Si su bebé nunca duerme solo en su propia cuna o cama, pase a la pregunta #.

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



F5

¿Le dijo un proveedor de atención médica que acostara a su bebé de las siguientes maneras?


Para cada opción, marque No o Sí.




	No	Sí
De espalda o boca arriba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En una cuna, moisés o cuna portátil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin una manta, juguetes suaves, cojines o almohadas en la cuna o cama de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que colocara la cuna, moisés o cuna portátil de mi bebé en mi habitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

48%

F6

¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su bebé a dormir durante alguno de los siguientes momentos?

	No	Sí
Durante una visita prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el hospital, cuando nació mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante un chequeo de salud de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante una visita de atención posparto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


F6\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



48%

F7

¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su nuevo bebé a dormir de alguna de las siguientes fuentes?

	No	Si
Mi médico de familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi ginecólogo obstetra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una enfermera o partera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una <i>doula</i> o asistente de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico o proveedor de atención médica de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Páginas de Internet o aplicaciones acerca del embarazo o el cuidado del bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras fuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

F7\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



## Maternal Nutrition and Supplement Use



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



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?

- No tomé 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

Previous

Next





G6

Durante el *mes pasado*, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

- No tomé 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

Previous

Next





G7a

Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *fruta* consumía en un día?

- Cero porciones (ninguna)
- 1 o 2 porciones al día
- 3 o 4 porciones al día
- 5 o más porciones al día

Previous

Next





67b

Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *verduras* consumía en un día?

- Cero porciones (ninguna)
- 1 o 2 porciones al día
- 3 o 4 porciones al día
- 5 o más porciones al día

Previous

Next





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?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No estaba planeando quedar embarazada
- No pensé que necesitara tomar vitaminas
- No quería tomar vitaminas
- Las vitaminas eran demasiado caras
- Las vitaminas me producían efectos secundarios (como náuseas o estreñimiento)
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next





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?


- Yo no tomé 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

Previous




Next



## Health Insurance



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention




42%

*H2\_Skip\_Before*


**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la pregunta #.**

[Previous](#) [Next](#)




Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



42%

H2

¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé *ahora*?

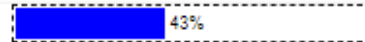
Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, otra persona o que tengo 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 option (TRICARE u otro seguro médico militar)
- Site-specific option (IHS o tribal)
- Otro seguro médico Por favor, díganos:
- No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

Previous

Next





*DD7\_Skip\_Before*

Si usted no tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta X. Sino, pase a la Pregunta Y.

Previous

Next



DD7

¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque **TODAS** las que correspondan

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude obtener seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Mis ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Mis 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
- Site-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

43%

*DD11\_Skip\_Before*

Si usted no tenía seguro médico *durante* su embarazo más reciente, pase a la pregunta X. Sino, pase a la pregunta Y.

Previous Next



DD11

¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico *durante* su embarazo más reciente?

Marque **TODAS** las que correspondan

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Mis ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Mis 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
- Site-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)
- Otra Por favor, díganos:

Previous

Next

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

44%

*DD20\_Skip\_Before*

Si no tiene seguro médico *ahora*, pase a la pregunta DD20. Si tiene seguro, pase a la pregunta #.

Previous Next

Centers for Disease Control and Prevention Department of Health and Human Services



44%

DD20

¿Cuál es la razón por la que usted no tiene seguro médico *ahora*?

Marque *TODAS* las que correspondan

- El seguro médico es demasiado caro
- No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Mis ingresos son demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Mis 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 sé cómo obtener seguro médico
- Site-specific (No tengo la ciudadanía estadounidense o no tengo los documentos de residencia adecuados)
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next

## HIV and Sexually Transmitted Infections



44%

18


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
- Sí




Previous


Next





Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



 45%

19

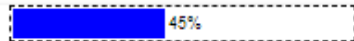
¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo o parto más reciente?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No me ofrecieron la prueba
- No quise hacerme la prueba
- Yo ya sabía si tenía o no el VIH
- No pensé que estuviera en riesgo de contraer el VIH
- No quería que la gente pensara que yo estaba en riesgo de contraer el VIH
- Le temía al resultado
- Me hicieron la prueba *antes* de este embarazo y no pensé que necesitara hacérmela de nuevo
- Otra razón Por favor, díganos:

Previous

Next



*I10*

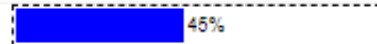
¿Qué está haciendo usted *ahora* para evitar contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso por el VIH?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No estoy haciendo nada
- Usando condones
- Me hago pruebas de ITS/VIH
- Monogamia mutua (la pareja solo tiene relaciones sexuales entre sí)
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next



EE3

**Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un proveedor de atención médica que usted tenía alguna de las siguientes infecciones?**

	No	Sí
Verrugas genitales (VPH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clamidia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonorrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad inflamatoria pélvica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estreptococos del grupo B (estreptococo beta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaginosis bacteriana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tricomoniasis (tric)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección vaginal por hongos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección de las vías urinarias (IU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish


EE3\_Other




**Por favor, díganos:**

[Previous](#) [Next](#)



## Postpartum Care

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

75%

J3

¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?


Marque TODAS las que correspondan

- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitara ir a la consulta
- No pude conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir la clínica o al consultorio médico
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela
- No tenía a nadie que me ayudara a cuidar a mis niños
- El consultorio médico estaba demasiado lejos
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



*J3\_Skip\_After*

Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la pregunta #.

Previous

Next





76%

J6

**Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido atención médica de seguimiento para alguna de las siguientes afecciones o condiciones de salud?**

*Para cada opción, marque No, si no recibió atención médica; marque Sí, si la recibió; o marque NT, si no tenía la afección o condición de salud.*

	No	Sí	DH
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas o enfermedades del corazón (defectos cardíacos de nacimiento, latidos cardíacos acelerados o interrumpidos, insuficiencia cardíaca, agrandamiento del corazón, ataque cardíaco, dolor de pecho, trasplante de corazón o marcapasos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





76%

J7

En general, desde que nació mi nuevo bebé, me he sentido:

Para cada una, marque No o Sí.

	No	Sí
Cómoda haciendo preguntas sobre la <i>atención posparto</i> que estaba recibiendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómoda rechazando atención médica si no la quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómoda aceptando las opciones de atención médica que mi proveedor recomendaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que mis proveedores me trataron con respeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfecha con la <i>atención posparto</i> que recibí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous


Next








## Preconception Care

Attachment 10j – PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

78%

J5


¿Por qué usted no tuvo ningún chequeo médico en los **12 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque **TODAS** las que correspondan


- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro para pagarlo
- Me sentí bien y no pensé que necesitara un chequeo
- No pude conseguir una cita cuando la quería
- No tenía ningún medio de transporte para llegar al centro médico o al consultorio del médico
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No podía tomar tiempo libre del trabajo o la escuela
- No tenía a nadie que me ayudara a cuidar a mis hijos
- El consultorio del médico estaba demasiado lejos
- Otra opción Por favor, díganos:

[Previous](#) [Next](#)




Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A


 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention






77%

*J5\_Skip\_After*  
Si usted no ningún chequeo médico, pase a la Pregunta #.

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

## Labor and Delivery



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



54%

K3

¿Qué tipo de parto tuvo con su nuevo bebé?

- Parto vaginal
- Parto por cesárea

Previous

Next





K4

¿Cómo le sugirió su proveedor de atención prenatal que diera a luz a su nuevo bebé?

- Sugirió que tuviera a mi bebé por parto vaginal (natural)
- Sugirió que tuviera a mi bebé por cesárea
- No me sugirió un tipo de parto para tener a mi bebé

Previous

Next





K6

¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?

- Mi proveedor de atención médica recomendó una cesárea *antes* de irse de parto
- Mi proveedor de atención médica recomendó que tuviera una cesárea cuando ya estaba de parto
- Yo pedí la cesárea

Previous

Next





K7

¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea
- Mi bebé estaba en mala posición (de nalgas)
- Se había pasado la fecha prevista del parto
- A mi proveedor de atención médica le preocupaba que mi bebé estaba demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a una afección o condición de salud (como problemas cardíacos, una discapacidad física)
- Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor de atención médica trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal mostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- Deseaba programar mi parto

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

No quería un parto vaginal para dar a luz a mi bebé

Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy | Español](#)





K8

¿Planificó o programó un parto por cesárea por lo menos una semana antes de que naciera su nuevo bebé?

*(No lea)*

No

Sí

Previous

Next





K9

¿Trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto para que comenzaran las contracciones?

- No
- Sí

Previous

Next





K10

¿Por qué trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Rompí fuente y estaban preocupados por el riesgo de infección
- Se había pasado la fecha prevista del parto
- Mi proveedor de atención médica estaba preocupado por el tamaño del bebé
- Mi bebé no estaba bien y necesitaba nacer
- Tuve una complicación en el embarazo (como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia)
- Deseaba programar mi parto
- Deseaba que me atendiera un proveedor de atención médica en particular
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next





K16

Después del parto, ¿estuvo su bebé en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN o "NICU")?

- No
- Sí

Previous

Next





K17

**En general, durante el parto de su bebé, ¿se sintió...?**

*Para cada opción, marque No o Sí.*

	No	Sí
Cómoda haciendo preguntas acerca la atención médica que recibí durante el parto y el nacimiento de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómoda si rechazaba atención médica si no la quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que mi proveedor me recomendó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratada con respecto por mis proveedores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfecha con la atención médica y los cuidados que recibí durante el parto y el nacimiento de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



## Preconception Health

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

77%

L10

**Antes de quedar embarazada, usted diría que, en general, su salud era...**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



L11

Opciones adicionales para Core 3/15

	No	Si
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsia (convulsiones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome de ovario poliquístico (PCOS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





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 opción, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
Vacunarme antes del embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibir consejería sobre enfermedades genéticas que se han dado en mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibir consejería o tratamiento para la depresión o la ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saber los riesgos de tomar medicamentos recetados o de venta libre ("over-the-counter") durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como el usar medicamentos que no fueron recetados para mí podría afectar al bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next







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, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
Estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para estar en forma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estaba tomando medicamentos recetados regularmente, a parte de anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un proveedor de atención médica me chequeó para ver si tenía diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hablé con un proveedor de atención médica sobre los antecedentes de salud de mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





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
- Sí

Previous

Next



## Vaccinations



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



97%

*L14\_Skip\_Before*

**Si usted se puso la vacuna contra la influenza (o gripe) antes o durante el embarazo, pase a la Pregunta #.**

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



97%

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?

	No	Si
Mi doctor no me mencionó nada acerca de la vacuna contra la influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza me podría causar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estaba preocupada de que la vacuna contra la influenza pudiera hacerle daño a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me preocupaba enfermarme de influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No creo que la vacuna contra la influenza funciona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L14\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention




L19\_Skip\_Before




Si usted no se puso la vacuna contra la influenza antes o durante su embarazo, pase a la Pregunta #.


Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 99%

**L19**

**¿Dónde se vacunó contra la influenza?**

- El consultorio de mi ginecólogo obstetra
- El consultorio de mi médico de familia o en otro consultorio médico
- Un centro o clínica médica del departamento de salud o comunitario
- Un hospital
- Una farmacia o supermercado con farmacia
- Mi trabajo o escuela
- Otro lugar Por favor, díganos:

[Previous](#) [Next](#)





*L33\_Skip\_Before*

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta #.**

Previous

Next





L33

¿Cuáles son sus planes para vacunar a su nuevo bebé?

- Mi bebé recibirá las vacunas según su médico las recomiende
- Mi bebé recibirá todas las vacunas, pero en tiempos diferentes a los que recomienda su médico
- Mi bebé solo recibirá algunas de las vacunas recomendadas
- Mi bebé no será vacunado

Previous

Next





## Mental Health



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



*M4\_Skip\_Before*

Si tuvo depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta M4. Si no, pase a la Pregunta #.

Previous

Next





M4

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿pidió ayuda a un proveedor de atención médica para la depresión?

- No
- Sí

Previous

Next





M5

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le dijo que usted tenía depresión?*

No

Sí

Previous

Next





M6

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un proveedor de atención médica para la depresión?*

- No
- Sí

Previous

Next





M7

¿Cómo describiría la época *durante* su embarazo más reciente?

- Una de las épocas más felices de mi vida
- Una época feliz con ciertos problemas
- Una época un poco difícil
- Una época muy difícil
- Una de las épocas más difíciles de mi vida

Previous

Next





*M8\_M9\_Skip\_Before*

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

Previous

Next





M8

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿tomó un medicamento recetado para la depresión?

- No
- Sí

Previous

Next





M9

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió consejería por su depresión?

- No
- Sí

Previous

Next







M10

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tomado medicamentos recetados para la depresión?*

- No
- Sí

Previous

Next





M11

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería por la depresión?*

- No
- Sí

Previous

Next





M14

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿le *pidió* a un proveedor de atención médica ayuda para la ansiedad?

- No
- Sí

Previous

Next





M15

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que usted tenía ansiedad?*

- No
- Sí

Previous

Next





M16

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿Le ha pedido a un proveedor de atención médica ayuda para la ansiedad?*

- No
- Sí

Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



*M17\_M18\_Skip\_Before*

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

Previous

Next





M17

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿tomó medicamentos recetados para la ansiedad?

- No
- Sí

Previous

Next





M18

En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió consejería para la ansiedad?

- No
- Sí

Previous

Next







M19

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tomado medicamentos recetados para la ansiedad?*

- No
- Sí

Previous

Next





M20

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería por la ansiedad?*

- No
- Sí

Previous

Next





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
- Sí

Previous

Next





M23

¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- No
- Si

Previous

Next





60%

M24

¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No podía pagar el costo
- No pude conseguir una cita cuando la necesitaba
- Mi seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental
- Mi seguro médico no paga lo suficiente para servicios de salud mental
- No sabía a donde ir para obtener servicios
- Me preocupaba que la información que compartiera no se mantuviera confidencial
- No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento
- Me preocupaba que me internaran en un hospital psiquiátrico
- Me 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)
- Otra razón Por favor, díganos:

Previous

Next

## Maternal Morbidity



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



*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
- Sí

Previous

Next





N2

¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando le dijeron que se quedara en cama?

Marque UNA respuesta

Semana(s):

Mes(es):

Previous

Next





N3

¿Con que frecuencia pudo seguir las instrucciones de su proveedor de atención médica de quedarse en cama?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next







N4

¿Qué tipo de apoyo le hubiera ayudado a poder quedarse en cama por el tiempo recomendado?

	No	Si
Ayuda con el cuidado de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda con las tareas domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saber que no perdería mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dinero para compensar el tiempo sin trabajar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N4\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next





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-hidroxiprogestero) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?**


- No
- Sí

Previous




Next




Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention






*N7\_Skip\_Before*

**Si tuvo diabetes gestacional durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta N7. Si no, pase a la Pregunta #.**

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



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 una, marque No o Sí.*

	No	Sí
Me refirió a un especialista en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca de la importancia de hacer ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca del riesgo de presentar diabetes tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





N9

¿Tuvo alguno de los siguientes problemas *durante* su embarazo más reciente?

Para cada una, marque No o Sí.

	No	Sí
Sangrado vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuvo que ir al médico o al hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvieron que coserme el cuello uterino (cerclaje por insuficiencia cervical)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas con la placenta (como desprendimiento prematuro de la placenta o placenta previa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto (parto prematuro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto (romper aguas de manera prematura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me hicieron una transfusión de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me lastimé en un accidente de automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





04

*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
- Sí

Previous

Next





07

¿Ha sentido algo de lo siguiente *durante* su embarazo o *después* del nacimiento de su bebé?

Para cada una, marque *No* o *Sí*.

	No	Si
He sentido que algo no estaba bien con mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He sentido que mis preocupaciones acerca mi salud no han sido tomadas en serio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He sentido que mi médico ignoraba mis preocupaciones acerca mi salud o mis síntomas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





80%

Q8

¿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 una, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde que nació mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





## Maternal Warning Signs



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



81%

09

**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, marque No o Sí.*

	No	Sí
Un proveedor de atención médica (como un médico, enfermera o partera)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguna fuente de información que haya usado el eslogan "Hear Her" o "Escúchela" (como una página web, redes sociales o un folleto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares o amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





01%

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 una, marque No o Sí.

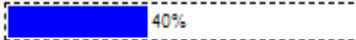
	No	Sí
Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mientras estuve hospitalizada para el parto y nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde que nació mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



## Food Security and Economic Stability



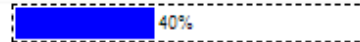
P14

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
- Sí

Previous

Next



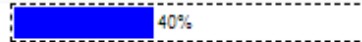
P17

Durante los **12 meses antes** del nacimiento de 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
- Sí

Previous

Next



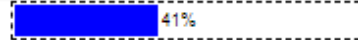
P20

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?

- Suficiente de los tipos de comida que quería comer
- Suficiente, pero no siempre el tipo de comida que quería comer
- A veces no había suficiente para comer
- A menudo no había suficiente para comer

Previous

Next



P21

¿Por qué no tuvo suficiente para comer?

Marque **TODAS** las que correspondan

- 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 me impedían salir)
- Tenía miedo de ir o no quería salir a comprar comida
- No pude lograr que me llevaran las comidas o la compra
- Las tiendas no tenían la comida que quería

Previous

Next

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

41%

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.

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next





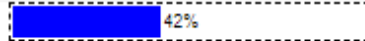
P23

¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- No tengo un lugar estable para vivir (me estoy 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)

Previous

Next



BB3

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada acerca de tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?*

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next

## Neighborhood and Built Environment



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



89%

P15

Durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se sintió insegura en el vecindario donde vivía?

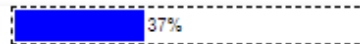
- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next



## Family Planning



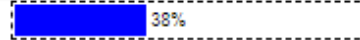
Q1

¿Cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los *3 meses antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé?

- Estaba tratando de quedar embarazada
- Estaba tratando de no quedar embarazada pero no estaba haciendo mucho por evitarlo
- Me estaba esforzando bastante por evitar quedar embarazada

Previous

Next



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?


- Quería que quedara embarazada
- Le daba igual si quedaba embarazada o no
- Preferiría que no quedara embarazada

Previous

Next

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



 38%


Q3




Recordando *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía su esposo(a) o pareja acerca de que usted quedara embarazada?

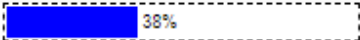
- Hubiera querido que quedara embarazada más pronto
- No quería que quedara embarazada en ese momento, sino después
- Quería que quedara embarazada en ese momento
- No quería que quedara embarazada ni en ese momento ni nunca
- No tenía esposo(a) o pareja

Previous

Next

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 38%

Q4

¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- 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

[Previous](#) [Next](#)





38%

Q5

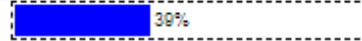
Cuando se enteró de que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes emociones o preocupaciones?

Para cada una, marque No o Sí.

	No	Sí
Me preocupaba no saber lo suficiente acerca cómo cuidar a un bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensé que un nuevo bebé me impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gustaba la idea de enseñar y cuidar a un nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperaba con gusto las nuevas experiencias que tendría con un nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperaba con gusto decirles a mis amigas que estaba embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No quería decirles a mis amigas que estaba embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



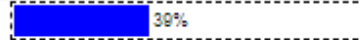
Q6

¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé?

- Muy infeliz de estar embarazada
- Infeliz de estar embarazada
- No estaba segura
- Feliz de estar embarazada
- Muy feliz de estar embarazada

Previous

Next



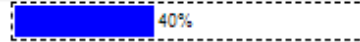
Q7

¿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.

- 0 a 3 meses
- 4 a 6 meses
- 7 a 12 meses
- 13 a 24 meses
- Más de 24 meses

Previous

Next



*Q7\_Skip\_After*

**Si estaba intentando quedar embarazada cuando quedó embarazada con su nuevo bebé, pase a la Pregunta #.**

Previous

Next

## Prenatal Care



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



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
- Sí

Previous

Next





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
- Sí

Previous

Next





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
- Sí

Previous

Next





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
- Sí

Previous

Next







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
- Sí


Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



**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

Sí

[Previous](#) [Next](#)





R15

¿A dónde iba *la mayor parte del tiempo* para sus consultas de cuidado prenatal? No incluya las consultas relacionadas con el programa WIC.

- Consultorio médico privado
- Centro médico de un hospital
- Centro médico del departamento de salud
- Site-specific option
- Site-specific option
- Otro opción Por favor, díganos:

Previous

Next





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, marque No o Sí.*

	No	Sí
Alimentación saludable durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El ejercicio durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas o recursos para ayudarme a aumentar la cantidad de peso adecuada durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





81%

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.

- Semana(s)
- Mes(es)
- No recuerdo

Previous

Next





R20

¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

No

Sí

Previous

Next





81%

R21

¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería?

Para cada opción, marque No o Sí.

	No	Sí
No podía conseguir una cita cuando quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía transporte para ir al centro médico o al consultorio del médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico o mi plan de salud no empezaría a darme atención tan pronto como yo quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía muchas otras cosas que estaban pasando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía mi tarjeta de Medicaid (o state Medicaid name)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía quién cuidara a mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabía que estaba embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

No quería que nadie supiera que estaba embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No quería recibir cuidado prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El consultorio del médico quedaba muy lejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Previous](#)      [Next](#)





Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

82%

*R21\_Skip\_After*  
Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta #.

Previous Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



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
- Sí


Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 82%

**R24**  
**¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?**

*Marque UNA respuesta*

Semana(s)

Mes(es)

[Previous](#) [Next](#)





83%

R25

En general, *durante el embarazo*, me senti...

Para cada opción, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
Cómoda haciendo preguntas acerca de la <i>atención prenatal</i> que recibí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómoda si rechazaba atención médica si no la quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que mi proveedor me recomendó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratada con respecto por mis proveedores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfecha con la <i>atención prenatal</i> que recibí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



## Injury Prevention and Safety

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

49%

*S1\_Skip\_Before*  
**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta #.**

Previous Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



49%

S1

**A continuación, aparecen algunas declaraciones acerca la seguridad.**

*Para cada una, marque No, si no le corresponde a su situación, o Sí, si le corresponde.*

	No	Si
Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mi hogar hay un detector de humo que funciona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He recibido información acerca productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
My home has a working carbon monoxide detector	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





*S6\_S10\_Skip\_Before*

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta #.

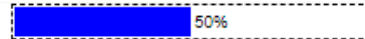
Previous

Next





Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



S6

Cuando su nuevo bebé viaja en un automóvil, camión o camioneta, ¿con qué frecuencia va en un asiento de seguridad para bebés?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next





S10

¿Tiene un asiento de seguridad que usted pueda usar para su nuevo bebé?

- No
- Sí

Previous

Next





S12

### ¿Cómo aprendió a instalar y usar el asiento de seguridad para bebés?

Marque **TODAS** las que correspondan


- Leí las instrucciones
- Un(a) amigo(a) o familiar me enseñó
- Un profesional de la salud o de la seguridad me enseñó
- Yo aprendí sola
- Ya sabía instalarlo porque tengo otros niños
- De alguna otra manera Por favor, díganos:




Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention


  

51%

*S13\_Skip\_Before*  
**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta #.**

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



S13

¿Alguna vez ha oído o leído lo que puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
- Sí

Previous

Next





51%

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?

	No	Sí
Arsénico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros contaminantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S20\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next





S21

**Actualmente, ¿tiene armas de fuego guardadas dentro o alrededor de su hogar?**

- No
- Sí

Previous

Next





S22

¿Alguna de estas armas de fuego está cargada actualmente?

- No
- Sí

Previous

Next







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
- Si

Previous

Next



## Infant Healthcare



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



██████████ 46%

T1

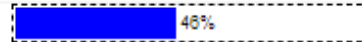
¿Ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo?

- No
- Sí
- Mi bebé no se ha enfermado

Previous

Next





T3

Quando su nuevo bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?

- No
- Sí

Previous

Next

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

48%

T8


¿Alguna de las siguientes cosas impidió que llevara a su bebé a recibir atención médica cuando estuvo enfermo?

Marque **TODAS** las que correspondan




- No tenía seguro médico para pagar por la consulta
- No pude conseguir una cita
- No tenía un médico regular para mi bebé
- No tenía como llevar a mi bebé la clínica o el consultorio médico
- No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos
- Otra opción Por favor, díganos:

Previous

Next



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



48%

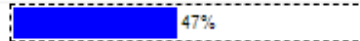
X2

¿Alguna de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera chequeos de rutina?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagarlos
- No tenía como llevar a mi bebé al centro médico o al consultorio del médico
- No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos
- No pude conseguir una cita
- Mi bebé estaba demasiado enfermo para un chequeo de rutina
- Otra opción Por favor, díganos:

[Previous](#) [Next](#)



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
- Sí

Previous

Next



47%

X10


¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un proveedor de atención médica *una semana* después del nacimiento?




- No
- Sí
- Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

Previous

Next

## Substance Use


Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

92%

**DRUG2**

**Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Sus respuestas son estrictamente confidenciales.**

*Para cada una, marque No o Sí.*

	No	Sí
Medicamentos para la depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para la ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®), o codeína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepines (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, downers o ludes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metadona, subutex o Suboxona® o buprenorfina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naloxona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana o cannabis en cualquiera de sus formas (no incluya productos a base de cáñamo o "hemp" ni los producidos únicamente con CBD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Productos de CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana sintética, K2 o Spice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kratom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fentanilo o heroína (smack, junk, Black Tar o chiva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Fentanilo o heroína ( <i>smack, junk, Black Tar o chiva</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, o agua</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow o nieve</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention





93%

**DRUG3**

Durante su *embarazo más reciente*, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Para cada una, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
Medicamentos para la depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para la ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®), o codeína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepines (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metadona, subutex o Suboxona® o buprenorfina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naloxona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana o cannabis en cualquiera de sus formas (no incluya productos a base de cáñamo o "hemp" ni los producidos únicamente con CBD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Productos de CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana sintética, K2 o <i>Spice</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kratom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish


Fentanilo o heroína ( <i>smack, junk, Black Tar o chiva</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, o agua</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow o nieve</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous




Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



93%

*U10\_Skip\_Before*

If you did not use prescription pain relievers during your most recent pregnancy, go to Question #.

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

93%

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

Sí

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

## Social Services Including Home Visitation



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



V1

**Durante su embarazo más reciente, ¿recibió usted alguno de estos servicios?**

*Para cada opción, marque No o Sí.*

	No	Sí
Clases acerca de la crianza de los hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consejería por la depresión o la ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



V2\_V3\_Skip\_Before

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la pregunta #.

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

98%

V2

**Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de estos servicios?**

*Para cada opción, marque No o Sí.*

	No	Sí
Clases acerca de la crianza de los hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consejería por la depresión o la ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next







v3

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?*


- No
- Sí, solo yo utilizo los servicios de WIC
- Sí, tanto para mi nuevo bebé como para mí utilizamos los servicios de WIC
- Sí, solo para mi nuevo bebé utilizamos los servicios de WIC

Previous




Next



Attachment 10j – PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



86%

**V11**

**Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que *necesitó* alguno de los siguientes servicios?**


	No	Sí
SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consejería por problemas familiares y personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para reducir la violencia en mi hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para dejar de consumir drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia con la vivienda o el alquiler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**V11\_Other**


Por favor, díganos:




[Previous](#)   [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

87%

V13

¿Quién era la visitadora al hogar que fue a su hogar *durante* su embarazo más reciente?

Marque **TODAS** las que correspondan

- 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 Por favor, díganos:

[Previous](#) [Next](#)





87%

V14


***Durante su embarazo más reciente, ¿cuántas veces vino la visitadora al hogar a su hogar para ayudarle a aprender cómo prepararse para su nuevo bebé?***




- Una vez
- De 2 a 4 veces
- 5 veces o más

Previous

Next




Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

87%

**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, marque No o Sí.*




	No	Sí
Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacerme exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se hayan dado en mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La importancia de hacerse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguien me estaba causando daño emocional o físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amamantar o darle pecho a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi bienestar emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous
Next





Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



38%

V16

¿Cuál era la especialidad o profesión de la visitadora al hogar que vino a su hogar *desde que nació su nuevo bebé?*


Marque **TODAS** las que correspondan

- 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 Por favor, díganos:

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



88%

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, marque No o Sí.*

	No	Sí
Amamantar o darle pecho a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión posparto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres de recién nacidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo llegar a un peso adecuado después del parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo dejar de fumar o evitar fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

88%

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, marque No o Sí.*

	No	Sí
¿Estuvo satisfecha con el tiempo que la visitadora al hogar pasaba con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Estuvo satisfecha con los consejos que recibió acerca de cómo cuidarse usted y a su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La comprensión y el respeto que le demostró?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





89%

V20

¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la visitadora al hogar que vino a su hogar *durante* su embarazo más reciente?

Para cada una, marque No o Sí.

	No	Sí
El tiempo que la visitadora al hogar pasaba conmigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El consejo que recibí acerca cómo cuidarme y a mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La comprensión y el respeto que me demostró	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





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




Sí


Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 80%

v22

**Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha ido una visitadora al hogar a su hogar para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar su nuevo bebé? Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, proveedora de atención médica, asistente de parto, trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las familias de bebés recién nacidos.**


No

Sí


Previous

Next




Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A.  
<https://www.cdc.gov/>



[Department of Health and Human Services](#)  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



80%

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 opción, marque No o Sí.*

	No	Yes
Durante mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante el nacimiento de mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde que nació mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

## Social Support Including Partner Experiences



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



W1

**Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado si 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 quedarse en cama por varias semanas?**


Marque **TODAS** las que correspondan




- Mi esposo(a) o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- Otra persona Por favor, díganos:
- Nadie me hubiera ayudado

Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

90%

W3


**Desde que nació su nuevo bebé, ¿quién le ayudaría si 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?**

Marque **TODAS** las que correspondan


- Mi esposo(a) o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- Otra persona Por favor, díganos:
- Nadie me hubiera ayudado




[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español


Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

90%

**W5**


**Las siguientes declaraciones son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindaron mientras estuvo embarazada.**

*Para cada una, marque No o Sí.*

	No	Sí
Tenía a alguien a quien podía acudir cuando me sentía sola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien con quien podía hablar acerca de cosas que son importantes para mí o acerca cómo me sentía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien con quien podía contar para que escuchara mis problemas, preocupaciones y miedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien que me demostraba amor y cariño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien que hacía cosas conmigo para poder relajarme o divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien con quien contar para que me prestara dinero para cosas como comida o facturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien que podía cuidar de mi(s) hijo(s) cuando necesitaba ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien que me podía ayudar con las tareas diarias si estaba enferma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía a alguien que podía llevarme al centro médico o al consultorio del médico si necesitaba transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous
Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

91%

**W6**

Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindan en este momento.

Para cada una, marque No o Sí.

	No	Sí
Tengo a alguien a quien puedo acudir cuando me siento sola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien con quien puedo hablar acerca de cosas que son importantes para mí o acerca de cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien con quien puedo contar para escuchar mis problemas, preocupaciones y miedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien que me demuestra amor y cariño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien que hace cosas conmigo para poder relajarme o divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien con quien puedo contar para que me preste dinero para cosas como comida o facturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien que puede cuidar de mi(s) hijo(s) cuando necesito ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien que puede ayudar con las tareas diarias si estoy enferma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo a alguien que puede llevarme al centro médico o al consultorio del médico si necesito transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





91%

*w7*

**¿Hacen sus vecinos alguna de las siguientes cosas?**


*Para cada una, marque No si no se aplica a sus vecinos o Sí si lo hace.*




	No	Sí
¿Se hacen favores uno al otro o se ayudan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se piden entre sí consejos acerca de asuntos personales como la crianza de los niños o la búsqueda de trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se visitan en sus hogares o en la calle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se vigilan la propiedad el uno al otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

91%

*w8*


Por favor dígame cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda con su esposo(a) o pareja.

- Vive conmigo todo el tiempo
- Vive conmigo parte del tiempo
- No vive conmigo
- No tengo esposo(a) o pareja

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy | Español](#)



W9

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia su esposo(a) o pareja le da a usted ánimo y apoyo emocional?*

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- No tengo esposo(a) o pareja

Previous

Next



92%

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?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next





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?


- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El papá u otro padre, normalmente no pasa tiempo con mi nuevo bebé




Previous


Next



## Oral Health

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 72%

Y3

*Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?*


No

Sí

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



*Y5\_Skip\_Before*

Si usted no tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante su embarazo, pase a la pregunta #.

Previous

Next





73%

Y5

**Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de problema tenía con sus dientes o encías?**

	No	Sí
Tuve una o más caries que necesité rellenar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dolían uno o más dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesité sacarme un diente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me lastimé la boca, los dientes o las encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve algún otro problema con mis dientes o encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Y5\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next







73%

Y6

¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental *durante* su embarazo más reciente?

Para cada opción, marque *No* o *Sí*.

	No	Sí
No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pensé que fuera seguro ir al dentista durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pude encontrar un dentista o una clínica dental cerca a la que pudiera ir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





74%

Y7

Las siguientes afirmaciones son acerca de los cuidados dentales *durante* su embarazo más reciente.

Para cada opción, marque *No* o *Sí*.


	No	Sí
Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un proveedor de atención dental u otro tipo de proveedor me habló acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabía que era seguro ir al dentista durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía seguro para pagar la atención dental durante mi embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Necesité</u> una consulta con un dentista por un <b>problema</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Fui</u> al dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Previous

Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention


 74%

*Y8\_Skip\_Before*


Si usted no tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante su embarazo, pase a la pregunta #.




[Previous](#) [Next](#)


Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 74%

Y8

¿Recibió usted tratamiento de un dentista u otro proveedor de atención médica por el problema dental que tuvo durante su embarazo?

No


Sí, recibí tratamiento durante mi embarazo

Sí, recibí tratamiento después de mi embarazo

Sí, recibí tratamiento durante y después de mi embarazo

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

## Intimate Partner Violence



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



52%

Z1

¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior hizo alguna de las siguientes cosas *durante* su embarazo más reciente?

*Para cada una, marque No o Sí.*

	No	Sí
Me amenazó o me hizo sentir insegura de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo(a) o pareja actual o anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





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, marque No o Sí.*

	No	Sí
Me amenazó o me hizo sentir insegura de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo(a) o pareja actual o anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





53%

Z8

**Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo(a) o pareja trató de evitar que usted usara su método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada? Por ejemplo, ¿escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?**

- No
- Sí

Previous

Next





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 una, marque No o Sí.*

	No	Sí
Durante los 12 meses antes de quedar embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde que nació mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next







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 una, marque No o Sí.*

	No	Sí
Mi esposo(a) o pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi ex esposo(a) o ex pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
State option (Otro miembro de la familia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
State option (Otra persona)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





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
- Sí
- No tenía una pareja en ese momento o mi pareja era del mismo sexo




Previous

Next



## Tobacco and Nicotine Product Use and Cessation

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



94%

AA1\_AA2\_AA3\_Skip\_Before

If you did not smoke at any time in the *3 months before* you got pregnant OR *during* your pregnancy, go to Question #.


Previous




Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

94%

AA1

*Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica le aconsejó que dejara de fumar?*


No

Sí

No recibí cuidado prenatal

Previous Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



94%

AA2

*Durante su embarazo más reciente, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparecen en la lista a continuación para dejar de fumar?*

	No	Si
Fijé una fecha específica para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usé un programa de mensajes de texto para que me ayudara a dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usé sitios web o aplicaciones para obtener ayuda para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usé redes sociales para obtener ayuda para dejar de fumar (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llamé a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistí a una clase o programa para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fui a consejería de ayuda para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilicé un parche, chicle, pastillas que se chupan, un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Tomé una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomé una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traté de dejar de fumar por mi cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AA2\_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next





94%

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, marque No o Sí.*

	No	Si
Dedicó tiempo para hablar conmigo acerca de cómo dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dio folletos, videos u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi cuenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me remitió o envió a consejería de ayuda para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preguntó si un familiar o un amigo(a) apoyaría mi decisión de dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me remitió o envió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me recomendó que usara o me recetó el chicle de nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me recomendó que usara o me recetó el parche de nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish


Me recomendó que usara o me recetó las pastillas de nicotina para chupar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me recetó un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me recetó una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para ayudarme a dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me recetó una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para ayudarme a dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>




Previous

Next





 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

95%

AA5


¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas acerca de 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 mi hogar
- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en todas partes dentro de mi hogar

Previous


Next




Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention


05%

AA6\_Skip\_Before


Si usted **no** fumó durante el **3 meses antes** del embarazo, pase a la pregunta #.




[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

05%

AA6


¿Dejó usted de fumar antes o durante su embarazo más reciente?

- No
- No, pero fumaba menos
- Sí, dejé de fumar antes de enterarme de que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar cuando me enteré de que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar cuando ya estaba embarazada


Previous

Next




Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



96%

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 mi hogar
- Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permite fumar en todas partes dentro de mi hogar

Previous


Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A






Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



98%


AA8

¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse usted, vivían en su hogar durante su embarazo más reciente?

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish


**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

98%


**AA9**  
¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse usted, viven en su hogar actualmente?




Previous Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention


97%

AA10\_Skip\_Before

Si usted no fumó durante el 3 meses antes del embarazo, pase a la pregunta #.

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



97%

AA10

¿Alguna de las siguientes cosas le dificultaría dejar de fumar?

	No	Sí
El costo de los medicamentos o productos para ayudarme a dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo de las clases para ayudarme a dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miedo a aumentar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perder una manera en que controlo el estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras personas fumando a mi alrededor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antojos de un cigarrillo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión que empeora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad que empeora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra razón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

AA10\_Other

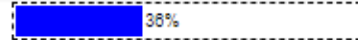
Por favor, díganos:

Previous

Next



## Experiences of Discrimination and Racism



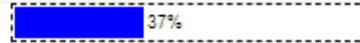
BB1

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?

- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next



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?***

- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

37%

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?*

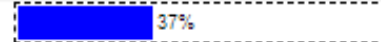
- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Road, NE Atlanta, GA 30333 USA

Department of Health and Human Services  
Washington, DC 20492 USA



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?

	No	Sí
Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi estado de discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi estatus de inmigración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis ingresos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sexo o género	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi religión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi idioma o acento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tipo de seguro médico que tengo o porque no tengo seguro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

## Physical Activity



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



75%

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.

- 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
- Mi proveedor de atención médica me dijo que no hiciera ejercicio

Previous

Next







75%

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?

- 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
- Mi proveedor de atención médica me dijo que no hiciera ejercicio




Previous

Next



## Reproductive History

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



83%

FF1

Durante los **12 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?

No

Sí

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



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?


- 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

Previous




Next



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



83%

FF5

Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?


No

Sí

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



84%

FF6

El bebé que tuvo *justo antes* del recién nacido, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?

- No
- Sí

Previous

Next





FF7

¿El bebé que tuvo *justo antes* del recién nacido, nació *más* de 3 semanas antes de la fecha prevista para el parto?

- No
- Sí

Previous

Next



## Demographic Information

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

34%

*II*

¿Cuánto subió de peso *durante* su embarazo más reciente?

Marque *UNA* respuesta

Aumenté:

Libras

Kilos


No subí de peso durante mi embarazo




Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

34%

**How tall are you without shoes on?**

*Feet*  
**Feet**

---

*Inches*  
**Inches**

---

*Centimeters*  
**... or centimeters**

---

*RDK*


**Don't know**

**Refused**

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

35%

113

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

Marque *UNA* respuesta

libras **O Libre**

kilos **Kilos**

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

35%

114

¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

## Alcohol Consumption



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



24%

JJ1

En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?

- 6 o más veces
- 4 a 5 veces
- 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

Previous

Next





24%

JJ2

En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?

- 6 o más veces
- 4 a 5 veces
- 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

Previous

Next





*JJ3\_Skip\_Before*  
**If you didn't have any alcoholic drinks during the last 3 months of your pregnancy, go to Question #.**

Previous

Next



*JJ3\_Skip\_Before*

**If you didn't have any alcoholic drinks during the last 3 months of your pregnancy, go to Question #.**

Previous

Next





JJ5

En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 o más bebidas a la semana
- 8 a 13 bebidas a la semana
- 4 a 7 bebidas a la semana
- 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

Previous

Next





25%

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
- Sí

Previous

Next





## Disaster and Emergency Preparedness

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

36%

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

Sí

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

**CDC** Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

36%

**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

Sí

Previous Next



38%

KK4

**A continuación, tenemos una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre.**

*Para cada opción, marque No, si no es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre, o Sí, si lo ha hecho.*

	No	Sí
Tengo un lugar de encuentro con mis familiares (diferente a la hogar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi familia y yo hemos practicado qué hacer en caso de un desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo un plan acerca de cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo un plan de evacuación si necesito salir de mi hogar y mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo un plan de evacuación para mi hijo o hijos en caso de un desastre (permiso para que mi hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de mi hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo suministros de emergencia en mi hogar para mi familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en hogar para llevar conmigo en caso de que tenga que salir rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next

## Maternal Childhood Experiences



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



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 opción, marque No o Sí. Antes de cumplir los 18 años...

	No	Sí
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, con enfermedad mental o suicida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Vivió con alguien que tenía un problema con el consumo de alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Fue separada de un padre o tutor legal porque fue a la cárcel, prisión o centro de detención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sus padres u otros adultos en su hogar se abofeteaban, golpeaban, pateaban, pegaban o golpeaban entre sí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Un padre u otro adulto en su hogar la golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguno de sus padres u otro adulto en su hogar la insultó o menospreció?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antes de cumplir los 18 años...</b> ¿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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 10j – PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

<b>Antes de cumplir los 18 años...</b> ¿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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antes de cumplir los 18 años...</b> ¿Sintió que fue tratada mal o injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez sintió que la trataron mal o injustamente porque es o porque la gente pensaba 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Vio usted a alguien ser atacado físicamente, golpeado, apuñalado o que le dispararan en su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Estaban sus padres o tutores legales divorciados o separados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





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 opción, marque No o Sí. Antes de cumplir los 18 años...


	No	Sí
¿Se sentía que podía hablar con un adulto en su familia u otro adulto que se preocupara por usted acerca de sus sentimientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sentía que podía hablar con un amigo acerca de sus sentimientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tuvo un sentido de pertenencia en la escuela secundaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>




Previous


Next



## Disability

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 35%

002


Debido a una afección o condición de salud física, mental o emocional, ¿tiene dificultades cuidando de usted misma o de su recién nacido?

No

Sí

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A



Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)



## Sexual Orientation and Gender Identity



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



84%

PP1

¿Cómo describiría su género?

- Femenino
- Masculino
- Hombre trans o transgénero
- "Genderqueer" o de género no conforme
- Prefiere autodescribirlo Por favor, díganos:

Previous

Next





PP2

¿Cómo describiría su orientación sexual?


- Heterosexual
- Lesbiana o gay
- Bisexual
- Prefiere autodescribirla Por favor, díganos:




Previous


Next



## Natural Disaster Module

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 99%

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




Sí


Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention




*KK6*

**¿Cómo describiría usted los daños a su hogar causados por el desastre?**

- Mi casa no se dañó
- Mi casa tuvo daños menores, pero las áreas de residencia eran aun habitables
- Mi casa tuvo daños mayores
- Mi casa fue destruida

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



KK7

¿Experimentó usted algunas de las siguientes cosas por causa del desastre?

	No	Yes
Usted sintió que su vida estaba en peligro cuando ocurrió el desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted se lesionó o enfermó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algún miembro de su casa se lesionó o enfermó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted caminó a través de los escombros o del agua de inundación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted estuvo sin electricidad por una semana o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien cercano a usted murió en el desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted vio morir a alguien en el desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted estuvo viviendo en una vivienda temporal o en condiciones a las que no estaba acostumbrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted perdió pertenencias personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Attachment 10j – PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish




Usted tuvo que separarse de seres queridos con quienes se siente cercana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted tuvo problemas para obtener servicios o ayuda del gobierno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted tuvo problemas lidiando con seguros o agencias de ayuda en casos de desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted tuvo problemas para obtener agua potable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted se sintió insegura por causa de la falta de orden y seguridad después del desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Previous](#)

[Next](#)



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

99%


KK8

Desde el desastre, ¿dónde buscaba PRIMERO para información confiable sobre el desastre y los esfuerzos de limpiar y recuperar?




- 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, escribala:**
- Otra fuente **Por favor, escribala:**


[Previous](#) [Next](#)





Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention





KK9

Desde 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?

- 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

Previous

Next







KK10

¿Usted o cualquier otro miembro de su hogar recibió alguno de los siguientes tipos de ayuda como parte de los esfuerzos de recuperación?




	No	Yes
Comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refugio o un lugar para quedarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda financiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de transportación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



KK11

Desde 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  
 Sí




Previous


Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy | Español](#)

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 99%


*KK12*  
**¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?**

No

Si

[Previous](#) [Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español



KK13

¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera los servicios de salud mental que necesitaba después del desastre?

- No era seguro viajar por las condiciones de las calles
- Estaba enferma o se lesionó y no pudo viajar
- Tenía miedo de irme del lugar donde me estaba quedando
- No sabía dónde podría recibir los servicios
- Servicios no estaban disponibles por el daño de las clínicas por causa del desastre
- No podía conseguir una cita cuando quería
- Me preocupaba lo que pensara la gente si yo fuera
- No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por los servicios
- No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela


Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish




- No tenía quién cuidara a mis hijos u otros miembros de la familia
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- Otra **Por favor, escribala:**


[Previous](#)

[Next](#)



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 00%

**KK14**

Desde que ocurrió el desastre, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitara?

	No	Yes
Alguien que me preste \$50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que me ayude si estuviese enferma y necesitara quedarme en cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien pueda hablar sobre mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Previous](#) [Next](#)



Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish



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
- Sí

Previous

Next





Attachment 10j - PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Web Module - Spanish

00%


**KK16**




Antes del desastre, ¿había hecho alguna de las siguientes cosas para prepararse ante un desastre? Para cada uno, marque No, si no es algo que había hecho para prepararse ante un desastre, o Si, si lo había hecho.

	No	Yes
Tenía un lugar de encuentro con mis familiares (diferente a la casa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted y su familia habían practicado qué hacer en caso de un desastre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía un plan sobre cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía un plan de evacuación si necesito salir de la casa y su comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre (permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de su casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía suministros de emergencia en mi casa para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía suministros de emergencia en su auto, en su trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Previous](#) [Next](#)

## Environmental Exposures

 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

00%

**NN1**

**Durante su embarazo *más reciente*, ¿con qué frecuencia consumió grandes cantidades de róbalo, atún, tiburón, caballa o verdel, o pez espada?**

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 consumí esos pescados durante mi embarazo

[Next](#)

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

 Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

Progress bar showing 00%

NW2

**¿Dónde obtuvo las grandes cantidades de róbalo, atún, tiburón, caballa o pez espada que consumió durante su embarazo?**

Marque **TODAS** las opciones que correspondan

- En la tienda de comestibles o supermercado
- En un mercado de pescados y mariscos, una pescadería o un mercado agrícola
- En un restaurant
- Los pescó usted o alguien más del mar
- Los pescó usted o alguien más en un río, riachuelo, lago o estanque local
- Los pescó usted o alguien más de uno de los Grandes Lagos de los EE. UU.
- Otro **Please tell us:**

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
Vulnerability Disclosure Policy | Español

99%

**NN3**

**Durante su embarazo más reciente, ¿usó o tuvo contacto con alguno de los siguientes productos todos los días o la mayoría de los días en su casa o durante su trabajo?**


*En cada caso, marque No, si no lo usó todos los días, o Sí, si lo usó.*




	No	Yes
Desengrasantes fuertes como limpiadores de hornos o desengrasantes potentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpiador de muebles o betún de zapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Productos blanqueadores o con cloro sin tener buena ventilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ropa lavada en seco recientemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambientadores o desodorantes ambientales, incluidos los que se enchufan en los tomacorrientes, o incienso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perfume o desodorante con olor fuerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pintaúñas con olor fuerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Previous

Next



 Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

 00%

**NN4**

**Durante su embarazo más reciente, en promedio, ¿con qué frecuencia consumió alimentos que calentó en recipientes plásticos en el microondas?**

- 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

[Previous](#) [Next](#)





NN5

Durante alguna de sus visitas de control prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le hablaron sobre alguna de las cosas enumeradas abajo?

	No	Yes
a. Cómo puede afectar a mi bebé mi exposición al plomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Cómo puede afectar a mi bebé el uso de pesticidas, que son sustancias químicas que matan insectos, roedores o malezas, durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

99%

**NN6**

**Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo responder las preguntas sobre las exposiciones ambientales?**

- No
- Sí
- No preguntó mi profesional de salud ninguna pregunta sobre las exposiciones ambientales
- No tuve ninguna preocupación sobre las exposiciones ambientales

Previous

Next

Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Rd, Atlanta, GA 30333, U.S.A

Department of Health and Human Services  
[Vulnerability Disclosure Policy](#) | [Español](#)