

---

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

## Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

---

Phase 8 Core Mail Questionnaire – Spanish

Cuestionario Correo Básico De La Fase 8 – En Español

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-35 minutos por respuesta , incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-1273).

---

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

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

\_\_\_\_Pies Y \_\_\_\_Pulgadas

Centímetros

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

Libras

Kilos

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

Mes/Día/Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su *nuevo* bebé.

**Insertion point for Standard question FF5-FF7, FF4, K1**

**Insertion point for Standard question L26, L10**

4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión
- c. Depresión

**Insertion point for Standard question L11**

5. 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

**Insertion point for Standard question G8**

6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

No → Pase a la Pregunta 9

Sí

7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia

Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra

Consulta para una enfermedad o condición crónica

Consulta para una herida

Consulta para planificación familiar o anticonceptivos

Consulta para depresión o ansiedad

Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental

Otra → Por favor escríbala: \_\_\_\_\_

8. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron o **Sí**, si lo hicieron.

No      Sí

- a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico
- b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable
- c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta
- d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos
- e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo
- f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo

Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

- g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis
- h. Me preguntó si fumaba cigarrillos
- i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
- j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida
- k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago
- l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)

**Insertion point for Standard question L30, L18**

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

- 9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted? Marque TODAS las que correspondan**

Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Seguro médico privado de mis padres

Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

Medicaid (required: state Medicaid name)

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*

*State option (TRICARE u otro seguro médico militar)*

*State option (IHS o tribal)*

Otro tipo de seguro médico → Por favor escríbalo:

No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

**Insertion point for Standard question(s) DD4, DD5, DD6, DD7**

10. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*? Marque TODAS las que correspondan

No recibí cuidado prenatal → Pase a la Pregunta

Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Seguro médico privado de mis padres

Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

Medicaid (required: state Medicaid name)

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*

*State option (TRICARE u otro seguro médico militar)*

*State option (IHS o tribal)*

Otro tipo de seguro médico → Por favor escríbalo:

No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

**Insertion point for Standard question(s) DD8, DD9, DD10, DD11**

**Insertion point for Standard question(s) DD12, DD13, DD14, DD15, DD16**

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*? Marque TODAS las que correspondan

Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Seguro médico privado de mis padres

Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)

Medicaid (required: state Medicaid name)

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*

Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

*State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*

*State option (TRICARE u otro seguro médico militar)*

*State option (IHS o tribal)*

Otro tipo de seguro médico → Por favor escríbalo:

No tengo ningún seguro médico *ahora*

**Insertion point for Standard question(s) DD17, DD18, DD19, DD20, DD21**

**12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Marque UNA respuesta**

No quería quedar embarazada en ese momento, sino después

Hubiera querido quedar embarazada más pronto

Quería quedar embarazada en ese momento

No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca

No estaba segura de que quería

**Insertion point for Standard question(s) Q4, E5,E6,E7,E3**

**Insertion point for Standard question(s) E5, Q7, A1, A2, A4, A5**

**DURANTE EL EMBARAZO**

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

Insertion point for Standard question R19

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

Semanas

Meses

No recibí cuidado prenatal → Pase a la Pregunta X

Insertion point for Standard question(s) R20, R21

Insertion point for Standard question R15

Insertion point for Standard question(s) R22, R6 – R12, R14, R16

14. *Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación?* Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron o **Sí**, si le preguntaron.



Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

No      Sí

- a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo
- b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas
- c. Si yo estaba fumando cigarrillos
- d. Si yo estaba tomando alcohol
- e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
- f. Si me sentía decaída o deprimida
- g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth
- h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)
- i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé
- j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé

**Insertion point for Standard question R17, R18, R13, K4**

**Insertion point for Standard question(s) R1**

**Insertion point for Standard question(s) I8, I9, I3**

**Insertion point for Standard question G5, G1-G4**

**15. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?**

No  
Sí

16. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza? Marque UNA respuesta

No → Pase a la Pregunta X

Sí, antes de mi embarazo

Sí, durante mi embarazo

Insertion point for Standard question(s) L19, L14, L15, L24

17. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

No

Sí

Insertion point for Standard question(s) Y7, Y5, Y8, Y6

Insertion point for Standard question(s) R23, V21, V13, V14, V15, V20, V22

Insertion point for Standard question(s) B12, B7, B8, B4

18. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- a. Diabetes gestacional (diabetes que **comenzó** durante este embarazo)
- b. Alta presión sanguínea (que **comenzó** durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia
- c. Depresión

Insertion point for Standard question(s) N6, N7, M9, M8, L4-L7

Insertion point for Standard question N9, N8B, N8C, N1-N4

Insertion point for Standard question(s) N5, EE3

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

No → Pase a la Pregunta x

Sí

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

41 cigarrillos o más

De 21 a 40 cigarrillos

De 11 a 20 cigarrillos

De 6 a 10 cigarrillos

De 1 a 5 cigarrillos

Menos de 1 cigarrillo

No fumaba en ese entonces

21. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

41 cigarrillos o más

De 21 a 40 cigarrillos

De 11 a 20 cigarrillos

De 6 a 10 cigarrillos

De 1 a 5 cigarrillos

Menos de 1 cigarrillo

No fumaba en ese entonces

Insertion point for Standard question(s) AA1, AA3

Insertion point for Standard question(s) AA2, AA12, AA6, AA10

Insertion point for Standard question(s) AA8, AA5

22. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

41 cigarrillos o más

De 21 a 40 cigarrillos

De 11 a 20 cigarrillos

De 6 a 10 cigarrillos

De 1 a 5 cigarrillos

Menos de 1 cigarrillo

No fumo ahora

**Insertion point for Standard question(s) AA9, AA7, U1, U2**

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.**

**E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. **No es lo mismo** que una e-hookah o hookah pen.

23. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los *últimos 2 años*? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

No      Sí

- a. E-cigarillos (cigarillos electrónicos)\_u otros productos electrónicos con nicotina
- b. Hookah
- c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé
- d. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros

**Si usted usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta x. Sino, pase a la Pregunta y.**

**24. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

Más de una vez al día

Una vez al día

2-6 días a la semana

Un día a la semana o menos

No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**25. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

Más de una vez al día

Una vez al día

2-6 días a la semana

Un día a la semana o menos

No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.**

Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

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

No → Pase a la Pregunta x

Sí

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

14 ó más bebidas a la semana

De 8 a 13 bebidas a la semana

De 4 a 7 bebidas a la semana

De 1 a 3 bebidas a la semana

Menos de 1 bebida a la semana

No tomaba en ese entonces

**Insertion point for Standard question(s) JJ1, JJ3, JJ2**

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

**Insertion point for Standard question(s) P19, P14, P17, P15-P16**

**Insertion point for Standard question(s) BB1, Z7**

28. En los 12 meses *antes de quedar embarazada* de 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 persona, marque **No** si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

No      Sí

- a. Mi esposo o pareja
- b. Mi ex esposo o ex pareja
- c. *State option (Otro miembro de la familia)*
- d. *State option (Otra persona)*

**Insertion point for Standard question(s) Z14**

29. Durante su *embarazo más reciente*, ¿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 persona, marque **No** si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

No      Sí

- a. Mi esposo o pareja
- b. Mi ex esposo o ex pareja
- c. *State option (Otro miembro de la familia)*
- d. *State option (Otra persona)*

**Insertion point for Standard question(s) Z1**

**DESPUÉS DEL EMBARAZO**



Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

Insertion point for Standard question(s) K13, K14

Insertion point for Standard question(s) K5

30. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

Mes/Día/Año

Insertion point for Standard question(s) K9-K10 K8, K3, K7, K6

Insertion point for Standard question(s) K12, K15, II1

Insertion point for Standard question(s) K11, K16

31. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

Menos de 24 horas (menos de 1 día)

De 24 a 48 horas (1 a 2 días)

De 3 a 5 días

De 6 a 14 días

Más de 14 días

Mi bebé no nació en un hospital

Mi bebé todavía está en el hospital → Pase a la Pregunta x

32. ¿Su bebé está vivo?

No → *Lamentamos mucho su pérdida* Pase a la Pregunta x

Sí

33. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

No → Pase a la Pregunta x

Sí

**Insertion point for Standard question B9**

34. *Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?* Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

	No	Sí
a. Mi doctor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Una enfermera, partera o dóula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una especialista o asesora en lactancia materna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Familiares o amigas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

Por favor escríbala: \_\_\_\_\_

35. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

No → Pase a la Pregunta x

Sí

**Insertion point for Standard question B1, B13**

36. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

No

Sí → Pase a la Pregunta x

37. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Menos de 1 semana

Semanas

Meses

Insertion point for Standard question B14-B16, B2, B3, B10, B11, B5, B6

Insertion point for Standard question(s) H2, H6, H7, H5, H1, H3, H4

Insertion point for Standard question(s) S13

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página #, Pregunta X.

38. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma? Marque UNA respuesta

De lado

Boca arriba

Boca abajo

39. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca → Pase a la Pregunta X

40. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme usted?

No  
Sí

**41. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo usualmente durmió su nuevo bebé en las últimas 2 semanas?** Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o “pack and play” .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir ( <i>sleeping sack</i> ) o saquito cobertor                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna ( <i>bumper pads</i> ) transpirables o no transpirables..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**42. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las siguientes cosas?** Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o “pack and play”..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la una cuna o cama de mi bebé en mi cuarto                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé...          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Insertion point for Standard question(s) X10, X6**

**Insertion point for Standard question(s) X3, X5**

**Insertion point for Standard question(s) X9, X7, X8**

**Insertion point for Standard question(s) X1–X2, X4,**

**Insertion point for Standard question(s) X11–X12**

**Insertion point for Standard question(s) T4–T5**

**Insertion point for Standard question(s) T1, T3, T2**

**Insertion point for Standard question(s) T8, T6, T7**

**Insertion point for Standard question(s) V22, V16-V19**

43. **¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?** Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí → Pase a la Pregunta X

44. **¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?** Marque TODAS las que correspondan

Quiero quedar embarazada

Estoy embarazada ahora

Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio

No quiero usar ningún método anticonceptivo

Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos

No estoy teniendo relaciones sexuales

Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo

Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos

Otra → Por favor escríbala:

Si usted o su esposo o pareja **no está** haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta x.

Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

45. **¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?**  
Marque TODAS las que correspondan

Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure<sup>®</sup>)

Vasectomía (esterilización masculina)

Píldoras anticonceptivas

Condomes

Inyecciones (Depo-Provera<sup>®</sup>)

Parche anticonceptivo (OrthoEvra<sup>®</sup>) o Anillo vaginal (NuvaRing<sup>®</sup>)

IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena<sup>®</sup>, ParaGard<sup>®</sup>, Liletta<sup>®</sup> o Skyla<sup>®</sup>)

Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon<sup>®</sup> o Implanon<sup>®</sup>)

Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)

El hombre se retira

No tener relaciones sexuales (abstinencia)

Otro → Por favor, escríbalo:

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

No → Pase a la Pregunta X

Sí

Insertion point for Standard question(s) L27, L29

47. **Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

**No    Sí**

- a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico
- b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo
- c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez
- d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz
- e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones
- f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)
- g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos
- h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente
- i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida
- j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes

**Insertion point for Standard question(s) L28**

**Insertion point for Standard question O4-O6, O1-O3**

48. **Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca



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

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

Insertion point for Standard question(s) M6, M5, M11, M10

Insertion point for Standard question(s) M12, M21, M16, M15, M20, M19

Insertion point for Standard question(s) Z13, Z2

#### **OTRAS EXPERIENCIAS**

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

[STATE-SPECIFIC SECTION (Standards without insertion points and state-developed questions)]

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

Insertion point for Standard question(s) P18

**50. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

De 0 a \$16,000

De \$16,001 a \$20,000

De \$20,001 a \$24,000

De \$24,001 a \$28,000

De \$28,001 a \$32,000

De \$32,001 a \$40,000

De \$40,001 a \$48,000

De \$48,001 a \$57,000

De \$57,001 a \$60,000

De \$60,001 a \$73,000

De \$73,001 a \$85, 000

\$85,001 ó más

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

Número de Personas

**52. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

Attachment 8b – PRAMS Livebirth Phase 8 Core Mail Questionnaire - Spanish

Mes/Día/Año

**Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de \_\_\_\_\_.**

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!***

***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de***

***-----.***