



Centers for Birth Defects Research and Prevention  
Birth Defects Study To Evaluate Pregnancy exposures (BD-STEPS)  
Computer-Assisted Telephone Interview

---

## Questionnaire Version 11.0.0

For CATI version 8.1.X

### Spanish Translation

April 29, 2024

Se estima que la carga del público para reportar datos para esta recolección de información promedia los 55 minutos, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar la recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo estimado de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sus sugerencias para reducir la carga de tiempo, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0010).

## Table of Contents

|                                                            |       |
|------------------------------------------------------------|-------|
| OPENING STATEMENT:                                         | 4     |
| Section A: ESTABLISHING DATES                              | 4     |
| Section B: MULTIPLE GESTATION                              | 5     |
| Section C: PREGNANCY HISTORY                               | 6     |
| Section D: FAMILY HISTORY                                  | 9     |
| Section E: FERTILITY                                       | 10sct |
| MATERNAL HEALTH INTRODUCTION                               | 17    |
| Section F: DIABETES                                        | 17    |
| Section G: CANCER                                          | 25    |
| Section H: HEART PROBLEMS                                  | 26    |
| Section I: THYROID DISEASE                                 | 37    |
| Section J: ASTHMA                                          | 43    |
| Section K: EPILEPSY                                        | 54    |
| Section L: MIGRAINE                                        | 59    |
| Section M: AUTOIMMUNE DISEASE                              | 65    |
| Section N: TRANSPLANT RECEIPT                              | 74    |
| Section O: DEPRESSION / ANXIETY                            | 78    |
| Section P: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) | 83    |
| Section Q: CHRONIC DISEASE CATCH-ALL QUESTION              | 89    |
| Section R: FEVERS                                          | 92    |
| Section S: GENITOURINARY INFECTIONS                        | 95    |
| Section T: INFECCIONES                                     | 100   |
| Section U: INFORMACIÓN SOBRE VIAJES                        | 107   |
| Section V: MEDICATIONS / HERBALS / VITAMINS                | 111   |
| Section W: STRESS                                          | 145   |
| Section X: PHYSICAL ACTIVITY                               | 147   |
| Section Y: OBESITY                                         | 150   |
| Section Z: DENTAL PROCEDURES                               | 154   |
| Section AA: TABAQUISMO                                     | 160   |
| Section BB: MARIJUANA                                      | 161   |

BD-STEPS II CATI  
*Spanish Translation*  
(Matches 4/3/24 English version)

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| Section CC: ALCOHOL.....                          | 163 |
| Section DD: RESIDENCE HISTORY.....                | 165 |
| Section EE: MATERNAL OCCUPATION.....              | 166 |
| Section FF: RACE / ACCULTURATION / EDUCATION..... | 168 |
| Section GG: INSURANCE STATUS.....                 | 172 |
| Section HH: CLOSING.....                          | 173 |
| Section II: INTERVIEWER REMARKS.....              | 179 |

## OPENING STATEMENT:

En esta encuesta le haré preguntas acerca de su familia, su salud, sus hábitos de vida. Las preguntas cubren muchos temas porque no sabemos las causas de la mayoría de los defectos de nacimiento. Estudiaremos las respuestas de miles de madres con la esperanza de descubrir algo nuevo acerca de las causas de los defectos de nacimiento. Puede estar segura de que sus respuestas se mantendrán en confidencialidad.

ENTER DATE OF CONSENT: MM/DD/YYYY (TODAY'S DATE IF UNKNOWN)

## Section A: ESTABLISHING DATES

NOTE: THE WORDING FOR TABS AND STILLBIRTHS ARE THE SAME.

Voy a hacerle muchas preguntas sobre el periodo antes y mientras estaba embarazada [TAB: de [NOIB]; afectado por un defecto de nacimiento]. Pero antes, necesito que me diga algunas fechas.

A1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [NOIB]?; TAB: ¿En qué fecha terminó el embarazo afectado]?

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

A2. ¿Qué fecha le dio el médico o otro proveedor de atención médica como día de parto [de [NOIB]; TAB: del embarazo afectado]? Es decir, ¿cuándo se esperaba que naciera [ [NOIB]; TAB: el/la bebé]?  
[Note: IF MOM KNOWS DUE DATE, CATI WILL CALCULATE WHICH PREGNANCY MONTHS CORRESPOND WITH CALENDAR DATES. IF MOM DOES NOT KNOW DUE DATE, USE THE EDD RECORDED IN THE TRACKING DATABASE TO CALCULATE DATES.]

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY  
→ IF NOIB IS TAB OR STILLBIRTH, SKIP TO A6

A3. ¿Aún vive [NOIB]?

- a. YES → SKIP TO A6
- b. NO → CONTINUE TO A4
- c. DK → SKIP TO A6
- d. RF → SKIP TO A6

A4. ¿De qué murió él/ella? IF NEEDED, ASK THE MOTHER TO BE AS SPECIFIC AS POSSIBLE

a. SPECIFY: \_\_\_\_\_ DK RF

A5. ¿Qué edad tenía él/ella cuando murió? NOTE: IF THE BABY LIVED LESS THAN 24 HOURS, THE RESPONSE LESS THAN 1 DAY CAN BE RECORDED AS 1 DAY.

a. AGE: \_\_\_\_\_ DK RF

i. UNITS: \_\_\_\_\_ (DÍAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)

A6. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de usted? (MOTHER'S)

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

A7. Me gustaría preguntarle acerca del padre natural o biológico [TAB: de [NOIB]/el/la/bebé]. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? [PROBE: IF DK: ¿Usted no sabe la fecha de nacimiento o no conoce el padre biológico?]

a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY

b. DK WHO FATHER IS

## Section B: MULTIPLE GESTATION

B1. En [TAB: su embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo afectado], ¿cuántos bebés llevaba en el vientre? PROBE: ¿Llevaba en el vientre un solo bebé, gemelos (mellizos) o más bebés?

a. Number: \_\_\_\_\_

i. IF 1 (SINGLE BABY) → SKIP TO NEXT SECTION

ii. IF  $\geq 2$  (TWINS OR HIGHER ORDER MULTIPLE) → CONTINUE TO B2; IF TAB: SKIP TO NEXT SECTION

iii. DK → SKIP TO NEXT SECTION

iv. RF → SKIP TO NEXT SECTION

B2. ¿El otro bebé sigue vivo/los otros bebés siguen vivos?

a. Sí, todos los otros bebés están vivos

b. Algunos bebés están vivos, otros no

c. No, ningún otro bebé está vivo

d. DK

e. RF

B3. ¿Además del bebé del que ya hablamos, qué era el sexo del [B1=2: otro; B1 > 2: [1er, 2o, etc.] otro] bebé?[RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY]

a. Niña

b. Niño

c. Indeterminado

d. DK

e. RF

B4. ¿Fue este bebé afectado por un defecto de nacimiento? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY]

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

B5. ¿Cuál fue el defecto de nacimiento? ¿Alguna otra cosa? [RECORD FOR EACH ADDITIONAL BABY] [PROBE: IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS PROVIDED IN QxQ]

- a. DEFECT (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

B6. FOR SAME SEX TWINS ONLY: La siguiente pregunta es para determinar qué tanto se parecen sus gemelos. Hay tres opciones. ¿Diría usted que sus gemelos: [READ OPTIONS]

- a. Son/eran prácticamente idénticos, tan físicamente parecidos como "dos gotas de agua";  
o
- b. Tan parecidos como hermanos o hermanas típicos de la misma edad; o
- c. No se parecen mucho?
- d. DK
- e. RF

## Section C: PREGNANCY HISTORY

Ahora voy a preguntarle sobre su experiencia con los embarazos.

C1. ¿ Antes [de [NOIB]; [TAB] del embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]], cuántas veces estuvo embarazada, incluyendo los embarazos que hayan terminado en aborto espontáneo, parto muerto, aborto inducido u otro resultado?

- a. NUMBER: \_\_\_\_\_
  - i. If 0 → SKIP TO THE NEXT SECTION
  - ii. If >0 → CONTINUE TO C2
- b. DK → SKIP TO THE NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO THE NEXT SECTION

C2. ¿Cuándo terminó el último embarazo antes [TAB: del [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YYYY OR
- b. Time period ago: \_\_\_\_\_
  - i. Años
  - ii. Meses
  - iii. Semanas

C3a. ¿Ese embarazo terminó en un nacido vivo? [IF A MULTIPLE PREGNANCY HAD AT LEAST ONE FETUS BORN LIVE, SELECT YES]

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 2/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2
- b. NO → CONTINUE TO C3b
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a = 1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2

C3b. ¿Ese embarazo terminó en un (READ CATEGORIES: parto muerto, aborto inducido, aborto espontáneo o algún otro desenlace clínico)? IF 2 OR MORE OUTCOMES IN 1 PREGNANCY SELECT OTHER

- a. Parto muerto → CONTINUE TO C4
- b. Aborto inducido → CONTINUE TO C4
- c. Aborto espontáneo → CONTINUE TO C4
- d. OTRO, ESPECIFIQUE: → CONTINUE TO C4
- e. DK → SKIP TO C4/NEXT SECTION
- f. RF → SKIP TO C4/NEXT SECTION

C4. IF REPORTING ANY OUTCOME BESIDES LIVE BIRTH: ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando terminó el embarazo? Por ejemplo, ¿qué semana o mes? [IF MORE THAN 1 OUTCOME AND OUTCOMES ENDED ON DIFFERENT DATES, RECORD THE LATEST DATE]

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ SKIP TO NEXT SECTION IF C1a=1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2
  - i. UNITS: \_\_\_\_\_ (DIAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)
- b. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION IF C1a=1/ SKIP TO C5b if C1a=2/ SKIP TO C5a IF C1a > 2

C5a. IF MORE THAN 1 PREVIOUS PREGNANCY: Ahora, me gustaria preguntarle sobre otros embarazos, empezando por el primero

C5b. INTERVIEWER, PLEASE ENTER IN (C1# - 1) BELOW

C5c. Did your [1<sup>st</sup>, etc] pregnancy end in a live birth?

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
- b. NO → CONTINUE TO C6
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

C6. ¿Ese embarazo terminó en (READ CATEGORIES): parto muerto, aborto inducido, aborto espontáneo o algún otro desenlace clínico)? [IF 2 OR MORE OUTCOMES IN 1 PREGNANCY ENTER IN OTHER]

- a. Parto muerto → CONTINUE TO C7
- b. Aborto inducido → CONTINUE TO C7
- c. Aborto espontáneo → CONTINUE TO C7
- d. OTRO, ESPECIFIQUE: → CONTINUE TO C7
- e. DK → CONTINUE TO C7
- f. RF → CONTINUE TO C7

C7. IF REPORTING ANY OUTCOME BESIDES LIVE BIRTH: ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando terminó el embarazo? Por ejemplo: ¿qué semana o mes? [IF MORE THAN 1 OUTCOME AND OUTCOMES ENDED ON DIFFERENT DATES, RECORD THE LATEST DATE]

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
  - i. UNITS: \_\_\_\_\_ (DÍAS, SEMANAS, MESES, TRIMESTRES)
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION/ASK ABOUT NEXT PREGNANCY

## Section D: FAMILY HISTORY

D1. ¿Tuvo usted algún problema de salud al nacer o algún defecto de nacimiento que haya sido diagnosticado en su niñez?

- a. YES → Continue to D2
- b. NO → Skip to D3
- c. DK → Skip to D3
- d. RF → Skip to D3

D2. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más? [PROBE: IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS PROVIDED IN QxQ]

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

D3. IF FATHER UNKNOWN, SKIP TO D5: ¿Tuvo el padre biológico o natural [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado] algún problema de salud al nacer o algún defecto de nacimiento que haya sido diagnosticado en su niñez?

- a. YES → Continue to D4
- b. NO → Skip to D5/next section
- c. DK → Skip to D5/next section
- d. RF → Skip to D5/next section

D4. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más? [PROBE: IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS PROVIDED IN QxQ]

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

D5. IF PREVIOUS PREGNANCIES REPORTED: ¿Alguno de [TAB: los hermanos o hermanas de [NOIB]; los] hermanos o hermanas tuvieron algún problema de salud al nacer o un defecto de nacimiento diagnosticado durante el embarazo o en la infancia? No incluya a medios hermanos o hermanastros. Incluya a los hermanos fallecidos y los embarazos anteriores que hayan terminado en un aborto espontáneo, parto muerto o aborto inducido.

- a. YES → Continue to D6
- b. NO → Skip to next section
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

D6. ¿Cuál fue/era el problema o defecto?/ ¿Algo más? [PROBE: IF CAN'T RECALL, READ FROM PROMPTS PROVIDED IN QxQ]

- a. DEFECT (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

## Section E: FERTILITY

Ahora tengo unas preguntas en particular sobre el embarazo [TAB: de NOIB; que terminó el [DOIB/DOPT]].

E1. ¿Cuánto tiempo estuvo tratando de quedar embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo afectado] antes de quedar embarazada? [READ OPTIONS]

- a. No estábamos intentando → Skip to E14b IF PREVIOUS PREGNANCIES; SKIP TO E15 IF NO PREVIOUS PREGNANCIES
- b. Menos de 6 meses
- c. 6 meses o más, pero menos de un año
- d. Un año o más, pero menos de 3 años
- e. 3 años o más, pero menos de 5 años
- f. 5 años o más, pero menos de 7 años
- g. 7 años o más
- h. DK
- i. RF

E2a. En los dos meses antes de quedar embarazada de [TAB:[NOIB];el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]] ¿usó fertilización in vitro, también conocida como la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, también conocida como ICSI, o la inseminación artificial para ayudar a quedar embarazada?

- a. YES → CONTINUE TO E2b
- b. NO → SKIP TO E9

- c. DK → SKIP TO E9
- d. RF → SKIP TO E9

E2b. ¿Qué procedimiento o procedimientos usaste? READ LIST (INDICATE ALL THAT APPLY):

- a. Fertilización in vitro o FIV
- b. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides o IICE
- c. Inseminación artificial
- d. DK -> SKIP TO E9
- e. RF -> SKIP TO E9

IF YES TO ONLY ONE PROCEDURE → SKIP TO E4

IF YES TO MORE THAN ONE PROCEDURE → CONTINUE TO E3

E3. ¿Cuál fue el último procedimiento que usó antes de quedar embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo afectado ]?

- a. Fertilización in vitro o FIV
- b. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides o IICE
- c. Inseminación artificial
- d. DK
- e. RF

E4. ¿Cuál fue la fecha de ese procedimiento?

- a. MM/DD/YYYY CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YYYY

E5. ¿Se usaron óvulos de algún donante, espermatozoides de algún donante, o embriones de algún donante el [DATE] / (IF UNSPECIFIED DATE) durante este último procedimiento)?

- a. YES → Continue to E6
- b. NO → Skip to E7
- c. DK → Skip to E7
- d. RF → Skip to E7

E6. ¿Cuáles se utilizaron? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Óvulos de una donante
- b. Espermatozoides de un donante
- c. Embrión de una donante
- d. DK
- e. RF

E7. ¿Se usaron óvulos congelados, espermatozoides congelados o embriones congelados el [DATE OF

PROCEDURE, ANSWER E4]?

- a. YES → Continue to E8
- b. NO → Skip to E9
- c. DK → Skip to E9
- d. RF → Skip to E9

E8. ¿Cuáles se utilizaron? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Óvulos congelados
- b. Esperma congelados
- c. Embriones congelados
- d. DK
- e. RF

E9. Durante los dos meses anteriores a quedar embarazada de [TAB: [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]], ¿tomó alguno de los siguientes medicamentos como ayuda para quedar embarazada?

- a. YES → ASK E9a
- b. NO → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b.
- c. DK → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b.
- d. RF → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b

E9a. ¿Tomaste Clomid o citrato de clomifeno?

- i. YES → ASK E10a
- ii. NO → ASK E9b
- iii. DK → ASK E9b
- iv. RF → ASK E9b

E9b. ¿Tomaste Letrozole/Femara?

- i. YES → ASK E10b
- ii. NO → ASK E9c
- iii. DK → ASK E9c
- iv. RF → ASK E9c

E9c. ¿Tomó alguna otro cosa?

- i. YES → ASK E9d
- ii. NO → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b
- iii. DK → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b
- iv. RF → IF E2a = YES SKIP TO E11. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = 0 SKIP TO E15. IF E2a = NO/DK/RF AND IF C1 = >0 SKIP TO E14b

E9d. ¿Que tomaste? IF CAN'T RECALL, READ LIST:

- i. Bromocriptine
- ii. Danazol
- iii. Danocrine
- iv. Depo-Provera
- v. Factrel
- vi. Lupron
- vii. Lutrepulse
- viii. Metrodin
- ix. Parlodel
- x. Pergonal
- xi. Pregnyl
- xii. Profasi HP
- xiii. Provera
- xiv. Serophene
- xv. Synarel
- xvi. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- xvii. DK
- xviii. RF

E10a. IF E9a = YES: ¿Cuántas pastillas de Clomid o citrato de clomifeno tomó al día en su último ciclo antes de quedar embarazada?

- a. NUMBER: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

GO BACK TO E9b

E10b IF E9b = YES: ¿Cuántas pastillas de Letrozole/Femara tomó al día en su último ciclo antes de quedar embarazada?

- a. NUMBER: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

GO BACK TO E9c

E11. IF REPORT ANY FERTILITY PROCEDURES OR MEDICATIONS: ¿Cuántos ciclos menstruales con tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) tenía usted antes de [TAB: quedar embarazada de [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]?

- a. 1 ciclo
- b. 2-3 ciclos
- c. 4-6 ciclos
- d. > 6 ciclos
- e. DK
- f. RF

E12. INDICATE ALL THAT APPLY IF REPORT ANY FERTILITY PROCEDURES OR MEDICATIONS: ¿Cuáles fueron los motivos para los tratamientos de fertilidad? ¿Fue...? [READ OPTIONS]

- a. Aflicción femenina, tales como bloqueo de las trompas de Falopio o síndrome de ovario poliquístico → CONTINUE TO E13
- b. Aflicción masculina, tales como conteo bajo o movilidad reducida de los espermatozoides → SKIP TO E14b IF PREVIOUS PREGNANCY REPORTED/E15 IF ONLY ONE PREGNANCY REPORTED
- c. No tiene pareja del sexo masculino → SKIP TO E14b/E15
- d. Sin explicación → SKIP TO E14b/E15
- e. DK → SKIP TO E14b/E15
- f. RF → SKIP TO E14b/E15

E13. IF REPORT FEMALE FACTOR: ¿Cuál fue la aflicción femenina? ¿Fue...? [READ OPTIONS; INDICATE ALL THAT APPLY]

- a. Bloqueo de las trompas de Falopio
- b. Síndrome de ovario poliquístico (SOP)
- c. Endometriosis
- d. Problemas de ovulación (períodos irregulares)
- e. OTHER, SPECIFY:
- f. DK
- g. RF

E14. IF PREVIOUS PREGNANCY REPORTED: ¿Alguna vez concibió un embarazo previo usando... [READ ALL, INDICATE ALL THAT APPLY]...

|       |                                                                    |     |    |    |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------|-----|----|----|----|
| E14b. | Pastillas estimulantes de la ovulación, tales como Clomid o Femara | YES | NO | DK | RF |
| E14c. | Inseminación artificial                                            | YES | NO | DK | RF |
| E14d. | Fertilización in vitro o FIV; o                                    | YES | NO | DK | RF |
| E14e. | Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides o IICE            | YES | NO | DK | RF |

E15. Durante el primer trimestre de su embarazo de [TAB: [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]], ¿tomó algún medicamento para prevenir complicaciones del embarazo o amenaza de pérdida del embarazo, como hormonas, esteroides o inyecciones?

- a. YES → CONTINUE TO E16
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

E16. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [LIST ALL. IF CAN'T RECALL, READ LIST: ¿Fue...?]

- a. Depo-Provera
- b. Sulfato de magnesio
- c. Progesterona
- d. Inmunoglobulina RHo (D)
- e. Rhogam
- f. Bloqueadores de los canales de calcio
- g. Esteroides
- h. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- i. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- j. RF → SKIP TO NEXT SECTION

E17. ¿Qué día del primer trimestre comenzó a usar [ANSWER] para prevenir complicaciones o la pérdida del embarazo? [FOR DAY CAN INDICATE BEGINNING, MIDDLE, OR END OF MONTH. CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY **OR**

- b. Mes del embarazo ( P1, P2, P3, T1)
- c. DK
- d. RF

E18. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER E16] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY **OR**
- b. Mes del embarazo ( P1, P2, P3, T1) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP TO E20
- c. DK
- d. RF

**OR**

E19. ¿Por cuánto tiempo lo tomó? Puede decir la cantidad de tiempo por día, por semana o por mes.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_
- i. Días
- ii. Semanas
- iii. Meses
- b. DK
- c. RF

E20. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER E16] en los primeros tres meses de su embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, o por mes o durante todo el período de 3 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

(THE FOLLOWING SPECIAL CODES ARE ALSO INCLUDED IN ALL THE RESPONSE OPTIONS FOR ALL MEDICATION FREQUENCY QUESTIONS:

- IV (Any) (includes IV Continuous and IV pump)
- Patch (worn continuously)
- Schedule varied/only as needed (NOTE: Only use this code as a last resort, and always **document what Subject said in a Comment.**)
- Tapering frequency (**document what Subject said in a Comment**)
- Per time period (Refers to the number of times Subject took a drug between the dates she reported.)

## MATERNAL HEALTH INTRODUCTION

En este momento y durante la entrevista le haré preguntas acerca de enfermedades que haya tenido y de varios tipos de medicamentos y remedios que haya usado. Muchas de estas preguntas se referirá al período de 4 meses, desde el mes anterior de su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo. Por favor, incluya todos los medicamentos recetados por un profesional médico y medicamentos que haya recibido sin receta, ya sea de tiendas, farmacias, amistades o parientes, y también hierbas o remedios caseros. Si usted completa el formulario de medicamento que enviamos con su paquete preliminar sería de gran ayuda de tenerlo con usted para estas preguntas. Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su salud.

### Section F: DIABETES

F1. ¿Alguna vez le informó algún médico o otro proveedor de atención médica que tenía diabetes, (incluso diabetes gestacional), a veces llamada diabetes mellitus o azúcar en la sangre?

- a. YES → CONTINUE TO F2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

F2. ¿Qué tipo de diabetes tenía o tiene actualmente usted? ¿Era (READ LIST)?

- a. Gestacional, es decir, solamente durante el embarazo
- b. Tipo I, llamada diabetes insulínica o juvenil
- c. Tipo II, llamada diabetes que no depende de insulina o diabetes del adulto
- d. DK
- e. RF

F3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez, diabetes relativo a [su embarazo de [NOIB]/ TAB: el embarazo afectado]? [READ LIST]

- a. ¿Antes de su embarazo, y no durante ningún otro embarazo?
- b. ¿Durante su embarazo previo?
- c. ¿Durante este embarazo?
- d. DK
- e. RF

IF F2=a, d, or e OR F3=b, c, d, e THEN SKIP TO F7 [ONLY ASK F4 if F2 = b or c AND F3=a]

F4. Antes o después de [su embarazo de NOIB]: TAB/STILLBIRTH: el embarazo afectado], ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO F5

- b. NO → SKIP TO F7
- c. DK → SKIP TO F7
- d. RF → SKIP TO F7

F5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO F7
- b. NO → GO TO F6
- c. DK → SKIP TO F7
- d. RF → SKIP TO F7

F6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_
- b. UNITS:
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
  - iv. Trimestre
- c. DK
- d. RF

F7. ¿Cómo se controló la diabetes y sus complicaciones durante el tiempo transcurrido entre el mes anterior a su embarazo y el final del tercer mes de embarazo? GIVE OPTIONS; INDICATE ALL THAT APPLY.

- a. Tomó medicinas u otros remedios → IF YES, CONTINUE TO F8 AFTER QUERYING F7b-F7d
- b. Modificó sus hábitos alimenticios → IF YES, ASK F19
- c. Controló su peso o el aumento de peso → IF YES, ASK F19
- d. Hizo otra cosa → IF YES, ASK F20
- e. NINGUNO DE LOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE → SKIP TO F22
- f. DK → SKIP TO F22
- g. RF → SKIP TO F22

F8. IF F7=a: ¿Qué medicamentos tomó?/¿Tomó algo más? LIST ALL. [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST. ¿Tomó usted...?]

- a. Actos
- b. Amaryl
- c. Byetta

- d. Diabeta
- e. Diabinese
- f. Glucophage
- g. Glucotrol
- h. Glucotrol XL
- i. Glumetza
- j. Glyburide
- k. Glynase PresTab
- l. Humalog
- m. Humulin N
- n. Humulin R
- o. Januvia
- p. Lantus
- q. Levemir
- r. Metformin HCL
- s. Micronase
- t. Novolog
- u. Novolin N
- v. Novolin R
- w. Onglyza
- x. Prandin
- y. Precose
- z. Starlix
- aa. Victoza
- bb. OTHER (SPECIFY)
- cc. DK → SKIP TO F19/F20 OR F21
- dd. RF → SKIP TO F19/F20 OR F21

F9. ¿Usó [DRUG, ANSWER F8] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO F13
- b. NO → CONTINUE TO F10
- c. DK → CONTINUE TO F10
- d. RF → CONTINUE TO F10

F10. ¿Cuándo comenzó a usar [DRUG, ANSWER F8] para la diabetes por primera vez durante este período? (For day can indicate beginning, middle, or end of month) [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

F11. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER F8] por ultima vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO F10 AND F11, SKIP F12
- c. DK
- d. RF

**OR**

F12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

F13. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER F8] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT \_\_\_\_\_
  - i. Por día
  - ii. Por semana
  - iii. Por mes
  - iv. Por período
- b. DK
- c. RF

F14. ¿Tomó la misma dosis de [DRUG, ANSWER F8] cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO F15
- b. NO → SKIP TO F16a
- c. DK → CONTINUE TO F15
- d. RF → CONTINUE TO F15

F15. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER F8] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO F19 (IF F7b OR F7c also=YES), OR  
→ SKIP TO F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES)  
→ SKIP TO F21a (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)  
→
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK or RF → SKIP TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES)  
OR F21a (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

**FOR EACH DRUG UNIT RESPONSE IN SECTION F THROUGH X, THESE ARE THE OPTIONS:**

- MICROGRAMOS
- MILIGRAMO(S)
- MILILITRO(S)
- CHUCHARADITA(S)
- CHUCHARADA(S)
- UNIDADES INTERNACIONALES
- PILDORA/CÁPSULA/CAPLET(S)
- SOPLO(S)
- GOTA(S)
- OTHER, SPECIFY
- DK, RF

F16a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

F16b. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER F8] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_

DK → SKIP TO F17

RF → SKIP TO F17

ii. UNITS: \_\_\_\_\_

DK

RF

F17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

F18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY OR → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- b. MONTH OF PREGNANCY (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO F17 AND F18, SKIP F18a. CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- c. DK → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)
- d. RF → CONTINUE TO F19 (IF F7b OR F7c=YES) OR F20 (IF F7b AND F7c=NO AND F7d=YES) OR F21 (IF F7b, F7c, AND F7d=NO)

**OR**

F18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

(ANSWER F16b – F18a FOR ALL DOSES REPORTED IN F16a)

F19. Para modificar sus hábitos alimenticios o controlar su peso durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿hizo usted lo siguiente...? [READ OPTIONS AND ASK: ¿Hizo alguna otra cosa?]

- a. ¿Siguió una dieta específica para la diabetes?
- b. ¿Se alimentó más sanamente, pero no siguió una dieta específica para la diabetes?
- c. ¿Hacer ejercicio?
- d. OTRA COSA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
- e. NO SABE

f. SE NEGÓ A RESPONDER

F20. IF F7d=YES: ¿Qué más hizo para controlarse la diabetes y sus complicaciones durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo?/ ¿Algo más?

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

F21a. IF F7a = YES: ¿Cada cuánto le funciono el tomarse medicamentos o otros remedios para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo?

[READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21b. IF F7b = YES: ¿Cada cuánto le funciono el modificar sus hábitos alimenticios para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? [READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21c. IF F7c = YES: ¿Cada cuánto le funciono el controlar su peso para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? [READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F21d. IF F7d = YES: ¿Cada cuánto le funciono [ACTIVITY TO MANAGE DIABETES, ANSWER F20] ([ACTIVITY TO MANAGE DIABETES, ANSWER F20]) para controlar su diabetes durante el mes anterior al embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo? [RE-WORD APPROPRIATELY IF F20 = DO NOT KNOW. READ OPTIONS.]

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Algunas veces
- d. Nunca o rara vez
- e. DK
- f. RF

F22. El análisis de glucohemoglobina o "A uno C" mide la concentración media de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses y por lo general fluctúa entre 5.0 y 13.9. Cuando se embarazó de [TAB: [NOIB]; el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]], ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le había revisado la glucohemoglobina o "A uno C"?

- a. YES → CONTINUE TO F23
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

F23. ¿Cuál era su nivel de "A uno C" cuando le hicieron el análisis en la ocasión más cercana a cuando quedó embarazada de [TAB: [NOIB]; el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]? PROBE: Si no puede recordar el número, ¿sabe si el número era normal o alto?

AMOUNT: \_\_\_\_\_/High/Normal/DK/RF

F24. ¿Cuándo le hicieron el análisis "A uno C"?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. RELATIVE TO PREGNANCY:
  - i. 1 mes a 3 meses antes del embarazo
  - ii. 4 meses a 6 meses antes del embarazo
  - iii. 6 meses a 1 año antes del embarazo
  - iv. Más de 1 año antes del embarazo
- c. DK
- d. RF

## Section G: CANCER

G1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica que usted tenía cáncer o un tumor de cualquier tipo?

- a. YES → CONTINUE TO G2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

G2. ¿Qué tipo de cáncer era? CAN ENTER MULTIPLE SITES IF APPLICABLE

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

G3. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron cáncer **por primera vez**?

- a. AGE: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

G4. ¿Cuál es el estado actual de su cáncer? (READ OPTIONS) IF MOTHER SAYS "IN PARTIAL REMISSION", RECORD AS 'ACTIVE'.

- a. Activo → SKIP TO NEXT SECTION
- b. En remisión → CONTINUE TO G5
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

G5. ¿Hace cuánto tiempo que está en remisión?

- a. TIME: \_\_\_\_\_
  - i. Años
  - ii. Meses
  - iii. Semanas
  - iv. Días
- b. DK
- c. RF

## Section H: HEART PROBLEMS

H1. ¿Tiene usted un problema cardíaco que ha estado presente desde su nacimiento? Por favor, no incluya los problemas que desaparecieron por sí solos. PROBE: Por favor, no incluya la arritmia, ya que hablaremos de ella más adelante.

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

H2. ¿Cuál es el problema?

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

H3. ¿Tomó usted algún medicamento o remedio para el [HEART PROBLEM, ANSWER H2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su (pregnancy with [TAB: [NOIB]; the pregnancy that ended on [DOIB/DOPT]])?

- a. YES → CONTINUE TO H4
- b. NO → SKIP TO H15
- c. DK → SKIP TO H15
- d. RF → SKIP TO H15

H4. ¿Qué tomó?/¿Algo más?

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO H15
- c. RF → SKIP TO H15

H5. ¿Usó [HEART PROBLEM, ANSWER H4] durante todo el período, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H9
- b. NO → CONTINUE TO H6
- c. DK → CONTINUE TO H6
- d. RF → CONTINUE TO H6

H6. ¿Cuándo comenzó a tomar [HEART PROBLEM, ANSWER H4] por primera vez durante este período?  
(For day can indicate beginning, middle, or end of month) [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H7. ¿Cuándo tomó [HEART PROBLEM, ANSWER H4] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H6 AND H7, SKIP H8
- c. DK
- d. RF

**OR**

H8. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_
- iv. Días
- v. Semanas
- vi. Meses
- b. DK
- c. RF

H9. ¿Con qué frecuencia tomó [HEART PROBLEM, ANSWER H4] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H10. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H11
- b. NO → SKIP TO H12
- c. DK → CONTINUE TO H11
- d. RF → CONTINUE TO H11

H11. ¿Qué dosis de [HEART PROBLEM, ANSWER H4] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO H15
- DK → SKIP TO H15
- RF → SKIP TO H15

- b. UNITS:\_\_\_\_\_ → SKIP TO H15  
DK → SKIP TO H15  
RF → SKIP TO H15

H12a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

H12b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER H4] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_  
DK → Skip to H13  
RF → Skip to H13  
ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

H13. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or  
b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)  
c. DK  
d. RF

H14. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or  
b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H13 AND H14, SKIP H14a  
c. DK  
d. RF

**OR**

H14a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF  
i. Días  
ii. Semanas  
iii. Meses

(ANSWER H12b-H14a FOR ALL DOSES REPORTED IN H12a.)

H15. ¿Alguna vez le han diagnosticado arritmias cardíacas?

- a. YES → CONTINUE TO H16

- b. NO → SKIP TO H28
- c. DK → SKIP TO H28
- d. RF → SKIP TO H28

H16. ¿Tomó algún medicamento para arritmias durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO H17
- b. NO → SKIP TO H28
- c. DK → SKIP TO H28
- d. RF → SKIP TO H28

H17. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]:

- a. Amiodarone
- b. Atenolol
- c. Betapace
- d. Cardizem
- e. Cartia XT
- f. Carvedilol
- g. Cordarone
- h. Diltiazem HCL
- i. Labetolol
- j. Lopressor
- k. Metoprolol
- l. Pacerone
- m. Propafenone HCL
- n. Propranolol
- o. Rythmol
- p. Sotalol
- q. Toprol XL
- r. Verapamilo
- s. OTHER (SPECIFY)
- t. DK → SKIP TO H28
- u. RF → SKIP TO H28

H18. ¿Usó [ANSWER] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H22

- b. NO → CONTINUE TO H19
- c. DK → CONTINUE TO H19
- d. RF → CONTINUE TO H19

H19. ¿Cuándo comenzó a tomar [DRUG, ANSWER H17] para arritmias por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H20. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER H17] para arritmias por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes de embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H19 AND H20, SKIP H21
- c. DK
- d. RF

**OR**

H21. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
- b. DK
- c. RF

H22. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER H17] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H23. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)] ? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H24
- b. NO → SKIP TO H25a
- c. DK → CONTINUE TO H24

d. RF → CONTINUE TO H24

H24. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H17] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO H28
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO H28
- c. RF → SKIP TO H28

H25a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

H25b. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H17] tomaste la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK → SKIP TO H26 RF → SKIP TO H26
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

H26. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H27. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H26 and H27, SKIP H27a
- c. DK
- d. RF

**OR**

H27a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas

iii. Meses

ANSWER H25b-H27a FOR ALL DOSES REPORTED IN H25a.

H28. ¿Alguna vez en su vida le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica que tiene presión alta?

- a. YES → CONTINUE TO H29
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H29. ¿Tuvo usted presión arterial alta cuando estaba embarazada de ([NOIB]; TAB: este embarazo)?

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

H30. ¿Qué tipo de presión alta ha tenido? ¿Estaba **relacionada con el embarazo**? Es decir, ¿fue solo durante el embarazo? A este tipo de presión alta también se la llama toxemia inducida por el embarazo o preeclampsia o eclampsia. ¿O se trata de **presión alta crónica o hipertensión crónica**? Esta hipertensión no está relacionada con el embarazo. Puede que haya sido diagnosticada durante el embarazo, pero que no haya desaparecido después del embarazo.

- a. Relacionada con el embarazo
- b. Presión arterial alta crónica o hipertensión crónica
- c. Ambas
- d. DK
- e. RF

IF H30=a, d, or e THEN SKIP TO H34 (ONLY ASK H31 if H30=b, c)

H31. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO H32
- b. NO → SKIP TO H34
- c. DK → SKIP TO H34
- d. RF → SKIP TO H34

H32. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO H34

- b. NO → GO TO H33
- c. DK → SKIP TO H34
- d. RF → SKIP TO H34

H33. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_Días/Semanas/Meses/Trimestre/DK/RF

H34. ¿Tomó algún medicamento o remedio para la hipertensión arterial durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO H35
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H35. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

- a. Accupril
- b. Adalat
- c. Altace
- d. Amlodipino
- e. Atenolol
- f. Avapro
- g. Benazepril HCL
- h. Benicar
- i. Calan
- j. Capoten
- k. Cardizem
- l. Covera -HS
- m. Cozaar
- n. Diltiazem HCL
- o. Diovan
- p. Enalapril Maleato
- q. Hidralazina
- r. Hidroclorotiazida
- s. Inderal

- t. Irbesartán
- u. Labetalol
- v. Lisinopril
- w. Losartan Potásico
- x. Lotensin
- y. Metildopa
- z. Metoprolol
- aa. Microzide
- bb. Nifedipina
- cc. Normodine
- dd. Norvasc
- ee. Olmesartán Medoxomil
- ff. Prinivil
- gg. Procardia
- hh. Propranolol
- ii. Quinapril HCL
- jj. Ramipril
- kk. Tenormin
- ll. Tiazac
- mm. Trandate
- nn. Valsartán
- oo. Vasotec
- pp. Verapamilo
- qq. Verelan
- rr. Zestril
- ss. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- tt. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- uu. RF → SKIP TO NEXT SECTION

H36. ¿Usó [DRUG, ANSWER H35] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO H40
- b. NO → CONTINUE TO H37
- c. DK → CONTINUE TO H37
- d. RF → CONTINUE TO H37

H37. ¿Cuándo comenzó a tomar [DRUG, ANSWER H35] para hipertensión arterial por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H38. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER H35] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO H37 AND H38, SKIP H39
- c. DK
- d. RF

OR

H39. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días/Semanas/Meses

H40. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER H35] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

H41. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos de la medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO H40
- b. NO → SKIP TO H43a
- c. DK → CONTINUE TO H42
- d. RF → CONTINUE TO H42

H42. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H35] tomó cada vez que la tomó?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_
  - DK → SKIP TO NEXT SECTION
  - RF → SKIP TO NEXT SECTION
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

H43a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

H43b. ¿Qué dosis de [DRUG, ANSWER H35] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

i. AMOUNT:\_\_\_\_\_

DK → Skip to H44

RF → Skip to H44

ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

H44. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H45. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

H45a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días/Semanas/Meses

## Section I: THYROID DISEASE

- I1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad de la tiroides, aparte del cáncer de tiroides del que ya hemos hablado?
- a. YES → CONTINUE TO I2
  - b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
  - c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
  - d. RF → SKIP TO NEXT SECTION
- I2. ¿Qué tipo de enfermedad de la tiroides le diagnosticaron inicialmente? ¿Fue... [READ ALL; ASK ALL OPTIONS AND ALLOW MULTIPLE TYPES]
- a. Hipotiroidismo, a lo que también se llama tener "insuficiencia" de la tiroides?
  - b. Enfermedad de Hashimoto o tiroiditis autoinmune?
  - c. Hipertiroidismo, a lo que también se llama tener tiroides "hiperactiva"?
  - d. Enfermedad de Graves?
  - e. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- NOTE: THYROID CANCER COVERED EARLIER
- f. DK → SKIP TO NEXT SECTION
  - g. RF → SKIP TO NEXT SECTION
- I3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez [THYROID DISEASE, ANSWER I2] relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]
- a. Más de 2 años antes
  - b. En los 2 años antes
  - c. Durante el primer trimestre
  - d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
  - e. Después del embarazo
  - f. DK
  - g. RF
- I4. [IF REPORTING HYPERTHYROIDISM/OVERACTIVE THYROID/GRAVES' DISEASE CONTINUE, OTHERWISE, SKIP TO I9]: ¿Le hicieron una cirugía para quitarle total o parcialmente la glándula tiroides?
- a. YES → CONTINUE TO I5
  - b. NO → SKIP TO I7
  - c. DK → SKIP TO I7
  - d. RF → SKIP TO I7

I5. ¿Le quitaron la glándula tiroides total o parcialmente?

- a. Totalmente
- b. Parcialmente
- c. DK
- d. RF

I6. ¿Cuándo le hicieron esa cirugía?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. AGE: \_\_\_\_\_ or
- c. Período transcurrido: \_\_\_\_\_
  - i. Años
  - ii. Meses
  - iii. Semanas
  - iv. Días
- d. DK
- e. RF

I7. ¿Recibió tratamiento con yodo radiactivo?

- a. YES → CONTINUE TO I8
- b. NO, DK, RF → SKIP TO I9

I8. ¿Cuándo le hicieron ese procedimiento?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. AGE: \_\_\_\_\_ or
- c. Período transcurrido: \_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Años
  - ii. Meses
  - iii. Semanas
  - iv. Días

**IF I3=c, d, e, f, OR g THEN SKIP TO I12 (ONLY ASK I9 IF I3=a or b)**

I9. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO I10
- b. NO → SKIP TO I12
- c. DK → SKIP TO I12
- d. RF → SKIP TO I12

I10. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO I12
- b. NO → GO TO I11
- c. DK → SKIP TO I12
- d. RF → SKIP TO I12

I11. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
- b. UNITS:
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
  - iv. Trimestres

I12. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [THYROID DISEASE, ANSWER I2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO I13
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

I13. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más?

IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST:

- a. Armour Thyroid
- b. Carbimazole
- c. Cytomel
- d. Levothroid
- e. Levotiroxina Sódica
- f. Levoxyl
- g. Liotironina
- h. Liotrix
- i. Metimazol
- j. Nature-throid
- k. Propiltiouracilo (PTU)

- l. Synthroid
- m. Tiamazol
- n. Thyrolar
- o. Tirosint
- p. Unithroid
- q. Westhroid
- r. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- s. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- t. RF → SKIP TO NEXT SECTION

I14. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER I13] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO I18
- b. NO → CONTINUE TO I15
- c. DK → CONTINUE TO I15
- d. RF → CONTINUE TO I15

I15. ¿Cuándo comenzó a tomar [MEDICINE, ANSWER I13] para [THYROID DISEASE, ANSWER I2] por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY OR
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

I16. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER I13] para [THYROID DISEASE, ANSWER I2] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO I15 AND I16, SKIP I17
- c. DK
- d. RF

OR

I17. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

- b. DK
- c. RF

I18. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER I13] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

I19. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO I20
- b. NO → SKIP TO I21a
- c. DK → CONTINUE TO I20
- d. RF → CONTINUE TO I20

I20. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER I13] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION
- i. UNITS: \_\_\_\_\_

I21a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?[If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field]

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ RF

I21b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER I13] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_
  - DK → SKIP TO I22
  - RF → SKIP TO I22
- ii. UNITS: \_\_\_\_\_ DK RF

I22. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

I23. Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO I22 and I23, SKIP I23a
- c. DK
- d. RF

**OR**

I23a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

## Section J: ASTHMA

J1. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma o vías respiratorias reactivas?

- a. YES → CONTINUE TO J2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

J2. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez, asma o vías respiratorias reactivas relativo a [TAB: su embarazo de [NOIB]/el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

J3. ¿Tuvo síntomas de asma en el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]? Estos síntomas incluyen dificultad para respirar, opresión o dolor en el pecho, tos o jadeo, o tasas bajas de flujo expiratorio máximo.

- a. YES → CONTINUE TO J4
- b. NO → SKIP TO J6
- c. DK → SKIP TO J6
- d. RF → SKIP TO J6

J4. Durante ese período de 4 meses, ¿faltó a su trabajo, al colegio o a sus actividades cotidianas normales debido al asma?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

J5. Durante ese período de 4 meses, ¿con cuánta frecuencia se levantaba por la noche debido al asma?  
[READ OPTIONS]

- a. Nunca
- b. Menos de una vez al mes
- c. Una o dos veces al mes

- d. Más de dos veces al mes
- e. DK
- f. RF

**IF J2=c, d, e, f, g THEN SKIP TO J9 (ONLY ASK J6 if J 2=a, b)**

J6. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO J7
- b. NO → SKIP TO J9
- c. DK → SKIP TO J9
- d. RF → SKIP TO J9

J7. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- e. YES → SKIP TO J9
- f. NO → GO TO J8
- g. DK → SKIP TO J9
- h. RF → SKIP TO J9

J8. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. UNITS:
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
  - iv. Trimestre

Ahora voy a preguntarle sobre medicamentos o remedios de mantenimiento para el control a largo plazo del asma y luego sobre medicamentos o remedios de alivio rápido o de “rescate” para el tratamiento de una crisis asmática. Primero...

J9. ¿Tomó medicamentos o remedios de mantenimiento para el control a largo plazo del asma durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO J10a
- b. NO → SKIP TO J45
- c. DK → SKIP TO J45
- d. RF → SKIP TO J45

J10a. Primero, le preguntaré sobre el uso de atomizadores nasales, después por los inhaladores y luego por las pastillas que haya usado para controlar el asma. ¿Usó algún **atomizador nasal**?

- a. SÍ
- b. NO
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

J10b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]

**NASAL SPRAYS**

- a. Flonase
- b. Flunisolide
- c. Fluticasone Aerosol/Atomizador Nasal
- d. Nasonex Aerosol/Atomizador Nasal
- e. Omnaris Aerosol/Atomizador Nasal
- f. Qnasl Nasal Aerosol
- g. Rhinocort
- h. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- i. DK → SKIP TO J22a
- j. RF → SKIP TO J22a

**ASK J12-J21, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J10b:** [Note: Question J11 Removed] J12. ¿Usó [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO J16
- b. NO → CONTINUE TO J13
- c. DK → CONTINUE TO J13
- d. RF → CONTINUE TO J13

J13. ¿Cuándo comenzó a tomar [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] para asma o enfermedad reactiva de las vías por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J14. ¿Cuándo tomó [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J13 AND J14, SKIP J15
- c. DK
- d. RF

J15. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

J16. ¿Con qué frecuencia tomó [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

J17. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde[B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO J18
- b. NO → SKIP TO J19a
- c. DK → CONTINUE TO J18
- d. RF → CONTINUE TO J18

J18. ¿Qué dosis de [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ → SKIP TO J22a
  - i. UNITS: \_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO J22a
- c. RF → SKIP TO J22a

J19a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_ RF

J19b. ¿Qué dosis de [NASAL SPRAY, ANSWER J10b] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_
  - DK → SKIP TO J20
  - RF → SKIP TO J20
- ii. UNITS: \_\_\_\_\_ DK RF

J20. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J21. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J20 and J21, SKIP J21a
- c. DK
- d. RF

**OR**

J21a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
  - i. DÍAS
  - ii. SEMANAS
  - iii. MESES

J22a. ¿Usó unos **inhalantes orales**, que es la medicina que roció en su boca? Para recordarle, estoy preguntando sobre medicamentos de largo plazo para controlar su asma; luego preguntaré sobre el uso de inhalador de rescate.

- a. YES → CONTINUE TO J22b
- b. NO → SKIP TO J34a
- c. DK → SKIP TO J34a
- d. RF → SKIP TO J34a

J22b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

**ORAL INHALANTS**

- a. Advair
- b. Aerobid
- c. Aerospan HFA
- d. Alvesco Inhaler
- e. Asmanex Twisthaler
- f. Budesonida Suspensión Inhalante
- g. Dulera
- h. Flovent
- i. Foradil

- j. Fumarato de Formoterol
- k. Perforomist
- l. Pulmicort
- m. Qvar HFA Inhalante
- n. Salmeterol Xinafoate
- o. Serevent
- p. Symbicort
- q. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- k. DK → SKIP TO J34a
- l. RF → SKIP TO J34a

J23. ¿Usó [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO J27
- b. NO → CONTINUE TO J24
- c. DK → CONTINUE TO J24
- d. RF → CONTINUE TO J24

J24. ¿Cuándo comenzó a tomar [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] para asma o enfermedad reactiva de las vías por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY OR
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J25. ¿Cuándo tomó [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J24 and J25, SKIP J26
- c. DK
- d. RF

**OR**

J26. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
  - i. DÍAS
  - ii. SEMANAS

iii. MESES

J27. ¿Con qué frecuencia tomó [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

J28. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

a. YES → J29

b. NO → SKIP TO J30a

c. DK → CONTINUE TO J29

d. RF → CONTINUE TO J29

J29 ¿Qué dosis de [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] tomó cada vez que la tomó?

a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ → SKIP TO J34a

i. UNITS: \_\_\_\_\_

b. DK → SKIP TO J34a

c. RF → SKIP TO J34a

J30a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?

i. AMOUNT: \_\_\_\_\_ RF

J30b. ¿Qué dosis de [ORAL INHALANT, ANSWER J22b] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

a. AMOUNT: \_\_\_\_\_

DK → SKIP TO J31

RF → SKIP TO J31

b. UNITS: \_\_\_\_\_ DK RF

J31 ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

a. MM/DD/YYYY or

b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)

c. DK

d. RF

J32 ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J31 and J32, SKIP J32a
- c. DK
- d. RF

**OR**

J32a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. DÍAS
  - ii. SEMANAS
  - iii. MESES

*J33 [QUESTION NUMBER NOT USED]*

J34a. ¿Usó alguna píldora que tomara por la boca?

- a. YES → CONTINUE TO J34b
- b. NO → SKIP TO J45
- c. DK → SKIP TO J45
- d. RF → SKIP TO J45

J34b. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:

**ORAL TABLETS/CAPS**

- a. Accolate
- b. Montelukast Sódico
- c. Singulair
- d. Zafirlukast
- e. Zileuton
- f. Zflo
- g. OTHER (SPECIFY):\_\_\_\_\_
- h. DK → SKIP TO J45
- i. RF → SKIP TO J45

**ASK J35-J44, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J34b:**

J35. ¿Usó [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO J39
- b. NO → CONTINUE TO J36
- c. DK → CONTINUE TO J36

d. RF → CONTINUE TO J36

J36. ¿Cuándo comenzó a tomar [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] para asma o enfermedad reactiva de las vías por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J37. ¿Cuándo tomó [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J36 and J37, SKIP J38
- c. DK
- d. RF

**OR**

J38. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF  
Días/Semanas/Meses

J39. ¿Con qué frecuencia tomó [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

J40. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → J41
- b. NO → SKIP TO J42a
- c. DK → CONTINUE TO J41
- d. RF → CONTINUE TO J41

J41. ¿Qué dosis de [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO J45
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO J45

c. RF → SKIP TO J45

J42a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

J42b. ¿Qué dosis de [ORAL TABLET/CAP, ANSWER J34b] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

i. AMOUNT:\_\_\_\_\_

DK → SKIP TO J43

RF → SKIP TO J43

ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

J43. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

J44. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO J43 and J44, SKIP J44a
- c. DK
- d. RF

**OR**

J44a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

J45 ¿Tomó medicamentos o remedios de alivio rápido o de "rescate" para el tratamiento de una crisis asmática durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO J46
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

J46. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST: AFTER READING LIST, ASK "Otros esteroides, como la predisona o metilpredisolona". RECORD RESPONSE IN "OTHER" BOX.]

- a. Albuterol → SKIP TO J48
- b. Asthmanefrin → SKIP TO J48
- c. Atrovent HFA → SKIP TO J48
- d. Ipratropio Bromuro → SKIP TO J48
- e. Levalbuterol Tartrate → SKIP TO J48
- f. Maxair → SKIP TO J48
- g. Acetato de Pirbuterol → SKIP TO J48
- h. ProAir HFA Inhalante → SKIP TO J48
- i. Ventolin HFA → SKIP TO J48
- j. Xopenex HFA → SKIP TO J48
- k. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_ → CONTINUE TO J47
- l. DK → SKIP TO K1
- m. RF → SKIP TO K1

J47. ¿Recibió este [MEDICINE, J46 OTHER SPECIFIED] en forma de una pastilla que se traga o mediante una inyección?

- a. Pastilla
- b. Inyección
- c. Inhalador
- d. DK
- e. RF

ASK J48-J50, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN J46:

J48. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

J49. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER J46] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ? [IF TIME PERIOD IS "PER PERIOD, DO NOT READ THIS QUESTION AND CHOOSE "NA"]

- a. YES → SKIP TO NEXT SECTION
- b. NO → CONTINUE TO J50a
- c. DK → CONTINUE TO J50a
- d. RF → CONTINUE TO J50a
- e. NA → SKIP TO NEXT SECTION WITHOUT READING THIS QUESTION

J50a. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el mes anterior a su embarazo, que fue desde [B1] hasta [P1]?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50b. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el primer mes de su embarazo, que fue desde [P1] hasta [P2 (-1)]?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50c. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el segundo mes de su embarazo, que fue desde [P2] hasta [P3(-1)]?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

J50d. ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE, ANSWER J46] durante el tercer mes de su embarazo, que fue desde [P3] hasta [P4(-1)]?

- i. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF
- ii. NO TOMARON

## Section K: EPILEPSY

K1. ¿Alguna vez le informó algún médico u otro proveedor de atención médica que tenía epilepsia? IF MOM REPORTS SHE HAD A SEIZURE ONCE, REPEAT THE QUESTION, EMPHASIZING, "...ever told by a doctor or health care provider that you had epilepsy"

- a. YES → CONTINUE TO K2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

K2. ¿Qué tipo de epilepsia tiene? IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST:

- a. Epilepsia del lóbulo temporal
- b. Epilepsia del Lóbulo Frontal
- c. Epilepsias reflejas
- d. Epilepsia de ausencias infantil
- e. Epilepsia de ausencias juvenil
- f. Epilepsia Generalizada
- g. Epilepsia Focal
- h. Epilepsia Generalizada y Focal
- i. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- j. DK
- k. RF

K3. ¿Cuándo le diagnosticaron epilepsia por primera vez en relación a [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. RF
- g. DK

IF K3=c, d, e, f, g THEN SKIP TO K7 (ONLY ASK K4 IF K3=a, b)

K4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO K5
- b. NO → SKIP TO K7
- c. DK → SKIP TO K7
- d. RF → SKIP TO K7

K5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO K7
- b. NO → GO TO K6
- c. DK → SKIP TO K7
- d. RF → SKIP TO K7

K6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
- b. UNITS:
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
  - iv. Trimestres

K7. ¿Tomó algún medicamento o remedio para la epilepsia durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO K8
- b. NO → SKIP TO K19
- c. DK → SKIP TO K19
- d. RF → SKIP TO K19

K8. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]:

- a. Carbamazepina
- b. Carbatrol
- c. Clonazepam
- d. Depakine Capsulas
- e. Depakote
- f. Dilantin
- g. Felbatol
- h. Keppra
- i. Klonopin
- j. Lamictal
- k. Fenobarbital
- l. Phenytoin
- m. Stavzor
- n. Tegretol
- o. Topamax
- p. Topiramato
- q. Trileptal
- r. Acido Valproico
- s. OTRO (ESPECIFIQUE)
- t. DK or RF → SKIP TO K19

K9. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER K8] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo , es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → SKIP TO K13
- b. NO → CONTINUE TO K10
- c. DK → CONTINUE TO K10
- d. RF → CONTINUE TO K10

K10. ¿Cuándo comenzó a tomar [MEDICINE, ANSWER K8] para la epilepsia por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY OR
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

K11. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER K8] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO K10 AND K11, SKIP K12
- c. DK
- d. RF

**OR**

K12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

K13. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER K8] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

K14. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO K15

- b. NO → SKIP TO K16
- c. DK → CONTINUE TO K15
- d. RF → CONTINUE TO K15

K15. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER K8] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO K19
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO K19
- c. RF → SKIP TO K19

K16a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

K16b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER K8]tomaste la [1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, etc.] tiempo?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK → Skip to K17 RF → Skip to K17
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

K17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

K18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to K17 and K18, skip K18a
- c. DK
- d. RF

K18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

K19. ¿Tuvo convulsiones en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO K20
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

K20. ¿Cuántas convulsiones tuvo en total durante ese tiempo?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF

## Section L: MIGRAINE

L1. ¿Alguna vez ha tenido migraña, también llamada jaqueca?

- a. YES → CONTINUE TO L2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L2. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo migraña?

- a. AGE:\_\_\_\_\_ DK RF

L3. ¿Tuvo migrañas en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO L4
- b. NO → SKIP TO L5
- c. DK → SKIP TO L5
- d. RF → SKIP TO L5

L4. ¿Cuántas migrañas tuvo en total durante ese tiempo?

- a. Total number:\_\_\_\_\_ DK RF
- b. Frequency – UNIT:\_\_\_\_\_
- i. Total 4 month period
  - ii. Por día
  - iii. Por Semana
  - iv. Por mes
  - v. DK
  - vi. RF
  - vii. Other, Specify:

Ahora voy a preguntarle sobre medicamentos o remedios de mantenimiento que puede usar para sus migrañas. Por favor incluya medicamentos que usted puede usar para prevenir las migrañas Y los medicamentos que usted puede usar para tratar el dolor de la migraña cuando se presenta. Por favor incluya medicamentos que no requieren receta médica y medicamentos que requieren receta médica.

L5. ¿Tomó algún medicamento o remedio para las migrañas durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO L6
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L6. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [IF CAN'T RECALL: ¿Este medicamento que tomo, fue para prevenir migrañas o tratamiento de dolor de migraña que ya comenzó? SI FUE MEDICAMENTO PARA EL DOLOR: ¿Fue medicamento que no requiere receta médica o medicamento que requiere receta médica?  
THEN READ FROM THE APPROPRIATE DRUG LIST:]

PREVENTION MEDICATIONS

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Amitriptilina
- d. Aspirina
- e. Atenolol
- f. Botox
- g. Calan
- h. Ciproheptadina HCL
- i. Depakote
- j. Diltiazem
- k. Divalproex Sódico
- l. Doxepin
- m. Effexor
- n. Excedrin Extra Fuerte Capsulas/Pastillas/Tabletas de Gelatina
- o. Gabapentina
- p. Ibuprofeno
- q. Inderal
- r. Innopran XL
- s. Lamictal
- t. Lamotrigina
- u. Lisinopril
- v. Metoprolol
- w. Motrin
- x. Motrin Ib
- y. Nadolol
- z. Naproxeno Sódico

BD-STEPS II CATI

*Spanish Translation*

(Matches 4/3/24 English version)

- aa. Neurontin
- bb. Nifedipina
- cc. Nimodipina
- dd. Nortriptilina
- ee. Pamelor
- ff. Propranolol
- gg. Protriptilina HCL
- hh. Timolol
- ii. Topamax
- jj. Topiramato
- kk. Valproate Sodio
- ll. Ácido Valproico
- mm. Venlafaxina
- nn. Verapamilo
- oo. Verelan
- pp. Vivactil
- qq. Zestril

OVER-THE-COUNTER PAIN MEDICATIONS

- rr. Acetaminofén
- ss. Advil
- tt. Aleve
- uu. Aspirina
- vv. Excedrin Migraña
- ww. Ibuprofeno
- xx. Motrin
- yy. Naproxeno Sódico
- zz. Tylenol

PRESCRIPTION PAIN MEDICATIONS

- aaa. Acetaminofén con codeína
- bbb. Almotriptan Maleato
- ccc. Amerge
- ddd. Axert
- eee. Cafergot
- fff. Dihidroergotamina
- ggg. Eletriptan Hydrobromide
- hhh. Ergotamina
- iii. Fioricet
- jjj. Frova
- kkk. Frovatriptán Succinate
- lll. Imitrex

mmm. Indometacina  
nnn. Maxalt  
ooo. Migergot Supositorios  
ppp. Migranal  
qqq. Naproxeno Sódico/Sumatriptan Succinate  
rrr. Naratriptan  
sss. Relpax  
ttt. Rizatriptan  
uuu. Sumatriptan Succinate  
vvv. Treximet  
www. Zolmitriptan  
xxx. Zomig  
yyy. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_  
zzz. DK ?? SKIP TO NEXT SECTION  
aaaa. RF ?? SKIP TO NEXT SECTION

**ASK L7-L16, AS APPROPRIATE FOR EACH DRUG USED IN L6:**

- L7. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER L6] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?
- a. YES → Skip to L11
  - b. NO → Continue to L8
  - c. DK → Continue to L8
  - d. RF → Continue to L8
- L8. ¿Cuándo comenzó a tomar [MEDICINE, ANSWER L6] para migrañas por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]
- a. MM/DD/YYYY or
  - b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
  - c. DK
  - d. RF
- L9. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER L6] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]
- a. MM/DD/YYYY or
  - b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to L8 and L9, skip L10
  - c. DK
  - d. RF

**OR**

L10. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

L11. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER L6] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por Día/Por Semana/Por Mes/Por Periodo/DK/RF

L12. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → Continue to L13
- b. NO → Skip to L14a
- c. DK → Continue to L13
- d. RF → Continue to L13

L13. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER L6] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

L14a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

L14b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER L6] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_
  - DK → Skip to L15
  - RF → Skip to L15
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

L15. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or

- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

L16. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) → If valid response to L15 and L16, skip L16a
- c. DK
- d. RF

**OR**

L16a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. DÍAS
  - ii. SEMANAS
  - iii. MESES

## Section M: AUTOIMMUNE DISEASE

M1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes]? INDICATE ALL THAT APPLY. [READ EACH UP TO RESPONSES PRECEDED BY "OTHER" THEN ASK: "Other autoimmune disease (not including diabetes or thyroid disorders, which we have already discussed)" THEN, IF CAN'T RECALL, READ RESPONSES PRECEDED BY "OTHER"] [IF REPORTS OSTEOARTHRITIS, DO NOT RECORD ANSWER, BUT SAY: I'll ask about osteoarthritis later. Have you ever been diagnosed with any (other) autoimmune disease?]

- a. Lupus
- b. Artritis reumática
- c. Esclerosis múltiple
- d. Enfermedad celíaca
- e. Enfermedad de Crohn
- f. Colitis ulcerosa; tenga en cuenta que en este caso no estamos preguntando por colitis en general
- g. Psoriasis
- h. Otra enfermedad autoinmune (sin contar los trastornos de la tiroides ni la diabetes, de las que ya hemos hablado) IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST
  - i. Púrpura trombocitopénica idiopática/inmunitaria
  - ii. Cistitis intersticial
  - iii. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos/síndrome del anticoagulante lúpico/síndrome APLS
  - iv. Enfermedad de Addison
  - v. Anemia perniciosa
  - vi. Miastenia gravis
  - vii. Anemia hemolítica autoinmunitaria
  - viii. Enfermedad de Berger/nefropatía por IgA
  - ix. Alopecia, universal o areata
  - x. Vitiligo
  - xi. Artritis juvenil
  - xii. Síndrome de Guillain-Barré
  - xiii. Esclerodermia, morfea
  - xiv. Síndrome de Sjögren/síndrome de Sicca
  - xv. Espondilitis anquilosante
  - xvi. Fiebre reumática
  - xvii. OTHER, SPECIFY:

- xviii. NONE
- xix. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- xx. RF → SKIP TO NEXT SECTION

**IF YES TO ANY, CONTINUE TO M2.**

ASK FOLLOWING QUESTIONS FOR EACH CONDITION IF MORE THAN ONE CONDITION REPORTED:M2.

¿Cuándo le diagnosticaron [AUTOIMMUNE DISEASE, ANSWER M1] por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ OPTIONS.]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. DK
- g. RF

**IF M2=c, d, e, f, g THEN SKIP TO M6 (ONLY ASK M3 IF M2=a or b)**

M3. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → Go to M4
- b. NO → Skip to M6
- c. DK → Skip to M6
- d. RF → Skip to M6

M4. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → Skip to M6
- b. NO → Go to M5
- c. DK → Skip to M6
- d. RF → Skip to M6

M5. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
- UNITS:
- i. Días
- ii. Semanas
- iii. Meses

iv. Trimestre

M6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [AUTOIMMUNE DISEASE, ANSWER M1] en el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → Continue to M7
- b. NO → Skip to next section OR M2 IF > 1 CONDITION IN M1
- c. DK → Skip to next section OR M2 IF > 1 CONDITION IN M1
- d. RF → Skip to next section OR M2 IF > 1 CONDITION IN M1

M7. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG PROMPT LISTS FOR DISEASE REPORTED IN SQUARE BRACKETS].

**[Lupus]:**

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Arava
- d. Azasan
- e. Azathioprina
- f. Belimumab
- g. Benlysta
- h. Cellcept
- i. Ciclofosfamida
- j. Cytosan
- k. Hidroxicloroquina Sulfato
- l. Leflunomida
- m. Metotrexato
- n. Motrin
- o. Mycophenolate Mofetil
- p. Plaquenil
- q. Prednisone
- r. Trexall
- s. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- t. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- u. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

**[Artritis reumática]:**

- a. Abatacept
- b. Actemra

- c. Adalimumab
- d. Advil
- e. Aleve
- f. Anakinra
- g. Arava
- h. Azasan
- i. Azatioprina
- j. Azulfidine
- k. Certolizumab Pegol
- l. Cimzia
- m. Ciclofosfamida
- n. Ciclosporina
- o. Cytosan
- p. Dynacin
- q. Enbrel
- r. Etanercept
- s. Gengraf
- t. Golimumab
- u. Humira
- v. Hidroxichloroquina Sulfato
- w. Ibuprofeno
- x. Imuran
- y. Infliximab
- z. Kineret
- aa. Leflunomida
- bb. Metotrexato
- cc. Minocin
- dd. Minociclina
- ee. Motrin
- ff. Naproxeno Sódico
- gg. Neoral
- hh. Orencia
- ii. Plaquenil
- jj. Prednisona
- kk. Remicade
- ll. Rituxan
- mm. Rituximab

- nn. Sandimmune
- oo. Simponi
- pp. Sulfasalazina
- qq. Tocilizumab
- rr. Trexall
- ss. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- tt. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- uu. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

**[Esclerosis múltiple]:**

- a. Amantadina
- b. Ampyra
- c. Amrix
- d. Aubagio
- e. Avonex
- f. Baclofeno
- g. Betaseron
- h. Copaxone
- i. Cyclobenzaprina
- j. Dalfampridine
- k. Extavia
- l. Fingolimod
- m. Flexeril
- n. Gilenya
- o. Acetato de Glatiramer
- p. Lioresal
- q. Metilpredisolona
- r. Mitoxantrona HCL
- s. Natalizumab
- t. Prednisona
- u. Rebif
- v. Solu-Medrol
- w. Tecfidera
- x. Teriflunomida
- y. Tizanidina HCL
- z. Tysabri
- aa. Zanaflex

- bb. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- cc. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- dd. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

**[Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa]:**

- a. Adalimumab
- b. Apriso
- c. Asacol
- d. Azasan
- e. Azatioprina
- f. Azulfidine
- g. Balsalazide Disodium
- h. Certolizumab Pegol
- i. Cimzia
- j. Cipro
- k. Ciprofloxacino HCL
- l. Colazal
- m. Ciclosporina
- n. Dipentum
- o. Flagyl
- p. Gengraf
- q. Humira
- r. Imuran
- s. Infliximab
- t. Lialda
- u. Mercaptopurina
- v. Mesalamine
- w. Metotrexato
- x. Metronidazole
- y. Natalizumab
- z. Neoral
- aa. Olsalazina Sódica
- bb. Purinetol
- cc. Remicade
- dd. Rheumatrex
- ee. Sandimmune
- ff. Sulfasalazina

- gg. Tysabri
- hh. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- ii. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- jj. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

**[Psoriasis]:**

- a. Anthralin
- b. Calcipotriene
- c. Coal Tar
- d. Dovonex
- e. Elidel
- f. Protopic Unguento
- g. Retin-A
- h. Acido Salicílico
- i. Tazorac
- j. Tazaroteno
- k. Tretinoína
- l. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- m. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- n. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

M8. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER M7] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → Skip to M12
- b. NO → Continue to M9
- c. DK → Continue to M9
- d. RF → Continue to M9

M9. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER M7] para [CONDITION, ANSWER M1] por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

M10. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER M7] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or

- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid start and stop date, skip M11
- c. DK
- d. RF

**OR**

M11. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

M12. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER M7] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por Día /Por Semana/Por Mes/Por Período/DK/RF

M13. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO M14
- b. NO → SKIP TO M15a
- c. DK → CONTINUE TO M14
- d. RF → SKIP TO M14

M14. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER M7] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

M15a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

M15b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER M7] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK → SKIP TO M16  
RF → SKIP TO M16
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

M16. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

M17. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- e. MM/DD/YYYY or
- f. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP M17a
- g. DK
- h. RF

**OR**

M17a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

## Section N: TRANSPLANT RECEIPT

N1. ¿Alguna vez le han hecho un trasplante de algún órgano o tejido? DOES NOT INCLUDE BLOOD TRANSFUSIONS OR TISSUE TRANSFERS

- a. YES → CONTINUE TO N2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N2. ¿Qué órgano o tejido le trasplantaron?

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_ DK RF

N3. ¿Cuál fue la fecha del trasplante?

- a. MM/DD/YYYY
- b. DK
- c. RF

N4. ¿Tomó usted algún medicamento relacionado con su trasplante durante el mes anterior a su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO N5
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N5. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST]

- a. Atgam
- b. Azatioprina
- c. Cellcept
- d. Ciclosporina
- e. Mycophenolate Mofetil
- f. Myfortic
- g. Orthoclone OKT3
- h. Prednisona
- i. Prograf
- j. Sirolimús
- k. Tacrolimús
- l. Timoglobulina

- m. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- n. DK → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION
- o. RF → SKIP TO NEXT CONDITION/NEXT SECTION

N6. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER N5] durante el total tiempo, desde el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo?

- a. YES → Skip to N10
- b. NO → Continue to N7
- c. DK → Continue to N7
- d. RF → Continue to N7

N7. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER N5] para su trasplante por primera vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N8. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER N5] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP N9
- c. DK
- d. RF

OR

N9. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK      RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

N10. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER N5] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes /Por período/DK/RF

N11. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → Continue to N12
- b. NO → Skip to N13a
- c. DK → Continue to N12
- d. RF → Continue to N12

N12. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER N5] cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

N13a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

N13b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER N5] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK → Skip to N14 RF → Skip to N14
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

N14. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

N15. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

**OR**

N15a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF

i. Dias

ii. Semanas

iii. Meses

## Section O: DEPRESSION / ANXIETY

- O1. ¿Algún médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ le dijo que tenía un trastorno de ansiedad, incluidos el trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático, o trastorno de ansiedad social?
- a. YES → CONTINUE TO O2
  - b. NO → SKIP TO O4
  - c. DK → SKIP TO O4
  - d. RF → SKIP TO O4
- O2. ¿Qué enfermedad le dijo que tenía? ¿Algo más?
- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_ DK RF
- O3. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]
- a. Más de 2 años antes
  - b. En los 2 años antes
  - c. Durante el primer trimestre
  - d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
  - e. Después del embarazo
  - f. DK
  - g. RF
- O4. ¿Algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho alguna que usted tenía depresión?
- a. YES → Continue to O5
  - b. If NO/DK/RF, and YES to O1 → Continue to O6
  - c. If NO/DK/RF, and NO/DK/RF to O1 → Skip to next section
- O5. ¿Cuándo le diagnosticaron depresión por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB/DOPT]]? [READ LIST]
- a. Más de 2 años antes
  - b. En los 2 años antes
  - c. Durante el primer trimestre
  - d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
  - e. Después del embarazo

- f. DK
- g. RF

O6. ¿Tuvo síntomas en el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO O7
- b. NO → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8
- c. DK → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8
- d. RF → SKIP TO INSTRUCTIONS BEFORE O8

O7. ¿Cuáles fueron los síntomas que tuvo?

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_ DK RF

**IF O1=a AND O4=a AND O3=c, d, e, f, g AND O5=c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ANXIETY AND DEPRESSION, BUT BOTH WERE DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)**

**IF O1=b, c, d AND O4=a AND O5=c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ONLY DEPRESSION DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)**

**IF O1 = a AND O4=b AND O3= c, d, e, f, g THEN SKIP TO O11 (REPORTED ONLY ANXIETY DIAGNOSED DURING OR AFTER PREGNANCY)**

O8. **IF O3 OR O5 = a or b, ASK O8 THROUGH REST OF SECTION JUST ONCE:** Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO O9
- b. NO → SKIP TO O11
- c. DK → SKIP TO O11
- d. RF → SKIP TO O11

O9. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO O11
- b. NO → GO TO O10
- c. DK → SKIP TO O11
- d. RF → SKIP TO O11

O10. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. UNITS:
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
  - iv. Trimestre

O11. ¿Qué tratamiento recibió para su(s) problema(s) de salud mental en los meses de antes de su embarazo hasta el tercer mes de su embarazo? [INDICATE ALL THAT APPLY. READ CHOICES. AFTER READING CHOICES, ASK: "¿O alguna otra cosa?"]

- a. Bajo la atención de un terapeuta/psicólogo IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Con medicamento IF YES, CONTINUE WITH O12
- c. No recibió ningún tipo de tratamiento IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- d. ¿O alguna otra cosa? (SPECIFY): \_\_\_\_\_ IF THIS ONLY → SKIP TO NEXT SECTION
- e. DK → CONTINUE WITH O12
- f. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O12. ¿Usó algún medicamento para tratar la afección o afecciones entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes de embarazo?

- a. YES → CONTINUE TO 13
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O13. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Abilify
- b. Alprazolam
- c. Anafranil
- d. Aripiprazole
- e. Ativan
- f. Bupropion
- g. Buspar
- h. Buspirona
- i. Celexa
- j. Citalopram Hydrobromide
- k. Clomipramina
- l. Clonazepam
- m. Cymbalta

- n. Diazepam
- o. Duloxetine
- p. Effexor
- q. Escitalopram Oxolate
- r. Fluoxetine
- s. Imipramina
- t. Inderal
- u. Klonopin
- v. Lexapro
- w. Lorazepam
- x. Paroxetine
- y. Paxil
- z. Propranolol
- aa. Prozac
- bb. Sertralina
- cc. St. John's Wort
- dd. Tofranil
- ee. Valium
- ff. Venlafaxina
- gg. Wellbutrin
- hh. Xanax
- ii. Zoloft
- jj. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- kk. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- ll. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O14. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER O13] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO O18
- b. NO → CONTINUE TO O15
- c. DK → CONTINUE TO O15
- d. RF → CONTINUE TO O15

O15. ¿Cuándo comenzó a utilizar [MEDICINE, ANSWER O13] para su(s) problema(s) de salud mental por primera vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)

- c. DK
- d. RF

O16. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER O13] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP O12
- c. DK
- d. RF

OR

O17. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

O18. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER O13] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/ Por Semana/ Por Mes/ Por período/ DK/ RF

O19. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO O20
- b. NO → SKIP TO O21a
- c. DK → CONTINUE TO O20
- d. RF → CONTINUE TO O20

O20. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER O13] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

O21a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

O21b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER O13] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

i. AMOUNT:\_\_\_\_\_

DK → SKIP TO O22

RF → SKIP TO O22

ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

O22. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

O23. ¿ Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE in O22 and O23, SKIP O23a
- c. DK
- d. RF

**OR**

O23a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF

- i. DÍAS
- ii. SEMANAS
- iii. MESES

## Section P: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

P1. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica que usted tenía trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno por déficit de atención (ADD)?

- a. YES → CONTINUE TO P2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P2. ¿Cuál de las aflicciones le diagnosticaron? IF MOM SAYS SHE USED TO HAVE ONE KIND BUT NOW THEY SAY IT'S A DIFFERENT KIND, USE "Other, specify" AND ENTER BOTH TYPES

- a. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- b. Trastorno por déficit de atención
- c. OTHER, SPECIFY:
- d. DK
- e. RF

P3. ¿Cuándo le diagnosticaron [DIAGNOSED CONDITION, ANSWER P2] por primera vez relativo a [TAB: su embarazo con [NOIB]; el embarazo que terminó en [DOIB]]? [READ LIST]

- a. Más de 2 años antes
- b. En los 2 años antes
- c. Durante el primer trimestre
- d. Después del primer trimestre, pero aún durante el embarazo
- e. Después del embarazo
- f. DK
- d. RF

IF P3=c, d, e, f, g THEN SKIP TO P7 (ONLY ASK P4 IF P3=a, b)

P4. Antes o después de su embarazo, ¿conversó con algún profesional de la salud acerca de sus opciones de tratamiento durante el embarazo?

- a. YES → GO TO P5
- b. NO → SKIP TO P7
- c. DK → SKIP TO P7
- d. RF → SKIP TO P7

P5. ¿Conversó sobre estas opciones antes de que comenzara su embarazo?

- a. YES → SKIP TO P7

- b. NO → GO TO P6
- c. DK → SKIP TO P7
- d. RF → SKIP TO P7

P6. ¿Cuánto tiempo llevaba de embarazo cuando conversó sobre sus opciones de tratamiento con el profesional de la salud?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
- b. UNITS:
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
  - iv. Trimestres

P7. ¿Tomó algún medicamento para tratar el [DIAGNOSED CONDITION, ANSWER P2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]?

- a. YES → CONTINUE TO P8
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P8. ¿Qué tomó?/¿Algo más? IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST

- a. Adderall
- b. Adderall XR
- c. Anfetamina
- d. Atomoxetine
- e. Celexa
- f. Citalopram
- g. Clonidina Cloridrato
- h. Concerta
- i. Parche Daytrana
- j. Dexedrine
- k. Dexmetilfenidato HCL
- l. Dextroanfetamina
- m. Dextrostat
- n. Focalin
- o. Focalin XR
- p. Guanfacina
- q. Intuniv
- r. Kapvay
- s. Lisdexamfetamine Dimesilato
- t. Metadate CD
- u. Methylin
- v. Metilfenidato
- w. Prozac
- x. Ritalin
- y. Ritalin LA
- z. Ritalin SR
- aa. Sertralina
- bb. Strattera
- cc. Vyvanse
- dd. Zoloft
- ee. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- ff. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- gg. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P9. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER P8] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO P13
- b. NO → CONTINUE TO P10
- c. DK → CONTINUE TO P10
- d. RF → CONTINUE TO P10

P10. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER P8] para [DIAGNOSED CONDITION, ANSWER P2] por primera vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P11. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER P8] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID START AND STOP DATE, SKIP 12
- c. DK
- d. RF

**OR**

P12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

P13. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER P8] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

P14. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO P15
- b. NO → SKIP TO P16a
- c. DK → CONTINUE TO P15
- d. RF → CONTINUE TO P15

P15. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER P8] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

P16a. ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

P16b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER P8] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK → SKIP TO P17 RF → SKIP TO P17
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

P17. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

P18. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

OR

P18a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. DÍAS
  - ii. SEMANAS
  - iii. MESES

## Section Q: CHRONIC DISEASE CATCH-ALL QUESTION

- Q1. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna otra enfermedad crónica o enfermedad de la cual no hayamos hablado tales como fibromialgia, hepatitis, trastornos de coagulación de la sangre, síndrome del intestino irritable, apnea del sueño u otros trastornos del sueño, trastorno bipolar, esquizofrenia u otras enfermedades mentales? [ PROBE: Esto no incluye las enfermedades de corta duración, como los resfriados.]
- YES → CONTINUE TO Q2
  - NO → SKIP TO NEXT SECTION
  - DK → SKIP TO NEXT SECTION
  - RF → SKIP TO NEXT SECTION
- Q2. ¿Qué tuvo?/¿Tuvo algo más? [READ LIST IF NECESSARY] DO NOT INCLUDE ALLERGIES
- Fibromialgia
  - Hepatitis
  - Trastornos de coagulación de la sangre
  - Síndrome del intestino irritable
  - Apnea del sueño u otros trastornos del sueño
  - Transtorno Bipolar
  - Esquizofrenia u otras condiciones de salud mental
  - ENFERMEDAD CRÓNICA NO ESPECIFICA O ENFERMAD A LARGO PLAZO
  - SPECIFY: \_\_\_\_\_ → CONTINUE TO Q3
  - RF → SKIP TO NEXT SECTION
- Q3. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron de la [CHRONIC DISEASE, ANSWER Q2]?
- Edad: \_\_\_\_\_ DK RF
    - Años
    - Meses
- Q4. ¿Tomó algún medicamento o remedio para [CHRONIC DISEASE, ANSWER Q2] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)]? [DO NOT RECORD CPAP HERE]
- YES → CONTINUE TO Q5
  - NO → SKIP TO NEXT SECTION
  - DK → SKIP TO NEXT SECTION
  - RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q5. ¿Qué tomó?/¿Algo más?

- a. SPECIFY:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q6. ¿Usó [MEDICINE, ANSWER Q5] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?

- a. YES → SKIP TO Q10
- b. NO → CONTINUE TO Q7
- c. DK → CONTINUE TO Q7
- d. RF → CONTINUE TO Q7

Q7. ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER Q5] para [CHRONIC DISEASE, ANSWER Q2] por primera vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Q8. ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER Q5] por última vez durante ese período?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Q7 AND Q8, SKIP Q9
- c. DK
- d. RF

**OR**

Q9. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK      RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

Q10. ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER Q5] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

Q11. ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.

- a. YES → CONTINUE TO Q12
- b. NO → SKIP TO Q13
- c. DK → CONTINUE TO Q12
- d. RF → CONTINUE TO Q12

Q12. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER Q5] tomó cada vez que la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
  - i. UNITS:\_\_\_\_\_
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Q13a. ¿Cuántas cantidades de dosis diferente te acuerdas haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.]

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ RF

Q13b. ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER Q5] tomó la [1st, 2<sup>nd</sup>, etc.] vez?

- i. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK or RF → SKIP TO Q14
- ii. UNITS:\_\_\_\_\_ DK RF

Q14. ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Q15. ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?

- a. MM/DD/YYYY
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Q14 and Q15, SKIP Q15a
- c. DK
- d. RF

OR

Q15a. ¿Por cuánto tiempo la tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

## Section R: FEVERS

R1. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo fiebres?, [PROBE: La fiebre podría haber sido por enfermedades respiratorias, bronquitis, neumonía, una infección de los riñones, la vejiga o las vías urinarias, enfermedad inflamatoria de la pelvis u otras infecciones o enfermedades?]

- a. YES → CONTINUE TO R2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

R2. ¿Cuántas fiebres te acuerdas haber tenido? [IF DK NUMBER, SELECT 1 AND ASK MOM FOR DETAILS ABOUT 1 FEVER SHE REMEMBERS.] [ASK R3-R11 FOR EACH FEVER LISTED.]

- a. NUMBER:\_\_\_\_\_

R3. ¿Cuál fue la causa de la [1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, etc.] fiebre?

- a. CAUSE:\_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

R4. Cuando tuvo [CAUSE OF FEVER, ANSWER R3], ¿durante qué meses tuvo usted fiebre?

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. DK
- f. RF

R5. ¿Cuál fue la temperatura más alta mientras tuvo fiebre?

- a. VALUE:\_\_\_\_\_ DK RF NOT RECORDED → SKIP UNITS  
i. UNITS: F or C

R6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para esa fiebre?

- a. YES → CONTINUE TO R7  
b. NO → SKIP TO NEXT SECTION  
c. DK → SKIP TO NEXT SECTION  
d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

R7. ¿Qué tomó?/¿Tomó algo más? [CODE ALL THAT APPLY. IF CAN'T RECALL, READ FROM DRUG LIST:  
¿Tomó usted.....?]

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Aleve
- d. Ibuprofeno
- e. Motrin
- f. Naproxeno sódico
- g. Nuprin
- h. Tylenol
- i. OTHER, SPECIFY: \_\_\_\_\_
- j. DK ☐ SKIP TO NEXT SECTION
- k. RF ☐ SKIP TO NEXT SECTION

R8. ¿Cuándo comenzó a tomar [DRUG, ANSWER R7] para esta [CAUSE OF FEVER, ANSWER R3] por primera vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

R9. ¿Cuándo tomó [DRUG, ANSWER R7] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or DK or RF or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3) → If valid response to R8 and R9, SKIP R10

**OR**

R10. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK      RF
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

R11. ¿Con qué frecuencia tomó [DRUG, ANSWER R7] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

a. AMOUNT: \_\_\_\_\_/Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

## Section S: GENITOURINARY INFECTIONS

S1. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo algún riñon, la vejiga o infección del tracto urinaria? DO NOT INCLUDE KIDNEY STONES

- a. YES → CONTINUE TO S2
- b. NO → SKIP TO S15
- c. DK → SKIP TO S15
- d. RF → SKIP TO S15

ASK THE FOLLOWING QUESTIONS FOR EACH INFECTION REPORTED:

S2. ¿Fue la infección diagnosticada por un médico u otro proveedor de atención médica? IF ONLY DIAGNOSED WITH KIT TEST RESULT, ENTER "No".

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

S3. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tomó algún medicamento o remedio para infección?

- a. YES → CONTINUE TO S4
- b. NO → SKIP TO S15
- c. DK → SKIP TO S15
- d. RF → SKIP TO S15

ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICINE USED:

| Row # |             | QUESTION              | RESPONSE                            |
|-------|-------------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1     | S4.<br>S18. | ¿Qué tomó?/¿Algo más? | MEDICATION: _____<br><br>DK      RF |

BD-STEPS II CATI

Spanish Translation

(Matches 4/3/24 English version)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>S4, S18: (UTI or PID MEDS): PROBE: IF CAN'T RECALL READ FROM DRUG LIST:</p> <p>Amoxicilina<br/>Amoxil<br/>Augmentin<br/>Azitromicina<br/>Bactrim<br/>Biaxin<br/>Ceftriaxona sódica<br/>Cipro<br/>Doxiciclina<br/>EES<br/>Erythrocine<br/>Eritromicina<br/>Furadantin<br/>Levaquin<br/>Macrobid<br/>Macrofantina<br/>Nitrofurantoina<br/>Nitrofurantoina Macrocrystals<br/>Penicilina NOS<br/>Rebetol<br/>Septra<br/>Trimetoprim-sulfamethoxazole<br/>Trimox<br/>Vibramycin<br/>Virazole<br/>Zithromax<br/>Antibiotic NOS</p> | <p>S4: IF NO/DK/RF → SKIP TO S15</p> <p>S18: IF NO/DK/RF → SKIP TO S29</p> <p>S32: IF NO/DK/RF → SKIP TO S43</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>S32 (STD MEDS): [PROBE: IF CAN'T RECALL READ FROM DRUG LIST]</p> <p>Aciclovir<br/>Aldara<br/>Condylox<br/>Famciclovir<br/>Famvir<br/>Imiquimod<br/>Podofilox<br/>Podofilina<br/>Acido Tricloroacético (TCA)<br/>Valaciclovir<br/>Valtrex<br/>Zovirax</p> |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|   |              |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
|---|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |              | Zyclara                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
| 2 | S5.<br>S19.  | ¿Usó [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?                                                                                                                   | YES → SKIP TO ROW 6<br><br>NO DK RF → CONTINUE TO ROW 3                                                                             |
| 3 | S6.<br>S20.  | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] para infección por primera vez durante ese período?                                                                                                                                               | MM/DD/YYYY __/__/____ or<br>MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br><br>DK RF                                                         |
| 4 | S7.<br>S21.  | ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] por última vez durante ese período?                                                                                                                                                                         | MM/DD/YYYY __/__/____ or DK RF<br><br>MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br>→ IF VALID START AND STOP DATE, SKIP ROW 5<br><br>DK RF |
| 5 | S8.<br>S22.  | ¿Por cuánto tiempo lo tomó?                                                                                                                                                                                                                              | AMOUNT: _____<br><br>Días Semanas Meses<br><br>DK RF                                                                                |
| 6 | S9.<br>S23.  | ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses. | AMOUNT: _____<br><br>Por día/ Por semana/ Por Mes/ Por Periodo<br><br>DK RF                                                         |
| 7 | S10.<br>S24. | ¿Tomó la misma dosis de medicamento cada vez que lo tomó desde [B1] hasta [P4(-1)]? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis.                                                                                | YES, DK, RF → Continue to Row 8<br><br>NO → Skip to Row 9                                                                           |
| 8 | S11.<br>S25. | ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] tomó cada vez que la tomó?                                                                                                                                                                                 | AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS<br><br>UNITS: _____ DK<br><br>S11 → SKIP TO S15<br><br>S25 → SKIP TO S29<br><br>S39 → SKIP TO S43 |

|    |                |                                                                                          |                                                                                                                        |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | S12a.<br>S26a. | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?                                        | AMOUNT:_____ RF                                                                                                        |
| 10 | S12b.<br>S26b. | ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER S4, S18, S32] tomó la [1st, 2 <sup>nd</sup> , etc.] vez? | AMOUNT:_____ DK, RF → SKIP UNITS<br>UNITS:_____ DK RF                                                                  |
| 11 | S13.<br>S27.   | ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?                                                       | MM/DD/YYYY __/__/____ or<br>MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br>DK RF                                                |
| 12 | S14.<br>S28.   | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?                                                         | MM/DD/YYYY __/__/____ or<br>MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br>→ IF VALID START AND STOP DATE, SKIP ROW 13<br>DK RF |
| 13 | S14a<br>S28a   | ¿Por cuánto tiempo la tomó?                                                              | AMOUNT:_____<br>Días Semanas Meses<br>DK RF                                                                            |

**AFTER S14, CONTINUE WITH S15 BELOW. AFTER S28a, CONTINUE WITH S29 BELOW.  
FOR S15-S28, FOR S29 –SXX, USE SAME RESPONSES AND SKIP PATTERNS AS FOR SIMILAR QUESTIONS  
IN S1-S14 ABOVE.**

- S15. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tuvo alguna enfermedad pélvica inflamatoria o EPI?
- YES → CONTINUE TO S16
  - NO → SKIP TO S29
  - DK → SKIP TO S29
  - RF → SKIP TO S29
- S16. ¿Fue la enfermedad pélvica inflamatoria o EPI diagnosticados por un médico u otro proveedor de atención médica?
- YES
  - NO
  - DK
  - RF

- S17. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿Tomó algún medicamento o remedio para su enfermedad pélvica inflamatoria o EPI?
- a. YES → **CONTINUE TO S18 IN TABLE ABOVE**
  - b. NO → SKIP TO S29
  - c. DK → SKIP TO S29
  - d. RF → SKIP TO S29

**AFTER S18 – S28 IN TABLE ABOVE, CONTINUE:**

**Questions S29-S42 were removed.**

- S43. Desde el mes antes de embarazarse y hasta el final del tercer mes del embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿Tuvo alguna infección vaginal por hongos?
- a. YES → CONTINUE TO S29a
  - b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
  - c. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION
- S44. ¿La infección por levaduras fue diagnosticada por un médico u otro proveedor de atención médica?
- a. YES
  - b. NO
  - c. DK
  - d. RF
- S45. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿Tomó algún medicamento o remedios para la infección de levadura?
- a. YES → CONTINUE TO S46
  - b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
  - c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
  - d. RF → SKIP TO NEXT SECTION
- S46. ¿Tomó algún medicamento recetado por un médico o alguno que no requiere receta médica? SELECT ALL THAT APPLY
- a. Medicamentos con receta
  - b. Un medicamento que no requiere receta médica
  - c. DK
  - d. RF
- S47. ¿Usó un medicamento que insertó o se aplicó en el exterior o una pastilla que se tragó? SELECT ALL THAT APPLY
- a. Producto externo o insertado → SKIP TO NEXT SECTION
  - b. Pastilla → SKIP TO NEXT SECTION
  - c. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION

- d. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- e. RF → SKIP TO NEXT SECTION

## Section T: INFECCIONES

| INFECTIONS – Gateway Table                                                                                                |                                 |                                 |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (FOLLOW-UP QUESTIONS FOR EVERY “YES” RESPONSE BEGIN IN NEXT TABLE)                                                        |                                 |                                 |                          |                          |                          |
| ¿ <u>Alguna vez</u> un médico u otro proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes infecciones? |                                 | IF YES, ASK FOLLOW-UP QUESTIONS | IF NO, ASK NEXT CATEGORY | IF DK, ASK NEXT CATEGORY | IF RF, ASK NEXT CATEGORY |
|                                                                                                                           |                                 | SÍ                              | NO                       | NO SABE                  | SE NEGÓ A RESPONDER      |
| T1.                                                                                                                       |                                 |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Virus del Zika                  |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Chikunguña                      |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Dengue                          |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Enfermedad de Lyme              |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Paludismo (malaria)             |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Virus del Nilo Occidental       |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Hepatitis A                     |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Hepatitis B                     |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Hepatitis C                     |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | VIH                             |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Sífilis                         |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Clamidia                        |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Gonorrea                        |                                 |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Virus del papiloma humano (VPH) |                                 |                          |                          |                          |

|  |                                                                             |        |  |  |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|
|  | ¿Alguna otra enfermedad de transmisión sexual, como herpes o tricomoniasis? | ¿Cuál? |  |  |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|

| For each infection that the mother reported, ask the following questions: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T2.                                                                       | ¿Cuándo se le diagnosticó la infección por primera vez?                                                                                                                                                                                                                                                               | a. MM/DD/AAAA O<br>b. Age in years<br>c. Time period ago<br>d. NO SABE<br>e. SE NEGÓ A RESPONDER               |
| T3.                                                                       | ¿Tuvo algún síntoma durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]], esto es desde [B3] hasta el final del embarazo? Por favor, tenga en cuenta que este es un periodo más largo que el que abarca la mayoría de las otras preguntas. | a. SÍ → CONTINUE TO T4<br>b. NO → SKIP TO 5<br>c. NO SABE → SKIP TO 5<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO 5    |
| T4.                                                                       | ¿Durante qué meses tuvo síntomas?                                                                                                                                                                                                                                                                                     | a. B3<br>b. B2<br>c. B1<br>d. P1<br>e. P2<br>f. P3<br>g. T2<br>h. T3<br>i. NO SABE<br>j. SE NEGÓ A RESPONDER   |
| T5.                                                                       | ¿Tomó algún medicamento o remedio contra [INFECTION] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]?                                                                                                                                 | a. SÍ → CONTINUE TO 6<br>b. NO → SKIP TO NEXT INFECTION/SECTION<br>c. NO SABE → SKIP TO NEXT INFECTION/SECTION |

|      |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                              | d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT INFECTION/SECTION                                                             |
| T6.  | ¿Qué tomó? ¿Tomó alguna otra cosa? [LIST ALL]                                                                                                                                                                                                | a. Medicamento: _____<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                                                       |
| T7.  | ¿Usó [MEDICINE] todo el tiempo desde los 3 meses antes del embarazo hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]?                                                                                  | a. SÍ → SKIP TO 11<br>b. NO → CONTINUE TO 8<br>c. NO SABE → CONTINUE TO 8<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO 8 |
| T8.  | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE] por primera vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]                                                                                                                                | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)<br>c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER     |
| T9.  | ¿Cuándo dejó de usar [MEDICINE] por última vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]                                                                                                                                   | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)<br>c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER     |
| T10. | <b>O</b><br><br>¿Por cuánto tiempo lo tomó?                                                                                                                                                                                                  | a. CANTIDAD: _____<br>i. Días<br>ii. Semanas<br>iii. Meses<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                  |
| T11. | ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo de [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante | a. CANTIDAD: _____<br>i. Por día<br>ii. Por semana<br>iii. Por mes                                                  |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | todo ese periodo.                                                                                                                                                                                                                                                      | vi. Por periodo [Note to interviewers that this refers to B3-end of pregnancy; e.g., if the mother only took the medication once during that entire time period they would put AMOUNT=1 per time period]<br><br>b. NO SABE<br><br>c. SE NEGÓ A RESPONDER |
| T12. | ¿Tomó la misma dosis del medicamento cada vez que lo tomó durante todo [B3] y hasta [DOIB/DOPT]? ¿Esto es, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis?                                                                                 | a. SÍ → CONTINUE TO 13<br>b. NO → SKIP TO 14<br>c. NO SABE → CONTINUE TO 13<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO 13                                                                                                                                   |
| T13. | ¿Cuál fue la dosis de [MEDICINE] que tomó cada vez que lo tomó?                                                                                                                                                                                                        | a. CANTIDAD: _____ → SKIP TO NEXT MEDICINE/INFECTION/SECTION<br><br>i. UNIDADES: _____<br><br>b. NO SABE → SKIP TO NEXT MEDICINE/INFECTION/SECTION<br><br>c. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT MEDICINE/INFECTION/SECTION                               |
| T14. | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage information she does remember. You may put additional details in a comment field.] | a. CANTIDAD: _____<br><br>b. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                                                                                                                                         |
| T15. | ¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó la [1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> , etc.] vez?                                                                                                                                                                                       | a. CANTIDAD: _____<br><br>i. UNIDADES: _____<br><br>b. NO SABE<br><br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                                                                                             |
| T16. | ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?                                                                                                                                                                                                                                     | a. MM/DD/AAAA o<br><br>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)<br><br>c. NO SABE                                                                                                                                                            |

|      |                                             |                                                                                                                 |
|------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                             | d. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                          |
| T17. | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?            | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)<br>c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER |
| T18. | <b>O</b><br><br>¿Por cuánto tiempo la tomó? | a. CANTIDAD: _____<br>i. Días<br>ii. Semanas<br>iii. Meses<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER              |

T19. ¿Ha tenido alguna vez una infección por coronavirus/por el virus que causa el COVID-19 o ha dado positivo en la prueba de COVID-19?

T20. ¿Cuántas infecciones por coronavirus/por el virus que causa el COVID-19 ha tenido? Puede que haya recibido más de un resultado positivo para una infección. Si se recuperó del COVID-19 y después se volvió a infectar por el virus que causa el COVID-19, eso cuenta como una infección aparte. [SI NO SE SABE LA CANTIDAD, SELECCIONE 1 Y PREGÚNTELE A LA MAMÁ LOS DETALLES SOBRE 1 INFECCIÓN QUE RECUERDE]. [HAGA LAS PREGUNTAS T21-T40 PARA CADA INFECCIÓN ENUMERADA].

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

| For each COVID infection that the mother reported, ask the following questions: |                                                                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| T21.                                                                            | Voy a hacerle una serie de preguntas sobre su [1. <sup>a</sup> /2. <sup>a</sup> /3. <sup>a</sup> /etc.] infección por el virus que causa el COVID-19. ¿Cuándo se le diagnosticó la infección por primera vez? |  |
| T22.                                                                            | ¿Le dijo un médico u otro proveedor de atención médica que usted tenía COVID-19?<br><br>[Si el diagnóstico fue hecho en un lugar donde se                                                                     |  |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | hacen pruebas sin bajarse del auto o por un técnico en una farmacia, seleccione "Sí"]                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                   |
| T23. | ¿Dio positivo en una prueba para hacerse en casa?                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| T24. | ¿Tuvo algún síntoma durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo con [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]], esto es desde [B3] hasta el final del embarazo? Por favor, tenga en cuenta que este es un periodo más largo que el que abarca la mayoría de las otras preguntas. |                                                                                                                                                                                                                                   |
| T25. | ¿Durante qué meses tuvo síntomas?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| T26. | ¿Cómo describiría el nivel de atención médica que recibió? Si contactó a un proveedor de atención médica por correo electrónico o teléfono o telemedicina, seleccione que recibió atención médica. [LEA LAS OPCIONES A-C]:                                                                                             | a. No buscó atención médica<br>b. Recibió atención médica, pero no la hospitalizaron<br>c. La hospitalizaron y no la ingresaron a la UCI<br>d. La hospitalizaron y la ingresaron a la UCI<br>i. NO SABE<br>j. SE NEGÓ A CONTESTAR |
| T27. | ¿Tomó algún medicamento o remedio contra [INFECCIÓN] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo con [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]?                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                   |
| T28. | ¿Qué tomó? / ¿Tomó o usó alguna otra cosa (como anticuerpos monoclonales, esteroides, antibióticos, ivermectina o hidroxiclороquina)?<br><br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | <b>COVID MEDICATION PROMPTS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | Acetaminofeno                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | Advil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | Ibuprofeno                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | Motrin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                   |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|      | Tylenol                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|      | Remdesivir                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|      | Paxlovid                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|      | OTRO, ESPECIFIQUE:                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| T29. | ¿Usó [MEDICAMENTO] todo el tiempo desde los 3 meses antes del embarazo hasta el final de su [embarazo con [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]?                                                                                                    |  |
| T30. | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICAMENTO] por primera vez durante este periodo? [PUEDE USAR "NO SABE" O "SE NEGÓ A CONTESTAR" PARA EL "MM" O EL "DD" O EL "AA"]                                                                                                         |  |
| T31. | ¿Cuándo usó [MEDICAMENTO] por última vez durante este periodo? [PUEDE USAR "NO SABE" O "SE NEGÓ A CONTESTAR" PARA EL "MM" O EL "DD" O EL "AA"]                                                                                                                     |  |
| T32. | <b>OR</b><br><br>¿Por cuánto tiempo lo tomó?                                                                                                                                                                                                                       |  |
| T33. | ¿Con qué frecuencia usó [MEDICAMENTO] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final de su [embarazo con [NOIB]; TAB: el embarazo que terminó el [DOIB/DOPT]]? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo ese periodo. |  |
| T34. | ¿Tomó la misma dosis del medicamento cada vez que lo tomó durante todo [B3] y hasta [DOIB/DOPT]? ¿Esto es, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis?                                                                             |  |
| T35. | ¿Qué dosis de [MEDICAMENTO] tomó cada vez?                                                                                                                                                                                                                         |  |
| T36. | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado? [Si la mamá sabe que tomó más de una dosis, pero                                                                                                                                                                  |  |

|      |                                                                                                                                                                                          |  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|      | no puede recordar cuántas, seleccione 1 para la cantidad de dosis y reporte la información de la dosis que sí recuerde. Puede escribir detalles adicionales en el campo de comentarios]. |  |
| T37. | ¿Qué dosis de [MEDICAMENTO] tomó la [1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> , etc.] vez?                                                                                                      |  |
| T38. | ¿Cuándo empezó a tomar esa dosis?                                                                                                                                                        |  |
| T39. | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?                                                                                                                                                         |  |
| T40. | <b>OR</b><br><br>¿Por cuánto tiempo la tomó?                                                                                                                                             |  |

## Section U: INFORMACIÓN SOBRE VIAJES

Las próximas preguntas son acerca de los lugares a los que podría haber viajado antes y durante su embarazo.

U1. ¿Pasó algún tiempo fuera del territorio continental de los Estados Unidos durante el periodo que va desde 3 meses antes del embarazo hasta el final del embarazo, esto es desde [B3] HASTA [DOIB/DOPT]? Nos interesa saber si viajó a otros países, a Hawái, o a un territorio de los Estados Unidos como Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. *[Note to interviewers: We are not interested in travel to Alaska in this question, even though it can be considered outside of the continental Unites States.]*

- a. SÍ → CONTINUE TO U2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

U2. ¿A dónde viajó? ¿Viajó a algún otro lugar?

*[Interviewer guidance will be provided that multiple locations (e.g. different cities) within a trip to a country/U.S. territory would only be recorded as a single location here.]*

Lugar [1]:  
Lugar [2]:  
Lugar [3]:  
Etc...

**ASK QUESTIONS U3 – U11 FOR EACH LOCATION, IF MULTIPLE TRIPS TO THE SAME LOCATION, RECORD EACH TRIP SEPARATELY**

U3. ¿Qué día comenzó su viaje a [Location[N]]?

- a. MM/DD/AAAA o MM/AAAA
- b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)
- c. NO SABE
- d. SE NEGÓ A RESPONDER

U4. ¿Qué día terminó su viaje a [Location[N]]?

- a. MM/DD/AAAA
  - b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)
  - c. NO SABE
  - d. SE NEGÓ A RESPONDER
- O**

U4a. ¿Cuánto duró su viaje?

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NO SABE SE NEGÓ A RESPONDER
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

U5. ¿Se enfermó durante su viaje a [Location[N]] o dentro del periodo de 2 semanas después de que regresó a los Estados Unidos?

- a. SÍ → CONTINUE TO U6
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

U6. ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas con esta enfermedad?

- a. Sarpullido: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- b. Conjuntivitis o "pink eye": SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- c. Dolor detrás de los ojos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- d. Dolor en las articulaciones: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- e. Dolor corporal en los músculos o los huesos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- f. Escalofríos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- g. Dolor de cabeza: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- h. Vómitos persistentes: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- i. Diarrea: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- j. Congestión nasal: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- k. Tos: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- l. Dolor de garganta: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- m. Dificultad para respirar: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER
- n. Fiebre: SÍ / NO / NO SABE / SE NEGÓ A RESPONDER

U7. ¿Tuvo algún otro síntoma con esta enfermedad?

- a. SÍ → CONTINUE TO U7a
- b. NO → SKIP TO U8
- c. NO SABE → SKIP TO U8
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO U8

U7a. ¿Qué otros síntomas tuvo?

Síntoma 1: \_\_\_\_\_

Síntoma 2: \_\_\_\_\_

[allow them to report as many additional symptoms as they had]

NO SABE  
SE NEGÓ A RESPONDER

U8. ¿Recibió el diagnóstico de un médico o de otro proveedor de atención médica?

- a. SÍ → CONTINUE TO U9
- b. NO → SKIP TO U10
- c. NO SABE → SKIP TO U10
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO U10

U9. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dieron?

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
NO SABE  
SE NEGÓ A RESPONDER

|       |                                                                                                                         |                                                                                                                                                |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U10.  | ¿Tomó algún medicamento o remedio para esta enfermedad en los 3 meses antes del embarazo y hasta el final del embarazo? | a. SÍ → CONTINUE TO U10a<br>b. NO → SKIP TO NEXT SECTION<br>c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION |
| U10a. | ¿Ya me dijo los medicamentos que tomó para esta enfermedad?                                                             | a. SÍ → SKIP TO NEXT SECTION<br>b. NO → CONTINUE TO U11<br>c. NO SABE → CONTINUE TO U11<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO U11            |
| U11.  | ¿Qué tomó? ¿Tomó alguna otra cosa? [LIST ALL]                                                                           | a. Medicamento: _____<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                  |
| U12.  | ¿Usó [MEDICINE] todo el tiempo desde los 3 meses antes del embarazo hasta el final del embarazo?                        | a. SÍ → SKIP TO U16<br>b. NO → CONTINUE TO U13<br>c. NO SABE → CONTINUE TO U13<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO U13                     |
| U13.  | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE] por primera vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]           | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B1, P1, P2, P3)                                                                                        |

|      |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                               | c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| U14. | ¿Cuándo dejó de usar [MEDICINE] por última vez durante este periodo? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]                                                                                                    | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B1, P1, P2, P3)<br>c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                                                                                                                                                                 |
| U15. | <b>O</b><br><br>¿Por cuánto tiempo lo tomó?                                                                                                                                                                   | a. CANTIDAD: _____<br>i. Días<br>ii. Semanas<br>iii. Meses<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                                                                                                                                                                              |
| U16. | ¿Con qué frecuencia usó [MEDICINE] durante los 3 meses antes del embarazo y hasta el final del embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses. | a. CANTIDAD: _____<br>i. Por día<br>ii. Por semana<br>iii. Por mes<br>vi. Por periodo [ <i>Note to interviewers that this refers to B3-end of pregnancy; e.g., if the mother only took the medication once during that entire time period they would put AMOUNT=1 per time period</i> ]<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER |
| U17. | ¿Tomó la misma dosis del medicamento cada vez que lo tomó durante todo [B3] y hasta [DOIB/DOPT]? ¿Esto es, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis?                        | a. SÍ → CONTINUE TO U18<br>b. NO → SKIP TO U19<br>c. NO SABE → CONTINUE TO U18<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER → CONTINUE TO U18                                                                                                                                                                                                      |
| U18. | ¿Cuál fue la dosis de [MEDICINE] que tomó cada vez que lo tomó?                                                                                                                                               | a. CANTIDAD: _____<br>i. UNIDADES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                           | b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                            |
| U19. | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado?<br>[If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage information she does remember. You may put additional details in a comment field.] | a. CANTIDAD:_____<br>b. SE NEGÓ A RESPONDER                                                                     |
| U20. | ¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó la [1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> , etc.] vez?                                                                                                                                                                                          | a. CANTIDAD:_____<br>i. UNIDADES:_____<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER                                  |
| U21. | ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?                                                                                                                                                                                                                                        | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)<br>c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER |
| U22. | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?                                                                                                                                                                                                                                          | a. MM/DD/AAAA o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B3, B2, B1, P1, P2, P3, T2, T3)<br>c. NO SABE<br>d. SE NEGÓ A RESPONDER |
| U23. | <b>O</b><br><br>¿Por cuánto tiempo la tomó?                                                                                                                                                                                                                               | a. CANTIDAD:_____<br>i. Días<br>ii. Semanas<br>iii. Meses<br>b. NO SABE<br>c. SE NEGÓ A RESPONDER               |

## Section V: MEDICATIONS / HERBALS / VITAMINS

Nos interesa saber sobre cualquier medicamento que haya tomado desde 1 mes antes de quedar embarazada, que sería el [B1], hasta el final del tercer mes de embarazo, que sería [P4(-1)]. Estos incluyen medicamentos con o sin receta. Incluya medicamentos que le haya recetado un profesional de la salud y medicamentos que quizás le hayan recetado a otra persona pero que usted utilizó. Posiblemente ya hayamos hablado sobre algunos de estos medicamentos, pero menciónelos nuevamente en respuesta a estas preguntas. Algunas veces puede utilizarse el mismo medicamento por diferentes motivos y esta es la razón de que algunas preguntas puedan parecer repetitivas. Para comenzar, le voy a preguntar si ha utilizado ciertos tipos de medicamentos y luego le preguntaré sobre su uso de medicamentos específicos. Si completó la hoja de medicamentos incluida en su paquete de presentación, sería útil tenerla en frente para estas preguntas. Para evitar que tenga que repetir información que ya cubrimos, puede que le pida su ayuda en recordar si ya nos dijo si esta usando algún medicamento y para cual condición medica. Desafortunadamente no podemos ver sus respuestas anteriores.

### Medication Categories

|       |  | QUESTION                                                                                                 | RESPONSES                       |                          |                          |                          |
|-------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|       |  |                                                                                                          | IF YES, ASK FOLLOW-UP QUESTIONS | IF NO, ASK NEXT CATEGORY | IF DK, ASK NEXT CATEGORY | IF RF, ASK NEXT CATEGORY |
|       |  | Desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿tomó.../did you get any vaccines (V154)?                                      |                                 |                          |                          |                          |
| V1.   |  | Pastillas o píldoras anticonceptivas? (V3)                                                               | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V18.  |  | Antibióticos (V20)                                                                                       | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V35.  |  | Medicamentos para el dolor que no requieren receta médica (V37)                                          | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V52.  |  | Medicamentos para el dolor con receta médica (V54)                                                       | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V69.  |  | Medicinas para ayudar a reducir el colesterol ("estatinas") (V71)                                        | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V86.  |  | Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar (V88)                                                        | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V103. |  | Medicamentos para ayudar con alergias o síntomas de resfriado (por ejemplo, secreción nasal, tos) (V105) | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V120. |  | Medicamentos para tratar una infección por un virus, como la influenza o gripe ("antiviral") (V122)      | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V137. |  | Medicamentos para ayudarle a dormir (V139)                                                               | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V154. |  | Desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿se puso alguna vacuna (WILL ONLY CAPTURE NAME & DATE OF VACCINES) (V156)      | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |
| V171. |  | Medicamentos para tratar las náuseas o                                                                   | Y                               | N                        | DK                       | RF                       |

los vómitos (V173)

|     |                                                                                                                                   |                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| V3. | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|     | <b>BIRTH CONTROL PILLS PROMPTS:</b>                                                                                               | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|     | Apri                                                                                                                              | Y                                                                       |
|     | Aviane (21,28)                                                                                                                    | Y                                                                       |
|     | Beyaz                                                                                                                             | Y                                                                       |
|     | Brevicon (21,28)                                                                                                                  | Y                                                                       |
|     | Camila                                                                                                                            | Y                                                                       |
|     | Cryselle 28                                                                                                                       | Y                                                                       |
|     | Cyclessa                                                                                                                          | Y                                                                       |
|     | Desogen                                                                                                                           | Y                                                                       |
|     | Jolivette                                                                                                                         | Y                                                                       |
|     | Kariva                                                                                                                            | Y                                                                       |
|     | Levora NOS                                                                                                                        | Y                                                                       |
|     | Lo Loestrin Fe                                                                                                                    | Y                                                                       |
|     | Lo Ovral 21                                                                                                                       | Y                                                                       |
|     | Loseasonique                                                                                                                      | Y                                                                       |
|     | Low-Ogestrel (21,28)                                                                                                              | Y                                                                       |
|     | Micronor                                                                                                                          | Y                                                                       |
|     | Mircette                                                                                                                          | Y                                                                       |
|     | Nor QD                                                                                                                            | Y                                                                       |
|     | Nora Be                                                                                                                           | Y                                                                       |
|     | Nordette (21,28)                                                                                                                  | Y                                                                       |
|     | Ogestrel 0.5/50                                                                                                                   | Y                                                                       |
|     | Ortho-Cept                                                                                                                        | Y                                                                       |
|     | Ortho-Cyclen                                                                                                                      | Y                                                                       |
|     | Ortho-Novum 1/35 (21,28)                                                                                                          | Y                                                                       |
|     | Ortho-Novum 7/7/7 21,28                                                                                                           | Y                                                                       |
|     | Ortho Tri Cyclen                                                                                                                  | Y                                                                       |
|     | Ortho Tri Cyclen Lo                                                                                                               | Y                                                                       |
|     | Ovcon 35 (21,28)                                                                                                                  | Y                                                                       |
|     | Ovcon 50 (21,28)                                                                                                                  | Y                                                                       |
|     | Portia 28                                                                                                                         | Y                                                                       |
|     | Seasonale                                                                                                                         | Y                                                                       |
|     | Seasonique                                                                                                                        | Y                                                                       |
|     | Sprintec                                                                                                                          | Y                                                                       |
|     | Trinessa                                                                                                                          | Y                                                                       |
|     | Tri-Norinyl 21,28                                                                                                                 | Y                                                                       |
|     | Tri-Sprintec 28                                                                                                                   | Y                                                                       |

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|                                                                                             |      |                                                                                                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                             |      | Trivora                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Yasmin                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Yaz                                                                                                                               | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5. |      |                                                                                                                                   |                                                                         |
|                                                                                             | V20. | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                                             |      | <b>ANTIBIOTICS PROMPTS:</b>                                                                                                       | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                                             |      | Amoxicilina                                                                                                                       | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Amoxil                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Augmentin                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Biaxin                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Cipro                                                                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Ciprofloxacino                                                                                                                    | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Cleocin                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Doxiciclina                                                                                                                       | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Erythromycin                                                                                                                      | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Flagyl                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Macroantina                                                                                                                       | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Nitrofurantoina                                                                                                                   | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Penicilina                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Trimetoprim-Sulfametoxazol                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Vancocin                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Vibramycin                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Zithromax                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | Z-Pak                                                                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                                             |      | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.                             |      |                                                                                                                                   |                                                                         |

|                                                                        |      |                                                                                                                                   |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | V37. | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                        |      | <b>OVER-THE-COUNTER PAIN RELIEVERS</b><br><b>PROMPTS:</b>                                                                         | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                        |      | Acetaminofén                                                                                                                      | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Advil                                                                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Aleve                                                                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Aspirina                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Excedrin Extra Fuerte<br>Capsulas/Pastillas/Tabletas de Gelatina                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Ibuprofeno                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Motrin                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Naproxeno Sódico                                                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Tylenol                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        |      | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    |                                                                         |
| <b>FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.</b> |      |                                                                                                                                   |                                                                         |
|                                                                        | V54. | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                        |      | <b>PRESCRIPTION PAIN RELIEVERS</b>                                                                                                | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                        |      | Celebrex                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Bitartrato De Hidrocodona + Acetaminofén                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Lorcet                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Lortab                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Neurontin                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Oxycodona/Acetaminofén                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Oxycontin                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Percocet                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Roxicet                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Tramadol                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Tramadol Hcl/ Acetaminofén                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Tylenol #1,#2,#3,#4                                                                                                               | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Ultram                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        |      | Vicodin                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        |      | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    | Y                                                                       |
| <b>FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.</b> |      |                                                                                                                                   |                                                                         |
|                                                                        | V71. | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /                                                                                            |                                                                         |

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|                                                                                             |  |                                                                                         |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                             |  | ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                                             |  | <b>MEDICINES TO HELP LOWER YOUR CHOLESTEROL ("STATINS")</b>                             | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                                             |  | Altoprev                                                                                | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Atorvastatina                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Crestor                                                                                 | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Fluvastatina                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Lescol                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Lipitor                                                                                 | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Livalo                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Lovastatin                                                                              | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Mevacor                                                                                 | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Pitavastatina                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Pravachol                                                                               | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Pravastatin Sódica                                                                      | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Rosuvastatina Calcica                                                                   | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Simvastatina                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Zocor                                                                                   | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | OTHER, SPECIFY                                                                          | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5. |  |                                                                                         |                                                                         |

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| V88.                                                                                        | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                                             | <b>MEDICINES TO HELP YOU QUIT SMOKING</b>                                                                                         | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                                             | Budeprion SR                                                                                                                      | Y                                                                       |
|                                                                                             | Bupropion HCL                                                                                                                     | Y                                                                       |
|                                                                                             | Chantix                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             | Clonidina                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                                             | Nicoderm CQ                                                                                                                       | Y                                                                       |
|                                                                                             | Nicorette Gum                                                                                                                     | Y                                                                       |
|                                                                                             | Goma De Mascar De Nicotina                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                                             | Inhalador De Nicotina                                                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                                             | Nicotrol Inhalante                                                                                                                | Y                                                                       |
|                                                                                             | Nortriptilina                                                                                                                     | Y                                                                       |
|                                                                                             | Pamelor                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             | Tartrato De Vareniclina                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                                             | Wellbutrin                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                                             | Wellbutrin XL                                                                                                                     | Y                                                                       |
|                                                                                             | Zyban                                                                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                                             | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5. |                                                                                                                                   |                                                                         |

|                                                                        |                                                                                                                                   |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| V105.                                                                  | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                        | <b>MEDICINES TO HELP WITH ALLERGIES OR COLD SYMPTOMS (E.G. RUNNY NOSE, COUGH)</b>                                                 | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                        | Afrin 12 Hour Aerosol/Atomizador Nasal                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        | Allegra                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        | Allegra D                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                        | Benadryl                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        | Clarinex                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        | Clarinex D                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        | Claritin                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        | Claritin D                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        | Delsym 12 Hour Cough Relief                                                                                                       | Y                                                                       |
|                                                                        | Mucinex                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        | Mucinex DM                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        | Fenilefrina                                                                                                                       | Y                                                                       |
|                                                                        | Pseudoefedrina                                                                                                                    | Y                                                                       |
|                                                                        | Sudafed PE Nasal Decongestant                                                                                                     | Y                                                                       |
|                                                                        | Sudafed Nasal Decongestant                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        | Zyrtec                                                                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                        | Zyrtec D                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4.        |                                                                                                                                   |                                                                         |
| V122.                                                                  | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?                                         | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                        | <b>MEDICINE TO TREAT AN INFECTION WITH A VIRUS, LIKE THE FLU ("ANTIVIRAL")</b>                                                    | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                        | Aciclovir                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                        | Amantadina                                                                                                                        | Y                                                                       |
|                                                                        | Combivir                                                                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                        | Oseltamivir Fosfato                                                                                                               | Y                                                                       |
|                                                                        | Relenza                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        | Tamiflu                                                                                                                           | Y                                                                       |
|                                                                        | Zanamivir                                                                                                                         | Y                                                                       |
|                                                                        | OTHER, SPECIFY:                                                                                                                   | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH T4/ROW V4/ROW 1-V24/ROW 4. |                                                                                                                                   |                                                                         |
| V139.                                                                  | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /                                                                                            |                                                                         |

## BD-STEPS II CATI

Spanish Translation

(Matches 4/3/24 English version)

|                                                                                             |  |                                                                                         |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                             |  | ¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY |
|                                                                                             |  | <b>MEDICINE TO HELP YOU SLEEP ("SLEEP AID")</b>                                         | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                 |
|                                                                                             |  | Ambien                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Benadryl                                                                                | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Compoz                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Difenhidramina                                                                          | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Doxilamina                                                                              | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Eszopiclona                                                                             | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Planta Medicinal Kava-Kava                                                              | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | L-Triptofano                                                                            | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Lunesta                                                                                 | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Melatonina                                                                              | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Nytol                                                                                   | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Prosom                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Ramelteon                                                                               | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Restoril                                                                                | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Rozerem                                                                                 | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Sleepinal                                                                               | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Sominex                                                                                 | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Sonata                                                                                  | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Triptofano                                                                              | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Extracto De Valeriana                                                                   | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Zaleplon                                                                                | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Tartrato De Zolpidem                                                                    | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Zzzquil Liquicaps Sleep-Aid                                                             | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | Zzzquil Liquid Sleep-Aid                                                                | Y                                                                       |
|                                                                                             |  | OTHER, SPECIFY:                                                                         | Y                                                                       |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1 THROUGH V6/ROW 3 AND SKIP TO V8/ROW 5. |  |                                                                                         |                                                                         |

|                                  |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V156.                            | ¿Qué vacunas te pusiste? Le haremos preguntas sobre las vacunas contra el COVID-19 más adelante.<br><br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO NEXT CATEGORY<br>RF → SKIP TO NEXT CATEGORY                                                                                   |
|                                  | <b>Vaccines</b>                                                                                                                              | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                                                                                                   |
|                                  | COVID-19                                                                                                                                     | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Chickenpox Vaccine                                                                                                                           | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra La Influenza                                                                                                                   | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra La Hepatitis A                                                                                                                 | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra La Hepatitis B                                                                                                                 | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra El VPH (Virus Del Papiloma Humano)                                                                                             | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra El Meningococo                                                                                                                 | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra El Sarampión, Paperas, Y Rubeola                                                                                               | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Polivalente Contra El Neumococo                                                                                                       | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra El Herpes Zóster                                                                                                               | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | Vacuna Contra La Varicela                                                                                                                    | Y                                                                                                                                                         |
|                                  | OTHER, SPECIFY _____                                                                                                                         | Y                                                                                                                                                         |
| V156a                            | [Only for those who report getting the COVID-19 vaccine]: ¿Sabe qué tipo de vacuna contra el COVID-19 le pusieron? ¿Cuál fue?                |                                                                                                                                                           |
| V157.                            | ¿Cuándo te pusiste la vacuna contra [NAME OF VACCINE]?                                                                                       | a. MM/DD/YYYY or<br>b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3)<br>o<br>c. Hace cuánto tiempo (con unidades para días, semanas, meses, años)<br>d. DK<br>e. RF |
| V157a                            | [Only for those who report getting the COVID-19 vaccine]: ¿Cuándo se puso la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19?                  | a. Did not receive 2nd dose or                                                                                                                            |
| CONTINUE TO V171, NEXT CATEGORY. |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|                                                                 |       |                                                                                                                                   |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 | V173. | ¿Cuál era el nombre del medicamento? /<br>¿Tomó algún otro medicamento de esta categoría?<br><b>PROBE: READ LIST IF NECESSARY</b> | NAME: _____<br>DK → SKIP TO SPECIFIC MEDICINES<br>RF → SKIP TO SPECIFIC MEDICINES |
|                                                                 |       | <b>MEDICINES TO TREAT NAUSEA OR VOMITING</b>                                                                                      | <b>SELECT EACH YES:</b>                                                           |
|                                                                 |       | Benadryl                                                                                                                          | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Bonine                                                                                                                            | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Difenhidramina                                                                                                                    | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Doxilamina                                                                                                                        | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Jengibre                                                                                                                          | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Metoclopramida                                                                                                                    | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Ondansetron                                                                                                                       | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Phenergan                                                                                                                         | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Preggie Pops (Various Flavors)                                                                                                    | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Prometazina                                                                                                                       | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Reglan                                                                                                                            | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Tigan                                                                                                                             | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Unisom Tablets                                                                                                                    | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Vitamina B6                                                                                                                       | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | Zofran                                                                                                                            | Y                                                                                 |
|                                                                 |       | OTHER, SPECIFY                                                                                                                    | Y                                                                                 |
| FOR EACH REPORTED DRUG ABOVE, CONTINUE WITH V4/ROW 1-V24/ROW 4. |       |                                                                                                                                   |                                                                                   |

| ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICINE USED IN T1 THROUGH T137 AND T171. NOT ASKED OF VACCINES. |                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Row                                                                                        | Quex #                                                                        | Question Text                                                                    | Responses                                                                                                                                                                                   |
| 1                                                                                          | V4<br>V21<br>V38<br>V55<br>V72<br>V89<br>V106<br>V123<br>V140<br>V157<br>V174 | ¿Ya me dijo antes en la entrevista que tomó este medicamento?                    | a. YES → Continue to V5/Row2<br>b. NO → Continue to V24/Row 4 or Skip to V8/Row 5<br>c. DK → Continue to V24/Row 4 or Skip to V8/Row 5<br>d. RF → Continue to V24/Row 4 or Skip to V8/Row 5 |
| 2                                                                                          | V5<br>V22<br>V39<br>V56<br>V73<br>V90<br>V107<br>V124<br>V141<br>V175         | ¿Me podría recordar para que condición médica se tomó este medicamento?          | a. CONDITION _____<br>b. DK<br>c. RF                                                                                                                                                        |
| 3                                                                                          | V6<br>V23<br>V40<br>V57<br>V74<br>V91<br>V108<br>V125<br>V176                 | ¿Tomó este medicamento por algún otro motivo del que no hayamos hablado todavía? | a. YES → CONTINUE TO V24/ROW 4 OR SKIP TO V8/ROW 5<br>b.. NO/DK/RF → CONTINUE TO NEXT MEDICATION CATEGORY OR SKIP TO SPECIFIC MEDICATIONS INTRO                                             |

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                                                                                                |                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FOR ALL MEDICATION CATEGORIES, EXCEPT BIRTH CONTROL PILLS, STATINS, SMOKING CESSATION MEDICATIONS, SLEEP AIDS, AND VACCINES → ASK V24/ROW 4; FOR THE AFOREMENTIONED CATEGORIES, SKIP TO V8/ROW 5. |                                                                        |                                                                                                                                |                                                                                                                             |
| 4                                                                                                                                                                                                 | V24<br>V41<br>V58<br>V109<br>V126<br>V177                              | ¿Por qué tomó [MEDICATION]?                                                                                                    | a. REASON: _____<br>b. DK<br>c. RF                                                                                          |
| 5                                                                                                                                                                                                 | V8<br>V25<br>V42<br>V59<br>V76<br>V93<br>V110<br>V127<br>V144<br>V178  | ¿Usó [MEDICATION] todo el tiempo entre el mes <u>anterior a quedar embarazada</u> y el final del tercer mes del embarazo?      | a. YES → Skip to V12/Row 9<br>b. NO → Continue to V9/Row 6<br>c. DK → Continue to V9/Row 6<br>d. RF → Continue to V9/Row 6  |
| 6                                                                                                                                                                                                 | V9<br>V26<br>V43<br>V60<br>V77<br>V94<br>V111<br>V128<br>V145<br>V179  | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICATION] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo? | a. MM/DD/YYYY or<br>b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3)<br>c. DK<br>d. RF                                                |
| 7                                                                                                                                                                                                 | V10<br>V27<br>V44<br>V61<br>V78<br>V95<br>V112<br>V129<br>V146<br>V180 | ¿Cuándo tomó [MEDICATION] por última vez durante este período?                                                                 | a. MM/DD/YYYY or<br>b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3) ? If valid stop and start date, skip V11/Row 8<br>c. DK<br>d. RF |

|    |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | V11<br>V28<br>V45<br>V62<br>V79<br>V96<br>V113<br>V130<br>V147<br>V181 | ¿Por cuánto tiempo lo tomó [ANSWER]?                                                                                                                                                                                                                                       | AMOUNT: _____<br><br>DIAS                      SEMANAS                      MESES<br><br>DK                      RF                |
| 9  | V12<br>V29<br>V46<br>V63<br>V80<br>V97<br>V114<br>V131<br>V148<br>V182 | ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICATION] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.                                      | AMOUNT: _____<br>Por día/ Por Semana/ Por Mes/ Por Periodo<br><br>DK                      RF                                       |
| 10 | V13<br>V30<br>V47<br>V64<br>V81<br>V98<br>V115<br>V132<br>V149<br>V183 | ¿Tomó la misma dosis de medicamento, cada vez que lo tomó, en todo el tiempo que lo tomó durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis. | a. YES → CONTINUE TO V14/ROW 11<br>b. NO → SKIP TO V15a/ROW 12<br>c. DK → CONTINUE TO V14/ROW 11<br>d. RF → CONTINUE TO V14/ROW 11 |
| 11 | V14<br>V31<br>V48<br>V65<br>V82<br>V99<br>V116<br>V133<br>V150<br>V184 | ¿Qué dosis de [MEDICATION] tomó cada vez que la tomó?                                                                                                                                                                                                                      | AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS<br><br>UNITS: _____ DK<br><br>SKIP TO V18/NEXT CATEGORY                                          |

|    |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | V15a<br>V32a<br>V49a<br>V66a<br>V83a<br>V100a<br>V117a<br>V134a<br>V151a<br>V185a | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado [IF MOM KNOWS SHE TOOK MORE THAN ONE DOSAGE, BUT CAN'T REMEMBER HOW MANY, SELECT 1 FOR THE NUMBER OF DOSAGES AND REPORT THE DOSAGE INFO SHE DOES REMEMBER. YOU MAY PUT ADDITIONAL DETAILS IN A COMMENT FIELD.] | AMOUNT_____ RF                                                                                                             |
| 13 | V15b<br>V32b<br>V49b<br>V66b<br>V83b<br>V100b<br>V117b<br>V134b<br>V151b<br>V185b | ¿Qué dosis de [MEDICATION] tomó la [1st, 2 <sup>nd</sup> , etc.] vez?                                                                                                                                                                                          | AMOUNT:_____ DK, RF →SKIP UNITS<br><br>UNITS:_____ DK                                                                      |
| 14 | V16<br>V33<br>V50<br>V67<br>V84<br>V101<br>V118<br>V135<br>V152<br>V186           | ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?                                                                                                                                                                                                                             | a. MM/DD/YYYY or<br>b. Month of pregnancy (B1, P1, P2, P3)<br>c. DK<br>d. RF                                               |
| 15 | V17<br>V34<br>V51<br>V68<br>V85<br>V102<br>V119<br>V136<br>V153<br>V187           | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?                                                                                                                                                                                                                               | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V17a/ROW 16<br>c. DK<br>d. RF |

|       |       |                             |               |         |       |
|-------|-------|-----------------------------|---------------|---------|-------|
| 16    | V17a  | ¿Por cuánto tiempo la tomó? | AMOUNT: _____ |         |       |
|       | V34a  |                             | Dias          | Semanas | Meses |
|       | V51a  |                             |               |         |       |
|       | V68a  |                             |               |         |       |
|       | V85a  |                             | DK            | RF      |       |
|       | V102a |                             |               |         |       |
|       | V119a |                             |               |         |       |
|       | V136a |                             |               |         |       |
|       | V153a |                             |               |         |       |
| V187a |       |                             |               |         |       |

AFTER V17, CONTINUE TO V18 AT BEGINNING OF TABLE, OR NEXT CATEGORY.

CYCLE BACK UP TO NEXT MEDICATION CATEGORY ON THE LIST AND CONTINUE WITH QUESTIONS UNTIL YOU HAVE ASKED ABOUT EACH MEDICATION CATEGORY THROUGH THOSE FOR NAUSEA AND VOMITING.

| SPECIFIC MEDICATIONS:                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                       |                                                 |                            |                            |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de medicamentos específicos. A medida que lea la lista, dígame Sí o No para cada medicamento. Posiblemente ya hayamos hablado sobre algunos de estos medicamentos, pero, méncionelos nuevamente en respuesta a estas preguntas. |       |                                       |                                                 |                            |                            |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |       | Desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿tomó...?  | IF YES,<br>ASK NEXT<br>QUESTION<br>IN ROW<br>17 | IF NO,<br>ASK NEXT<br>DRUG | IF DK, ASK<br>NEXT<br>DRUG | IF RF, ASK<br>NEXT<br>DRUG |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V188. | Prozac                                | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V203. | Wellbutrin                            | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V218. | Paxil                                 | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V233. | Zoloft                                | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V248. | Effexor                               | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V263. | Celexa                                | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V278. | Lexapro                               | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V293. | Cymbalta                              | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V308. | Abilify                               | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V323. | Seroquel                              | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V338. | Zyprexa                               | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V353. | Depakene, Depakote, o Acido Valproico | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V368. | Dilantin o Phenytoin                  | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V383. | Felbatol                              | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V398. | Klonopin o Clonazepam                 | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V413. | Lamictal                              | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | V428. | Fenobarbital                          | Y                                               | N                          | DK                         | RF                         |

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|  |       |                          |   |                 |                 |                 |
|--|-------|--------------------------|---|-----------------|-----------------|-----------------|
|  | V443. | Topiramate o Topamax     | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V458. | Furadantin               | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V473. | Macrofantina             | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V488. | Qsymia                   | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V503. | Talidomida               | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V518. | Accutane or Isotretinoin | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V533. | CellCept                 | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V548. | Myfortic                 | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V563. | Cytotec                  | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V578. | Misoprostol              | Y | N               | DK              | RF              |
|  | V593. | Metotrexato              | Y | N               | DK              | RF              |
|  |       |                          |   | Skip to<br>V608 | Skip to<br>V608 | Skip to<br>V608 |

**ASK THIS SERIES FOR EACH MEDICATION TAKEN IN V188-V593:**

| Row | Quex #                                                                                                                                                                                                               | Question Text                                            | Responses                                                                                                                     |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17  | V189<br>V204<br>V219<br>V234<br>V249<br>V264<br>V279<br>V309<br>V324<br>V339<br>V354<br>V369<br>V384<br>V399<br>V414<br>V429<br>V444<br>V459<br>V474<br>V489<br>V504<br>V519<br>V534<br>V549<br>V564<br>V579<br>V594 | ¿Ya me dijo antes en la entrevista que tomó[MEDICATION]? | a. YES → Continue to V190/Row 18<br>b. NO → Skip to V192/Row 20<br>c. DK → Skip to V192/Row 20<br>d. RF → Skip to V192/Row 20 |

|    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |                                               |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 18 | V190<br>V205<br>V220<br>V235<br>V250<br>V265<br>V280<br>V295<br>V310<br>V325<br>V340<br>V355<br>V370<br>V385<br>V400<br>V415<br>V430<br>V445<br>V460<br>V475<br>V490<br>V505<br>V520<br>V535<br>V550<br>V565<br>V580<br>V595 | ¿Me podría recordar para que condición médica se tomó este medicamento? | CONDITION _____<br>DK                      RF |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

|    |                                                                                                                      |                                                                                  |                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | V191<br>V206<br>V221<br>V236<br>V251<br>V266<br>V281<br>V296<br>V311<br>V326<br>V341<br>V356<br>V371<br>V386<br>V401 | ¿Tomó este medicamento por algún otro motivo del que no hayamos hablado todavía? | a. YES → CONTINUE TO V192/ROW 20<br>b. NO → SKIP TO V203/NEXT MEDICINE<br>c. DK → SKIP TO V203/NEXT MEDICINE<br>d. RF → SKIP TO V203/NEXT MEDICINE |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|  |                                                                                                      |  |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | V416<br>V431<br>V446<br>V461<br>V476<br>V491<br>V506<br>V521<br>V536<br>V551<br>V566<br>V581<br>V596 |  |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|    |                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| 20 | V192<br>V207<br>V222<br>V237<br>V252<br>V267<br>V282<br>V297<br>V312<br>V327<br>V342<br>V357<br>V372<br>V387<br>V402<br>V417<br>V432<br>V447<br>V462<br>V477<br>V492<br>V507<br>V522<br>V537<br>V552<br>V567<br>V582<br>V597 | ¿Por qué tomó [MEDICINE]? | a. REASON: _____<br>b. DK<br>c. RF |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|

|    |              |                                                                                         |                              |
|----|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 21 | V193<br>V208 | ¿Usó [MEDICINE] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del | a. YES → SKIP TO V197/ROW 25 |
|----|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                               |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | V223<br>V238<br>V253<br>V268<br>V283<br>V298<br>V313<br>V328<br>V343<br>V358<br>V373<br>V388<br>V403<br>V418<br>V433<br>V448<br>V463<br>V478<br>V493<br>V508<br>V523<br>V538<br>V553<br>V568<br>V583<br>V598 | tercer mes del embarazo ? | b. NO → CONTINUE TO V194/ROW 22<br><br>c. DK → CONTINUE TO V194/ROW 22<br><br>d. RF → CONTINUE TO V194/ROW 22 |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                                                                         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 22 | V194<br>V209<br>V224<br>V239<br>V254<br>V269<br>V284<br>V299<br>V314<br>V329<br>V344<br>V359<br>V374<br>V389<br>V404<br>V419<br>V434<br>V449 | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo? | a. MM/DD/YYYY or<br><br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br><br>c. DK<br><br>d. RF |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|  |                                                                              |  |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | V464<br>V479<br>V494<br>V509<br>V524<br>V539<br>V554<br>V569<br>V584<br>V599 |  |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | V195<br>V210<br>V225<br>V240<br>V255<br>V270<br>V285<br>V300<br>V315<br>V330<br>V345<br>V360<br>V375<br>V390<br>V405<br>V420<br>V435<br>V450<br>V465<br>V480<br>V495<br>V510<br>V525<br>V540<br>V555<br>V570<br>V585<br>V600 | ¿Cuándo tomó [MEDICINE] por última vez durante este período? | a. MM/DD/YYYY or<br><br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V196/ROW 24<br><br>c. DK<br><br>d. RF |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                      |                                        |                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 | V196<br>V211<br>V226<br>V241<br>V256 | ¿Por cuánto tiempo lo tomó [MEDICINE]? | AMOUNT: _____<br><br>Días                      Semanas                      Meses<br><br>DK                      RF |
|----|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                      |  |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | V271<br>V286<br>V301<br>V316<br>V331<br>V346<br>V361<br>V376<br>V391<br>V406<br>V421<br>V436<br>V451<br>V466<br>V481<br>V496<br>V511<br>V526<br>V541<br>V556<br>V571<br>V586<br>V601 |  |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|    |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | V197<br>V212<br>V227<br>V242<br>V257<br>V272<br>V287<br>V302<br>V317<br>V332<br>V347<br>V362<br>V377<br>V392<br>V407<br>V422<br>V437<br>V452<br>V467<br>V482<br>V497<br>V512 | ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses. | AMOUNT: _____<br>Por día/ Por semana/ Por Mes/ Por Periodo<br><br>DK                  RF |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                              |  |  |
|--|----------------------------------------------|--|--|
|  | V527<br>V542<br>V557<br>V572<br>V587<br>V602 |  |  |
|--|----------------------------------------------|--|--|

|    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 | V198<br>V213<br>V228<br>V243<br>V258<br>V273<br>V288<br>V303<br>V318<br>V333<br>V348<br>V363<br>V378<br>V393<br>V408<br>V423<br>V438<br>V453<br>V468<br>V483<br>V498<br>V513<br>V528<br>V543<br>V558<br>V573<br>V588<br>V603 | ¿Tomó la misma dosis de medicamento, cada vez que lo tomó, en todo el tiempo que lo tomó durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo?<br>Es decir, por ejemplo, la misma cantidad de miligramos del medicamento en cada dosis. | a. YES → CONTINUE TO V199/ROW 27<br>b. NO → SKIP TO V200/ROW 28<br>c. DK → CONTINUE TO V199/ROW 27<br>d. RF → CONTINUE TO V199/ROW 27 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                      |                                                     |                                                               |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 27 | V199<br>V214<br>V229<br>V244<br>V259<br>V274<br>V289<br>V304<br>V319 | ¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó cada vez que la tomó? | AMOUNT: _____ DK, RF<br><br>UNITS: _____ DK RF → SKIP TO T203 |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|  |                                                                                                                                                       |  |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | V334<br>V349<br>V364<br>V379<br>V394<br>V409<br>V424<br>V439<br>V454<br>V469<br>V484<br>V499<br>V514<br>V529<br>V544<br>V559<br>V574<br>V589<br>V604. |  |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|    |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 28 | V200<br>V215a<br>V230a<br>V245a<br>V260a<br>V275a<br>V290a<br>V305a<br>V320a<br>V335a<br>V350a<br>V365a<br>V380a<br>V395a<br>V410a<br>V425a<br>V440a<br>V455a<br>V470a<br>V485a<br>V500a<br>V515a<br>V530a<br>V545a<br>V560a<br>V575a | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ? [If mom knows she took more than one dosage, but can't remember how many, select 1 for the number of dosages and report the dosage info she does remember. You may put additional details in a comment field.] | AMOUNT _____ RF |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

BD-STEPS II CATI  
*Spanish Translation*  
(Matches 4/3/24 English version)

|  |                |  |  |
|--|----------------|--|--|
|  | V590a<br>V605a |  |  |
|--|----------------|--|--|

## BD-STEPS II CATI

*Spanish Translation*

(Matches 4/3/24 English version)

|    |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     |                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 29 | V200b<br>V215b<br>V230b<br>V245b<br>V260b<br>V275b<br>V290b<br>V305b<br>V320b<br>V335b<br>V350b<br>V365b<br>V380b<br>V395b<br>V410b<br>V425b<br>V440b<br>V455b<br>V470b<br>V485b<br>V500b<br>V515b<br>V530b<br>V545b<br>V560b<br>V575b<br>V590b<br>V605b | ¿Qué dosis de [MEDICINE] tomó la [1st, 2 <sup>nd</sup> , etc.] vez? | AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS<br>UNITS: _____ DK |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|    |                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                         |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 30 | V201<br>V216<br>V231<br>V246<br>V261<br>V276<br>V291<br>V306<br>V321<br>V336<br>V351<br>V366<br>V381<br>V396<br>V411<br>V426<br>V441<br>V456<br>V471<br>V486<br>V501<br>V516<br>V531<br>V546<br>V561<br>V576<br>V591<br>V606 | ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis? | a. MM/DD/YYYY or<br><br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br><br>c. DK<br><br>d. RF |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

BD-STEPS II CATI  
Spanish Translation  
(Matches 4/3/24 English version)

|    |                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                         |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31 | V202<br>V217<br>V232<br>V247<br>V262<br>V277<br>V292<br>V307<br>V322<br>V337<br>V352<br>V367<br>V382<br>V397<br>V412<br>V427<br>V442<br>V457<br>V472<br>V487<br>V502<br>V517<br>V532<br>V547<br>V562<br>V577<br>V592<br>V607 | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis? | a. MM/DD/YYYY or<br><br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V202a/ROW 32<br><br>c. DK<br><br>d. RF |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |       |                                                       |               |         |       |
|----|-------|-------------------------------------------------------|---------------|---------|-------|
| 32 | V202a | ¿Por cuánto tiempo lo tomó<br>[REFERENCE:3390 1.*.1]? | AMOUNT: _____ |         |       |
|    | V217a |                                                       | Días          | Semanas | Meses |
|    | V232a |                                                       | DK            | RF      |       |
|    | V247a |                                                       |               |         |       |
|    | V262a |                                                       |               |         |       |
|    | V277a |                                                       |               |         |       |
|    | V292a |                                                       |               |         |       |
|    | V307a |                                                       |               |         |       |
|    | V322a |                                                       |               |         |       |
|    | V337a |                                                       |               |         |       |
|    | V352a |                                                       |               |         |       |
|    | V367a |                                                       |               |         |       |
|    | V382a |                                                       |               |         |       |
|    | V397a |                                                       |               |         |       |
|    | V412a |                                                       |               |         |       |
|    | V427a |                                                       |               |         |       |
|    | V442a |                                                       |               |         |       |
|    | V457a |                                                       |               |         |       |
|    | V472a |                                                       |               |         |       |
|    | V487a |                                                       |               |         |       |
|    | V502a |                                                       |               |         |       |
|    | V517a |                                                       |               |         |       |
|    | V532a |                                                       |               |         |       |
|    | V547a |                                                       |               |         |       |
|    | V562a |                                                       |               |         |       |
|    | V577a |                                                       |               |         |       |
|    | V592a |                                                       |               |         |       |
|    | V607a |                                                       |               |         |       |

| HERBALS:                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               | V608. | Desde el mes anterior a quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, ¿usó hierbas o remedios tradicionales para el tratamiento de alguna aflicción, para conservar la salud o para bajar de peso? No incluya infusiones de hierbas. | a. YES → CONTINUE TO V609<br>b. NO → SKIP TO V615<br>c. DK → SKIP TO V615<br>d. RF → SKIP TO V615                   |
|                                               | V609. | ¿Entre el [START DATE OF B1] y el [P4(-1) END DATE OF P3] ¿qué hierbas o remedios tradicionales tomó? / ¿Algo más?                                                                                                                                    | HERBALS _____<br>DK → SKIP TO V615<br>RF → SKIP TO V615                                                             |
| ASK THIS SERIES FOR EACH HERBAL PRODUCT USED: |       |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     |
|                                               | V610. | ¿Usó [Name of herb/medicine] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?                                                                                                                        | a. YES → SKIP TO V614<br>b. NO → CONTINUE TO V611<br>c. DK → CONTINUE TO V611<br>d. RF → CONTINUE TO V611           |
|                                               | V611. | ¿Cuándo comenzó a usar [Name of herb/medicine 1] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?                                                                                                           | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br>c. DK<br>d. RF                                         |
|                                               | V612. | ¿Cuándo tomó [Name of herb/medicine] por última vez durante este período?                                                                                                                                                                             | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V613<br>c. DK<br>d. RF |
|                                               | V613. | ¿Por cuánto tiempo lo tomó [Name of herb/medicine]?                                                                                                                                                                                                   | AMOUNT: _____ DK RF<br>Días                      Semanas                      Meses                                 |
|                                               | V614. | ¿Con qué frecuencia usó [Name of herb/medicine] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.       | AMOUNT: _____<br>Por día/ Por Semana/ Por Mes/ Por Periodo<br>DK                      RF                            |

| <b>VITAMINS:</b>                                                                   |       |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de vitaminas antes y durante el embarazo. |       |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                   |
|                                                                                    | V615. | Desde el mes anterior a quedar embarazada hasta el final de su tercer mes de embarazo, es decir, desde el [B1] hasta el [P4(-1)], ¿tomó alguna multivitamina, vitamina prenatal o suplemento de ácido fólico? | a. YES → Continue to V616<br>b. NO → Skip to V620<br>c. DK → Skip to V620<br>d. RF → Skip to V620 |
|                                                                                    | V616. | ¿Comenzó su uso <u>antes de que comenzara</u> su embarazo?                                                                                                                                                    | a. YES → Continue to V617<br>b. NO → Skip to V618<br>c. DK → Skip to V618<br>d. RF → Skip to V618 |
|                                                                                    | V617. | ¿Continuó su uso después de que comenzara su embarazo?                                                                                                                                                        | a. YES → Skip to V620<br>b. NO → Skip to V620<br>c. DK → Skip to V620<br>d. RF → Skip to V620     |
|                                                                                    | V618. | ¿Comenzó su uso en el primer mes de embarazo?                                                                                                                                                                 | a. YES → Skip to V620<br>b. NO → Continue to V619<br>c. DK → Skip to V620<br>d. RF → Skip to V620 |
|                                                                                    | V619. | ¿Comenzó su uso después del primer mes de embarazo?                                                                                                                                                           | a. YES<br>b. NO<br>c. DK<br>d. RF                                                                 |

| Catch-All Medication Question |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                           |
|-------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | V620. | Durante este periodo, ¿tomó o usó algún medicamento, remedio o tratamiento del que no hayamos hablado? Por ejemplo, Ozempic o Wegovy o medicamentos contra el estreñimiento que se vendan con o sin receta (por ejemplo, prucalopride)? Le haremos preguntas sobre las vacunas contra el COVID-19 más adelante./¿Algún otro? | a. YES → Continue to V621<br>b. NO → Skip to NEXT SECTION<br>c. DK → Skip to NEXT SECTION<br>d. RF → Skip to NEXT SECTION |
|                               | V621. | ¿Cuál medicamento tomó?                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SPECIFY _____<br>DK → SKIP TO NEXT SECTION<br>RF → SKIP TO NEXT SECTION                                                   |
|                               | V622. | ¿Por qué tomó [ANSWER V621]?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | a. REASON: _____<br>b. DK<br>c. RF                                                                                        |
|                               | V623. | ¿Usó [MEDICINE, ANSWER V621 ] todo el tiempo entre el mes anterior a quedar embarazada y el final del tercer mes del embarazo ?                                                                                                                                                                                              | a. YES → SKIP TO V627<br>b. NO → CONTINUE TO V624<br>c. DK → CONTINUE TO V624<br>d. RF → CONTINUE TO V624                 |
|                               | V624. | ¿Cuándo comenzó a usar [MEDICINE, ANSWER V621] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final del tercer mes del embarazo?                                                                                                                                                                                    | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br>c. DK<br>d. RF                                               |
|                               | V625. | ¿Cuándo tomó [MEDICINE, ANSWER V621] por última vez durante este período?                                                                                                                                                                                                                                                    | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V626<br>c. DK<br>d. RF       |
|                               | V626. | ¿Por cuánto tiempo lo tomó [MEDICINE, ANSWER V621]?                                                                                                                                                                                                                                                                          | AMOUNT: _____<br>Días                      Semanas                      Meses<br>DK                      RF               |
|                               | V627. | ¿Con qué frecuencia tomó [MEDICINE, ANSWER 621] durante el mes <u>anterior a su embarazo</u> y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.                                                                              | AMOUNT: _____<br>Por día/ Por Semana/ Por Mes/ Por Periodo<br>DK                      RF                                  |



|  |        |                                                                                                       |                                                                                                                      |
|--|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | V628.  | ¿Tomó la misma dosis de [MEDICINE, ANSWER V621] cada vez que la tomó desde el [B1] hasta el [P4(-1)]? | a. YES → CONTINUE TO V629<br>b. NO → SKIP TO V630a<br>c. DK → CONTINUE TO V629<br>d. RF → CONTINUE TO V629           |
|  | V629.  | ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER V621] tomó cada vez que la tomó?                                      | AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS<br>UNITS: _____ DK RF<br><br>SKIP TO NEXT SECTION                                  |
|  | V630a. | ¿Cuántas dosis diferentes recuerda haber tomado ?                                                     | AMOUNT _____ RF                                                                                                      |
|  | V630b. | ¿Qué dosis de [MEDICINE, ANSWER V621] tomó la [1st, 2 <sup>nd</sup> , etc.] vez?                      | AMOUNT: _____ DK, RF → SKIP UNITS<br>UNITS: _____ DK RF                                                              |
|  | V631.  | ¿Cuándo comenzó a tomar esa dosis?                                                                    | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)<br>c. DK<br>d. RF                                          |
|  | V632.  | ¿Cuándo dejó de tomar esa dosis?                                                                      | a. MM/DD/YYYY or<br>b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) IF VALID STOP AND START DATE, SKIP V632b<br>c. DK<br>d. RF |
|  | V632b. | ¿Por cuánto tiempo lo tomó [REFERENCE:9570  1.*.1]?                                                   | AMOUNT: _____<br><br>Días                      Semanas                      Meses<br><br>DK                      RF  |

**COVID-19 VACCINE**

|  |       |                                                                                               |                                                                                               |
|--|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |       |                                                                                               |                                                                                               |
|  | V639. | ¿Le pusieron la vacuna contra el COVID-19 <u>el mes anterior</u> a que terminara su embarazo? | a. SÍ → CONTINUE TO V640<br>b. NO → SKIP TO NEXT SECTION<br>c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION |

|  |        |                                                          |                                                                                                                                                                                       |
|--|--------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |        |                                                          | d. SE NEGÓ A CONTESTAR → SKIP TO NEXT SECTION                                                                                                                                         |
|  | V640.  | ¿Sabe qué tipo de vacuna contra el COVID-19 le pusieron? | a. Numero:<br>_____<br><br>[IF DK NUMBER, SELECT 1 AND ASK MOM FOR DETAILS ABOUT 1 VACCINE SHE REMEMBERS.] [ASK V641-V642 FOR EACH VACCINE DOSE LISTED.]                              |
|  | V634a. | ¿Cuál fue?                                               | ESPECIFIQUE _____                                                                                                                                                                     |
|  | V635.  | ¿Requería 2 dosis la vacuna que le pusieron?             | a. SÍ → CONTINUE TO V636<br>b. NO → CONTINUE TO V638<br>c. NO SABE → CONTINUE TO V636                                                                                                 |
|  | V636.  | ¿Recibió 2 dosis?                                        | a. SÍ → CONTINUE TO V637<br>b. NO → CONTINUE TO V638                                                                                                                                  |
|  | V637.  | ¿Cuándo le pusieron la 1. <sup>a</sup> dosis?            | a. Antes de B1, o<br>b. MM/DD/AAAA, o<br>c. MES DEL EMBARAZO (B1-P9)<br>d. ¿CUÁNTO HACE? (con unidades para los días, semanas, meses, años)<br>e. NO SABE<br>f. SE NEGÓ A CONTESTAR   |
|  | V637a. | ¿Cuándo le pusieron la 2. <sup>a</sup> dosis?            | a. Después de P9, o<br>b. MM/DD/AAAA, o<br>c. MES DEL EMBARAZO (B1-P9)<br>d. ¿CUÁNTO HACE? (con unidades para los días, semanas, meses, años)<br>e. NO SABE<br>f. SE NEGÓ A CONTESTAR |

|  |       |                                            |                                                                                                                                                                                            |
|--|-------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |       |                                            | SKIP TO NEXT SECTION                                                                                                                                                                       |
|  | V638. | ¿Cuándo le pusieron su dosis de la vacuna? | a. MM/DD/AAAA, o<br>b. MES DEL EMBARAZO (B1-P9)<br>c. ¿CUÁNTO HACE? (con unidades para los días, semanas, meses, años)<br>d. NO SABE<br>e. SE NEGÓ A CONTESTAR<br><br>SKIP TO NEXT SECTION |

| For each vaccine dose that the mother reported, ask the following questions: |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| V641.                                                                        | ¿Cuándo se puso la [1. <sup>a</sup> /2. <sup>a</sup> /3. <sup>a</sup> /etc.] dosis de la vacuna? | a. MM/DD/AAAA or<br>b. ANTES DE B1 OR<br>c. MES DE EMBARAZO (B1-P9)<br>d. Después de P9, o<br>e. ¿CUÁNTO HACE? (con unidades para los días, semanas, meses, años)<br>f. AGE 0<br>g. NO SABE<br>h. SE NEGÓ A CONTESTAR                 |  |
| V642.                                                                        | ¿Sabe qué tipo de vacuna contra el COVID-19 le pusieron?                                         | a. SÍ → CONTINUE TO V642a.<br>b. NO → RECORD NEXT DOSE INFORMATION OR GO TO NEXT SECTION                                                                                                                                              |  |
| V642a.                                                                       | ¿Qué marca de la vacuna contra el COVID-19 recibió?                                              | a. Pfizer-BioNTech<br>b. Moderna<br>c. Johnson & Johnson (Janssen)<br>d. Una de las marcas que requieren dos dosis iniciales, pero no está segura de la marca<br>e. Otra (ESPECIFIQUE): _____<br>f. NO SABE<br>g. SE NEGÓ A CONTESTAR |  |

## Section W: STRESS

Las siguientes preguntas tienen que ver con acontecimientos que pudieron haber pasado en su vida desde los 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre de su embarazo o sea, desde [START DATE OF B3] hasta [P4(-1)]. Estas preguntas serán un poco diferentes de algunas de las otras preguntas que hemos hecho porque ahora preguntamos sobre los tres meses antes de quedar embarazada, así como los tres primeros meses de su embarazo. La mayoría de la gente pasa por períodos de estrés o tensión, causados por eventos importantes y la vida diaria. Le preguntaremos si sucedió algo en particular durante ese período, pero no pediremos otros detalles.

W1. Desde los 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre de su embarazo, ¿pasó por tiempos difíciles en la relación con su esposo o pareja, se separó o se divorció?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W2. Durante ese mismo tiempo, ¿tuvo alguna vez usted o su esposo o pareja algún problema serio legal o financiero?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W3. Durante ese mismo tiempo, ¿fue usted o alguien cercano a usted víctima de algún abuso, de violencia o de algún delito? Recuerde que solo tiene que responder sí o no. [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY "ALGUIEN CERCANO A USTED".]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W4. Durante ese mismo tiempo, ¿tuvo usted o alguien cercano a usted alguna enfermedad grave o sufrió una herida o lesión grave? [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY "ALGUIEN CERCANO A USTED".]

- a. YES
- b. NO

- c. DK
- d. RF

W5. Durante ese mismo tiempo, ¿murió alguien cercano a usted? [MOTHER MUST USE HER OWN JUDGEMENT ON WHAT SHE THINKS IS MEANT BY "ALGUIEN CERCANO A USTED".]

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W6. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que le diera apoyo emocional, como por ejemplo hablar de un problema o ayudarle a tomar una decisión difícil, si lo necesitara?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W7. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que le diera ayuda financiera/económica, como por ejemplo ayudarle a pagar las cuentas, darle alimentos o ropa, si lo hubiera necesitado?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W8. Durante ese mismo tiempo, ¿pudo contar con alguien que la ayudara en las tareas diarias, como por ejemplo hacer las compras en el supermercado, cuidar a los niños o cocinar, si lo hubiera necesitado?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

W9. Durante ese mismo tiempo, ¿Con qué frecuencia se sintió nerviosa y estresada? Diría...[READ CHOICES]

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. A veces

BD-STEPS II CATI  
*Spanish Translation*  
(Matches 4/3/24 English version)

- d. Con frecuencia
- e. Con mucha frecuencia
- f. DK
- g. RF

## Section X: PHYSICAL ACTIVITY

Ahora le voy a preguntar acerca del tiempo que usted estuvo físicamente activa durante los tres meses antes de quedar embarazada. Responda cada pregunta aunque usted no se considere una persona activa. Piense acerca de las actividades que usted hace en su trabajo, como parte del trabajo en el jardín y en su hogar, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Ahora, piense acerca de todas las actividades *vigorosas* que requieren un esfuerzo físico fuerte que usted hizo durante los tres meses antes de quedar embarazada. Actividades vigorosas son las que hacen respirar mucho más fuerte que lo normal y pueden incluir el levantamiento de objetos pesados, excavar, aeróbicos, correr, o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

X1. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas vigorosas? [PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. ] (P1)

- a. DÍAS POR SEMANA: \_\_\_\_\_  
IF 0 → SKIP TO INTRODUCTION TO X3  
IF 1 – 7 → CONTINUE TO X2
- b. DK → SKIP TO INTRODUCTION TO X3
- c. RF → SKIP TO INTRODUCTION TO X3

X2. Usualmente, ¿Cuánto tiempo pasó normalmente haciendo actividades físicas vigorosas durante uno de esos días? [PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P2)] [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]

- a. HOURS PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO INTRODUCTION TO X3
- b. MINUTES PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO INTRODUCTION TO X3 [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM THAT WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK → CONTINUE TO X2b
- d. RF → CONTINUE TO X2b

X2b. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuánto tiempo en total dedicó usted a actividades físicas vigorosas?

- a. HOURS: \_\_\_\_\_
- b. MINUTES: \_\_\_\_\_
- c. DK
- d. RF

Ahora piense en actividades que requieren *esfuerzo físico moderado* y que usted hizo durante los tres meses antes de quedar embarazada. Actividades físicas moderadas son las que hacen respirar un poco más fuerte que lo normal e incluyen cuidado de niños estando parada, cargar cosas ligeras (en casa o en el trabajo), barrer o trapear pisos, o montar en bicicleta a una velocidad moderada. No incluye caminar. Otra vez piense únicamente en aquellas actividades físicas que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

X3. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas? [PROBE: Think only about those physical activities that you do for at least 10 minutes at a time (P3). El cuidado de niños incluye vestirlos, bañarlos, peinarlos, alimentarlos o levantar objetos ocasionalmente.]

- a. DÍAS POR SEMANA : \_\_\_\_\_
  - i. IF 0 → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
  - ii. IF 1 – 7 → CONTINUE TO X4
- b. DK → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
- c. RF → SKIP TO INTRODUCTION TO X5

X4. En esos días, ¿cuánto tiempo solía dedicar a actividades físicas moderadas? [PROBE: Piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos. (P4)] [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]

- a. HOURS PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO INTRODUCTION TO X5
- b. MINUTES PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO INTRODUCTION TO X5 [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM THAT WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK → CONTINUE TO X4b
- d. RF → CONTINUE TO X4b

X4b. Durante los tres meses antes de quedar embarazada ¿cuánto tiempo en total le dedicó usted en <u>una semana típica </u> a hacer actividades físicas moderadas. PROBE: Think only about those physical activities that you do for at least 10 minutes at a time.

- a. HOURS: \_\_\_\_\_
- b. MINUTES: \_\_\_\_\_
- c. DK
- d. RF

Ahora piense en el tiempo que usted dedicó a caminar durante los tres meses antes de quedar embarazada. Esto incluye caminar en el trabajo y en su hogar, caminar para ir de un sitio a otro y cualquier otra caminata que usted haya hecho únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

X5. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, ¿cuántos días caminó usted por lo menos 10 minutos seguidos? [PROBE: Piense solamente en las caminatas que duraban por lo menos 10 minutos continuos. (P5)]

- a. DÍAS POR SEMANA : \_\_\_\_\_
  - iii. If 0 → Skip to introduction to X7
  - iv. If 1 – 7 → Continue to X6
- b. DK or RF → Skip to introduction to X7

X6. Generalmente, ¿cuánto tiempo pasaba caminando en uno de esos días? (P6) [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]

- a. HOURS PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO INTRODUCTION TO X7
- b. MINUTES PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO INTRODUCTION TO X7 [REMINDER: IF THEY ANSWER LESS THAN 10 MINUTES, REMIND THEM WE ARE ONLY INTERESTED IN ACTIVITIES DONE AT LEAST 10 MINUTES AT A TIME.]
- c. DK or RF → CONTINUE TO X6b

X6b. En los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica ¿cuál es la cantidad total de tiempo que usted pasó caminando?

- a. HOURS: \_\_\_\_\_
- b. MINUTES: \_\_\_\_\_
- c. DK
- d. RF

Ahora piense acerca del tiempo que usted pasó sentada en la semana durante los tres meses antes de quedar embarazada. Incluya el tiempo en el trabajo, en su hogar, estudiando y durante el descanso. Esto puede incluir tiempo que pasó sentada en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentada o acostada viendo televisión.

X7. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, en una semana típica, usualmente ¿cuánto tiempo en total solía pasar sentada durante un día de la semana. (P7)

- a. HOURS PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
- b. MINUTES PER DAY: \_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK      RF → CONTINUE TO X7b

X7b. ¿Cuál fue la cantidad total de tiempo que usted pasó sentada en un miércoles típico? [PROBE: Include time spent lying down (awake) as well as sitting. (P7)]

- a. HOURS: \_\_\_\_\_
- b. MINUTES: \_\_\_\_\_
- c. DK
- d. RF



## Section Y: OBESITY

Ahora tengo algunas preguntas acerca de los cambios en su peso antes de [TAB: su embarazo de [NOIB]; su embarazo].

Y1. ¿Cuánto mide sin zapatos?

- a. FEET: \_\_\_\_\_
- b. INCHES: \_\_\_\_\_ OR
- c. CENTIMETERS: \_\_\_\_\_
- d. DK
- e. RF

Y2. ¿Cuánto pesaba antes del [TAB: embarazo de [NOIB]; su embarazo]?

- a. WEIGHT: \_\_\_\_\_
  - i. POUNDS
  - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

Y3. Sin incluir el embarazo, cuando aumenta de peso, ¿en qué parte del cuerpo se le nota más el aumento de peso? [READ OPTIONS A-D]:

- a. La cintura o la parte superior del cuerpo
- b. Las caderas, los glúteos o la parte superior muslos
- c. Uniformemente en todo el cuerpo
- d. No sube de peso
- e. DK
- f. RF

Y4. Independientemente de que suba o baje de peso, ¿cuál de las siguientes formas describe la forma subyacente de su cuerpo? [READ OPTIONS A-C]:

- a. ¿Tiene la mayor parte de su peso en la cintura o la parte superior del cuerpo (forma de manzana)?
- b. ¿Tiene la mayor parte de su peso en las caderas, los glúteos o la parte superior muslos (forma de pera)?
- c. ¿Tiene la mayor parte de su peso distribuido uniformemente en el cuerpo?
- d. DK
- e. RF

Y5. ¿Cuánto es lo máximo que ha pesado fuera del embarazo?

- a. WEIGHT: \_\_\_\_\_
  - iii. POUNDS

iv. KILOGRAMS

- b. DK
- c. RF

Y6. ¿Qué edad tenía cuando pesaba eso?

- a. AGE: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

Y7. ¿Cuánto es lo mínimo que ha pesado fuera del embarazo en los últimos 5 años?

- a. WEIGHT: \_\_\_\_\_
  - i. POUNDS
  - ii. KILOGRAMS
- b. DK
- c. RF

Y8. ¿Qué edad tenía cuando pesaba eso?

- a. AGE: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

Y9. En el año anterior [TAB: al embarazo de [NOIB]; a su embarazo], ¿fluctuó su peso más de 20 libras/9 kilogramos?

- a. YES → CONTINUE TO Y10
- b. NO → SKIP TO Y12
- c. DK → SKIP TO Y12
- d. RF → SKIP TO Y12

Y10. ¿Cuánto fluctuó su peso? [NOTE: REFERENCE WEIGHT = THEIR WEIGHT AT THE START OF THEIR PREGNANCY]

- a. AMOUNT: \_\_\_\_\_ DK RF
  - i. POUNDS
  - ii. KILOGRAM

Y11. ¿Se debió ese cambio al embarazo?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

Y12. ¿Alguna vez le han hecho alguna cirugía para ayudarla a bajar de peso? Esto no incluye procedimientos cosméticos, como la liposucción.

- a. YES → CONTINUE TO Y13
- b. NO → SKIP TO Y14
- c. DK → SKIP TO Y14
- d. RF → SKIP TO Y14

Y13. ¿Qué procedimiento le hicieron?

- a. Bypass gástrico
- b. Banda gástrica
- c. Gastrectomía
- d. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- e. DK
- f. RF

Y14. En el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿siguió usted alguno de los siguientes tipos de dieta? [READ LIST. INDICATE ALL THAT APPLY]

- a. Vegetariana
- b. Vegana
- c. Baja en carbohidratos
- d. Baja en contenido graso
- e. Sin gluten
- f. Sin lácteos
- g. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- h. NONE OF THE ABOVE
- i. DK
- j. RF

## Section Z: DENTAL PROCEDURES

El siguiente conjunto de preguntas es acerca de las consultas dentales que pueda haber hecho justo antes y al principio de su embarazo.

Z1. Durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final del tercer mes de su embarazo, es decir, desde [desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿fue al dentista u otro especialista dental, como un periodoncista o cirujano oral?

- a. YES → CONTINUE TO Z2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Z2. ¿Cuántas veces fue al dentista durante ese período?

- a. NUMBER: \_\_\_\_\_ DK RF

Z3. ¿Cuáles procedimientos dentales recibió en esa consulta/esas consultas? IF DON'T KNOW GIVE OPTIONS. CAN REPORT MULTIPLE PROCEDURES. X-RAYS WILL BE REPORTED IN Z4. (NEXT QUESTION).

- a. Limpieza dental o chequeo de rutina
- b. Tapado de caries o colocación de empaste dental → CONTINUE WITH Z4 – Z19, BUT SKIP Z20 AND GO TO Z21
- c. Endodoncia
- d. Blanqueamiento de dientes
- e. Extracción (por ejemplo, de muela del juicio)
- f. Colocación de corona dental
- g. Puente dental
- h. Cirugía oral
- i. OTHER, SPECIFY): \_\_\_\_\_
- j. DK
- k. RF

Z4. ¿Le tomaron radiografías durante la consulta/las consultas?

- a. YES → Continue to Z5
- b. NO → Skip to Z6
- c. DK → Skip to Z6
- d. RF → Skip to Z6

Z5. ¿Le suministraron un delantal protector para el cuerpo que debía utilizar cuando le tomaran radiografías?

- a. Sí para todas las radiografías
- b. Sí para algunas radiografías, pero no para todas
- c. NO para todas las radiografías
- d. DK
- e. RF

Z6. ¿Le pusieron alguna inyección para adormecerle la boca durante la consulta/al menos una de las consultas (un anestésico inyectable)?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

Z7. ¿Le dieron "gas hilarante" (gas para dormir), también llamado protóxido de nitrógeno, durante la consulta/al menos una de las consultas?

- a. YES
- b. NO
- c. DK
- d. RF

Z8. ¿Le recetaron algún medicamento para la consulta dental/las consultas dentales o en la consulta/las consultas? (IF MOM PRESCRIBED DRUG BUT NEVER TOOK IT, SELECT "YES".)

- a. YES → Continue to Z9
- b. NO → Skip to Z14
- c. DK → Skip to Z14
- d. RF → Skip to Z14

Z9. ¿Cuál medicamento le recetaron? / ¿Algo mas? [PROBE: IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST.  
MULTIPLE MEDICATIONS CAN BE REPORTED.]

- a. Acetaminofén con Codeina
- b. Amoxicilina
- c. Amoxil
- d. Gluconato de clorhexidina
- e. Clindamycin
- f. Diazepam
- g. Doxycycline

- h. Eritromicina
- i. Fluoruro de Fosfato, Acidulado
- j. Hidrocodona con Ibuprofeno
- k. Bitartrato de Hidrocodona / APAP
- l. Hidrocodona producto desconocido
- m. Kenalog in Orabase
- n. Magic mouthwash
- o. Orabase
- p. Orabase Paste
- q. Oxycodona con Acetaminofén
- r. Penicilina
- s. Percocet
- t. Periostat
- u. Tylenol #1,#2,#3,#4
- v. Valium
- w. Vicodin
- x. Vicoprofen
- y. Medicamento para el dolor con Codeína Desconocido
- z. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_
- aa. DK → SKIP TO Z14
- bb. RF → SKIP TO Z14

ASK SERIES FOR EACH DRUG IN Z9:

Z10. ¿Cuándo comenzó a tomar [ANSWER Z9]? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DIDN'T TAKE IT (ONLY RECEIVED PRESCRIPTION; DIDN'T FILL IT)
- d. DK
- e. RF

Z11. ¿Cuándo tomó [ANSWER Z9] por última vez durante ese período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Z10 and Z11, SKIP Z12
- c. DK
- d. RF

**OR**

Z12. ¿Por cuánto tiempo lo tomó [ANSWER Z9]?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ DK RF
- i. Días
- ii. Semanas
- iii. Meses

Z13. ¿Con qué frecuencia usó [ANSWER] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes /Por período/DK/RF

Z14. ¿Tomó algún medicamento que no requiere receta médica antes o justo después de su consulta/sus consultas con el dentista?

- a. YES → CONTINUE TO Z15
- b. NO → SKIP TO Z20 OR Z21A
- c. DK → SKIP TO Z20 OR Z21A
- d. RF → SKIP TO Z20 OR Z21A

Z15. ¿Qué tomó?/¿Algo más? [IF CAN'T RECALL, READ FROM LIST. MULTIPLE MEDICATIONS CAN BE REPORTED.]

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Anbesol
- d. Aspirina
- e. Aspirina Bayer
- f. Chloraseptic líquido/aerosol
- g. Ibuprofeno
- h. Motrin
- i. Nuprin
- j. Ora-jel
- k. Tylenol
- l. Xylocaine
- m. OTHER (SPECIFY):\_\_\_\_\_
- n. DK → SKIP TO Z20/Z21a
- o. RF → SKIP TO Z20/Z21a

ASK SERIES BELOW FOR EACH DRUG:

Z16. ¿Cuándo empezó a tomar [ANSWER Z15] para su consulta dental? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. Mes del embarazo (B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Z17. ¿Cuándo tomó [ANSWER Z15] por última vez durante este período? [CAN USE DK OR RF FOR MM OR DD OR YY]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3) → IF VALID RESPONSE TO Z16 and Z17, SKIP Z18
- c. DK
- d. RF

OR

Z18. ¿Por cuánto tiempo lo tomó?

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_
- i. Días
- ii. Semanas
- iii. Meses
- iv. Por periodo
- b. DK
- c. RF

Z19. ¿Con qué frecuencia usó [ANSWER Z15] durante el mes anterior a su embarazo y hasta el final de su tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes o durante todo el período de 4 meses.

- a. AMOUNT:\_\_\_\_\_ Por día/Por semana/Por mes/Por período/DK/RF

IF THEY REPORTED HAVING A CAVITY FILLED IN Z3 SKIP Z20 AND CONTINUE TO Z21.

Z20. IF THEY DID NOT REPORT HAVING A CAVITY FILLED IN Z3: ¿Le taparon alguna caries o le colocaron algún empaste dental durante la 1<sup>ra</sup>/2<sup>da</sup>/3<sup>ra</sup>, etc... consulta? [[IF THEY DID NOT REPORT HAVING A CAVITY FILLED IN X3]

- a. YES → CONTINUE TO Z21a

- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

Z21a. ¿En cuántas visitas tuvo la colocación del empaste dental (o el tapado de caries)?

- a. NUMBER: \_\_\_\_\_ DK RF

Z21b. ¿Durante la [1.ra, 2.da, etc.] visita en que le colocaron rellenos dentales, ¿cuántos recuerda que le hayan puesto? (IF MOM KNOWS SHE HAD AT LEAST ONE FILLING BUT DOESN'T KNOW HOW MANY, SELECT 1 AND DESCRIBE SITUATION IN COMMENTS)

- a. NÚMERO: \_\_\_\_\_ DK RF

Z22. ¿Cuál fue el día de [1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, etc.] en que el empaste dental/los empastes dentales fue/fueron colocado/colocados? [ASK FOR EACH VISIT IF MULTIPLE VISITS]

- a. MM/DD/YYYY or
- b. MONTH OF PREGNANCY(B1, P1, P2, P3)
- c. DK
- d. RF

Z23. ¿El empaste era de color plateado, también llamado amalgama, o del color del diente, también llamado resina compuesta? [ASK FOR EACH DATE REPORTED. ALLOW MULTIPLE RESPONSES IF MORE THAN ONE FILLING WAS PLACED DURING A SINGLE VISIT.]

- a. Amalgama/de color plateado
- b. Resina compuesta/del color del diente
- c. DK
- d. RF

## Section AA: TABAQUISMO

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco.

AA1. En algún momento desde 1 mes antes de que quedara embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, esto es desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿fumó cigarrillos? [PROBE: Aun cuando no haya fumado todo el tiempo, nos interesa saber si en algún momento fumó cigarrillos durante este periodo]. SOLO NOS INTERESA SABER SI FUMÓ CIGARRILLOS DE TABACO

- a. SÍ → CONTINUE TO AA2
- b. NO → SKIP TO AA3
- c. NO SABE → SKIP TO AA3
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO AA3

AA2. ¿Durante qué meses fumó? INDICATE ALL THAT APPLY

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. NO SABE
- f. SE NEGÓ A RESPONDER

AA3. En algún momento desde 1 mes antes de que quedara embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿usó cigarrillos electrónicos o algún otro dispositivo de vapor electrónico con nicotina? [PROBE: Algunos ejemplos de dispositivos de vapor electrónicos son las plumas de vapor, los *mods*, los sistemas de tanque, los narguiles electrónicos o *e-hookahs*, los cigarros electrónicos, las pipas electrónicas, y los sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENDS). Aun cuando no haya fumado durante todo ese tiempo, nos interesa saber si usó cigarrillos electrónicos alguna vez durante ese periodo].

- a. SÍ → CONTINUE TO AA4
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

AA4. ¿Con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo?

- a. Cada día

- b. Algunos días
- c. Rara vez
- d. NO SABE
- e. SE NEGÓ A RESPONDER

## Section BB: MARIJUANA

Las siguientes preguntas tratan de la marihuana o productos del *cannabis*, a veces, llamados mota, hierba, hachís o concentrados. Algunas de las formas en que estos productos se pueden usar o consumir son fumarlos (como en un porro, cartucho, pito, churro, pipa o cachimba), vapearlos (usando una pluma de vapor, pluma de cera [*dab*], vaporizador de mesa o vaporizador portátil), inhalarlos en concentrados de cera, comerlos, beberlos o aplicarlos como loción.

BB1. En algún momento desde 1 mes antes de que quedara embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, esto es desde [B1] hasta [P4(-1)], ¿consumió marihuana en alguna forma? [PROBE: Aunque no haya usado estos productos todo el tiempo, nos interesa saber si usó algunos de ellos en algún momento durante este periodo].

- a. SÍ → CONTINUE TO BB2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. NO SABE → SKIP TO NEXT SECTION
- d. SE NEGÓ A RESPONDER → SKIP TO NEXT SECTION

BB2. Durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo, ¿de cuáles de las siguientes formas usó o consumió marihuana o algún producto del *cannabis*? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Los fumó → IF YES, ASK BB3
- b. Los vapeó → IF YES, ASK BB6
- c. Los inhaló → IF YES, ASK BB7
- d. Los comió → IF YES, ASK BB4
- e. Los bebió → IF YES, ASK BB5
- f. Se puso gotas, tiras, pastillas o atomizaciones en la boca o debajo de la lengua → IF YES, ASK BB8
- g. Se aplicó loción, crema o parches en la piel → IF YES, ASK BB8
- h. Tomó pastillas → IF YES, ASK BB8
- i. ¿De alguna otra forma? → CONTINUE TO BB2a.
  - BB2a. ¿Cómo los usó o consumió? → CONTINUE TO BB8
- g. NO SABE
- h. SE NEGÓ A RESPONDER

BB3. En promedio, ¿con qué frecuencia fumó marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:

- b. Seleccione el periodo:
  - i. POR DÍA
  - ii. POR SEMANA
  - iii. POR MES
  - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB4. En promedio, ¿con qué frecuencia consumió alimentos que contenían marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
  - i. POR DÍA
  - ii. POR SEMANA
  - iii. POR MES
  - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB5. En promedio, ¿con qué frecuencia bebió algo que contenía marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
  - i. POR DÍA
  - ii. POR SEMANA
  - iii. POR MES
  - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB6. En promedio, ¿con qué frecuencia vapeó marihuana durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
  - i. POR DÍA
  - ii. POR SEMANA
  - iii. POR MES
  - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB7. En promedio, ¿con qué frecuencia usó marihuana en concentrado (*dabbing*) durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
  - i. POR DÍA
  - ii. POR SEMANA
  - iii. POR MES
  - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB8. En promedio, ¿con qué frecuencia usó o consumió marihuana por medio de [RESPONSE TO "OTHER"] durante el mes antes de que quedara embarazada y hasta el tercer mes de embarazo? Puede decir la cantidad de veces por día, por semana, por mes, o durante todo el periodo de 4 meses.

- a. Escriba la frecuencia:
- b. Seleccione el periodo:
  - i. POR DÍA
  - ii. POR SEMANA
  - iii. POR MES
  - iv. POR TODO EL PERIODO DE 4 MESES

BB9. ¿Por qué consumió productos de marihuana durante este periodo de 4 meses? [READ ALL OPTIONS; SELECT ALL THAT APPLY]

- a. Para aliviar las náuseas
- b. Para aliviar los vómitos
- c. Para aliviar el estrés o la ansiedad
- d. Para aliviar los síntomas de una afección crónica
- e. Para aliviar el dolor
- f. Para divertirme o relajarme
- g. Alguna otra razón
- i. ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

## Section CC: ALCOHOL

Ahora voy a hacerle preguntas acerca del consumo de bebidas alcohólicas.

CC1. Desde un mes antes de quedar embarazada hasta el final del tercer mes de embarazo, ¿tomó algún vino, cerveza, bebida mixta o trago de licor?

- a. YES → CONTINUE TO CC2
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

CC2. ¿Durante el mes anterior [al embarazo con [NOIB]; el embarazo afectado], y hasta el final del tercer mes de embarazo, en cuáles meses tomó bebidas alcohólicas? INDICATE ALL THAT APPLY

- a. B1
- b. P1
- c. P2
- d. P3
- e. DK
- f. RF

CC3. ¿Cuál fue el mayor número de tragos que bebió en una ocasión desde el comienzo de su embarazo hasta el final de su tercer mes de embarazo? Definimos como una bebida alcohólica como una cerveza, un vaso de vino, una bebida mixta o un trago de licor.

- a. NUMBER: \_\_\_\_\_ DK RF

## Section DD: RESIDENCE HISTORY

Quisiéramos saber la dirección de las residencias donde usted vivió [TAB: cuando quedó embarazada de [NOIB]; cuando comenzó el embarazo afectado] para estudiar sobre el medio ambiente y como éste la pudo haber afectado.

DD1. ¿Cuál es su dirección actual? [REMEMBER TO ASK ABOUT AN APARTMENT NUMBER IF NONE GIVEN]

g. ADDRESS: \_\_\_\_\_ DK RF

DD2. ¿Vive actualmente en la misma residencia donde vivía cuando comenzó [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado]?

- a. YES → Skip to next section
- b. NO → Continue to DD3
- c. DK → Skip to next section
- d. RF → Skip to next section

DD3. ¿Cuál era su dirección cuando comenzó [TAB: su embarazo de [NOIB]; el embarazo afectado]? Esto sería el [START DATE OF P1] o alrededor de esa fecha. [REMEMBER TO ASK ABOUT AN APARTMENT NUMBER IF NONE GIVEN]

- a. ADDRESS: \_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
- b. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- c. RF → SKIP TO NEXT SECTION

## Section EE: MATERNAL OCCUPATION

La siguiente sección abarca una serie de preguntas sobre su experiencia de trabajo (trabajo pagado, voluntario o servicio militar). Se incluyen los trabajos de medio tiempo, tiempo completo que duraron un mes o más, incluidos los trabajos que haya hecho en su casa, los trabajos realizados en una granja y los trabajos fuera de su casa.

EE1. Desde 1 mes antes de quedar embarazada y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir, desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿estuvo trabajando?

- a. YES → SKIP TO EE4
- b. NO → CONTINUE TO EE2
- c. DK → CONTINUE TO EE2
- d. RF → CONTINUE TO EE2

EE2. ¿Fue usted (READ CHOICES)? o ¿hizo algo más?

- a. Ama de casa/madre de familia → SKIP TO NEXT SECTION
- b. Estudiante → GO TO EE3
- c. Incapacitada → SKIP TO NEXT SECTION
- d. Desempleada/entre trabajos → SKIP TO NEXT SECTION
- e. OTRO, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_ → SKIP TO NEXT SECTION
- a. DK or RF → SKIP TO NEXT SECTION

EE3. IF STUDENT: Desde 1 mes antes de quedar embarazada y hasta el final del tercer mes de embarazo, es decir desde [B1] hasta [P4(-1)] ¿tenía también un empleo remunerado o un trabajo voluntario mientras estudiaba, incluida la capacitación en el trabajo, como por ejemplo, período de aprendizaje, pasantía, práctica o experiencia clínica?

- a. YES → CONTINUE TO EE4
- b. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- c. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- d. RF → SKIP TO NEXT SECTION

EE4. En esa época, ¿trabajó en alguna de las siguientes categorías? Si su trabajo pertenece a más de una categoría, por favor escoja UNA categoría que mejor describa cómo usted pasó la mayor parte de su tiempo en ese trabajo. Si tienes múltiples trabajos, por favor escoja la mejor categoría para cada trabajo. [LEA OPCIONES. ESCOJA MÚLTIPLE SI TIENE MÚLTIPLES TRABAJOS.]:

- a. ¿Como profesional de la salud que provee cuidado directo a pacientes, o que provee asistencia médica tal como pruebas de diagnóstico?
- b. ¿En una granja, un rancho, un huerto o en un invernadero?
- c. ¿Como conserje, ama de casa, sirvienta u otro personal de limpieza?
- d. ¿Como peluquera, cosmetóloga o especialista en uñas postizas?
- e. ¿Como maestra o asistente de maestra?
- f. ¿En un restaurante, café o cafetería?
- g. ¿En un lugar de trabajo, edificio de oficinas, haciendo principalmente trabajo de oficina, administrativo o en computadora?
- h. ¿En un centro de llamadas, banco de teléfonos, o como despachador telefónico?
- i. NINGUNA DE LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE
- j. DK
- k. RF

**IF ANY YES, QUEUE REQUEST AT END OF INTERVIEW FOR ON-LINE FOLLOW-UP QUESTIONS**

EE5. Ahora piense en todos los trabajos, pagados y voluntarios, que ha tenido desde [B1] a [P4(-1)]. ¿En qué tipo de empresa trabajó? Trate de ser lo más específica posible. (¿Qué fabrica o qué servicio presta su empresa?) [PROBE: LIST ALL EMPLOYERS, INCLUDING "SELF EMPLOYED".]

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK IF MOTHER RESPONDS DK, ENTER UNKNOWN IN RESPONSE BOX.
- c. RF

EE6. En la empresa de [EE5 RESPONSE], ¿cuál era su puesto? (ASK FOR EACH EMPLOYER)

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_ DK RF

EE7. En la empresa de [EE5 RESPONSE], describa qué hacía y cómo lo hacía. ¿Cuáles eran sus actividades o deberes principales? ¿Algo más? (ASK FOR EACH EMPLOYER)

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_
- b. DK
- c. RF

## Section FF: RACE / ACCULTURATION / EDUCATION

Ahora le voy a hacer preguntas sobre su origen étnico.

FF1. ¿Nació en los Estados Unidos?

- a. YES → Skip to FF4
- b. NO → Continue to FF2
- c. DK → Skip to FF4
- d. RF → Skip to FF4

FF2. ¿Dónde nació?

- a. COUNTRY: \_\_\_\_\_ DK RF  
OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF3. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

- a. AÑOS: \_\_\_\_\_ DK RF

FF4. ¿Qué idioma habla regularmente en casa? [READ FROM LIST ONLY IF NECESSARY TO CLARIFY]

- a. SPECIFY: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF5. ¿Eres Hispana o Latina?

- a. YES → Continue to FF6
- b. NO → Skip to FF7
- c. DK → Skip to FF7
- d. RF → Skip to FF7

FF6. ¿A qué grupo español o hispano considera que pertenece? [ PROBE: Mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, hondureño, colombiano, peruano, guatemalteco, español, centroamericano, suramericano, etc. ? ]

- a. GROUP: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF7. ¿Como describirías tu raza? Voy a leerle una lista y luego quiero que me diga todas las categorías pertinentes en su caso. Puede seleccionar más de una categoría.

- a. Indígena americana o nativa de Alaska → ASK FF9
- b. Asiática → CONTINUE TO FF8
- c. Negra o Afroamericana → SKIP TO FF10, unless (FF7a), (FF7b), or (FF7d) also selected
- d. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico → CONTINUE TO FF8

- e. Blanca → SKIP TO FF10, unless (FF7a), (FF7b), or (FF7d) also selected
- f. DK → SKIP TO FF10
- g. RF → SKIP TO FF10

FF8. IF FF7 = b OR d: ¿De qué país? PROBE: En referencia a los asiáticos, nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico

- a. COUNTRY: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF9. IF FF7 = a: ¿A qué tribu cree que pertenece?

- a. TRIBE: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF10. ¿Qué grado o año completó en la escuela o la universidad [TAB: cuando nació [NOIB]; hasta [DOIB/DOPT]]? [IF RESPONDENT HESITATES, BEGIN READING CATEGORIES.]

- a. Ninguna escuela formal
- b. 1-6 años
- c. 7-8 años
- d. 9-11 años
- e. 12 años , completó la secundaria o equivalente
- f. 1-3 años de universidad
- g. Completó escuela técnico
- h. 4 años de estudios universitarios o título universitario
- i. Maestría
- j. Postgrado o doctorado, Medicina or Licenciado en Derecho (MD, PHD, JD)
- k. DK
- l. RF

**IF THE FATHER IS UNKNOWN, SKIP TO THE NEXT SECTION**

Las siguientes preguntas son acerca del padre biológico o natural [TAB: de [NOIB]; del embarazo afectado].

FF11. ¿Nació él en los Estados Unidos?

- a. YES → SKIP TO FF14
- b. NO → CONTINUE TO FF12
- c. DK → SKIP TO FF14
- d. RF → SKIP TO FF14

FF12. ¿Dónde nació él?

- a. COUNTRY: \_\_\_\_\_ DK RF

b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF13. ¿Cuántos años ha vivido él en los Estados Unidos?

a. YEARS: \_\_\_\_\_ DK RF

FF14. ¿Es el padre Hispano o Latino?

- a. Yes → ASK FF15
- b. NO → SKIP TO FF16
- c. DK → SKIP TO FF16
- d. RF → SKIP TO FF16

FF15. ¿A qué grupo español o hispano se considera él que pertenece? [PROBE: Mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, hondureño, colombiano, peruano, guatemalteco, español, centroamericano, suramericano, etc?]

- a. GROUP: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF16. ¿Como describiría su raza? Voy a leerle una lista y luego quiero que me diga todas las categorías que corresponden a él. Puede seleccionar más de una categoría.

- a. Indígena americana o nativa de Alaska → ASK FF18
- b. Asiática → ASK FF17
- c. Negra o Afroamericana → SKIP TO FF19, UNLESS (FF16a), (FF16b), OR (FF16d) ALSO SELECTED
- d. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico → ASK FF17
- e. Blanca → SKIP TO FF19, UNLESS (FF16a), (FF16b), OR (FF16d) ALSO SELECTED
- f. DK → SKIP TO FF19
- g. RF → SKIP TO FF19

FF17. IF FF16 = b or d: ¿De qué país? [READ FROM LIST ONLY IF NECESSARY TO CLARIFY] [PROBE: En referencia a los asiáticos, nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico.]

- a. COUNTRY: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF18. IF FF16 = a: ¿A qué tribu cree él que pertenece?

- a. TRIBU: \_\_\_\_\_ DK RF
- b. OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_

FF19. ¿Qué grado o año completó él en la escuela o la Universidad [TAB: cuando nació [NOIB]; hasta [DOIB/DOPT]]? [IF RESPONDENT HESITATES, BEGIN READING CATEGORIES.]

- a. Ninguna escuela formal
- b. 1-6 años
- c. 7-8 años
- d. 9-11 años
- e. 12 años , completó la secundaria o equivalente (high school)
- f. 1-3 años de universidad
- g. Completó escuela técnico
- h. 4 años de estudios universitarios o título universitario
- i. Maestría
- j. Postgrado o doctorado, Medicina or Licenciado en Derecho (MD, PHD, JD)
- k. DK
- l. RF

## Section GG: INSURANCE STATUS

Las siguientes preguntas tratan sobre el seguro médico. Incluya el seguro médico obtenido por medio de su trabajo o que haya comprado directamente, así como los programas gubernamentales como Medicare y Medicaid que proporcionan atención médica o ayudan a pagar las cuentas médicas. No incluya planes privados que solo proporcionen dinero extradurante una hospitalización (por ejemplo, Aflack).

GG1. Desde un mes antes de su embarazo, ¿tenía cobertura de seguro médico o algún otro tipo de plan de seguro médico?

- a. YES → CONTINUE TO GG2
- b. NO → SKIP TO GG3
- c. DK → SKIP TO GG3
- d. RF → SKIP TO GG3

GG2. ¿Cuál era el nombre de su seguro? / ¿Algún otro seguro? [PROBE: PROVIDE EXAMPLE IF NEEDED: Blue Cross/Blue Shield, Wellpoint, UnitedHealth, Wellmark, Medicaid, Medicare, Tricare]

- a. NAME: \_\_\_\_\_ DK RF

GG3. Durante de su embarazo, ¿tenía cobertura de seguro médico o algún otro tipo de plan de seguro médico?

- a. Sí, durante todo el embarazo → CONTINUE TO GG4
- b. Sí, parte del embarazo → CONTINUE TO GG4
- c. NO → SKIP TO NEXT SECTION
- d. DK → SKIP TO NEXT SECTION
- e. RF → SKIP TO NEXT SECTION

GG4. ¿Cuál era el nombre de su seguro? / ¿Algún otro seguro? [PROBE: PROVIDE EXAMPLES IF NEEDED: Blue Cross/Blue Shield, Wellpoint, UnitedHealth, Wellmark, Medicaid, Medicare, Tricare]

- a. NAME: \_\_\_\_\_ DK RF

## Section HH: CLOSING

IF THE MOTHER REPORTED ONE OF THE OCCUPATIONAL CATEGORIES OF INTEREST, ASK HH1.  
OTHERWISE, BEGIN WITH HH4.

HH1. Nos gustaría obtener alguna información adicional acerca de sus actividades en el trabajo que tenía en el mes antes de su embarazo a través de su tercer mes de embarazo. ¿Estaría usted dispuesto a dejar que te enviaremos un correo electrónico con un enlace a una encuesta en línea con estas preguntas adicionales una vez que estén disponibles?

- a. YES → CONTINUE TO HH2
- b. NO → SKIP TO HH3b
- c. DK → SKIP TO HH3b

HH2. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico, para poder enviarle un enlace al cuestionario?

*REMINDER: READ BACK EMAIL*

- a. CORREO ELECTRÓNICO 1: \_\_\_\_\_
- b. CORREO ELECTRÓNICO 2: \_\_\_\_\_
- c. CORREO ELECTRÓNICO 3: \_\_\_\_\_
- d. DK

HH3a. Es posible que en el futuro tengamos otras encuestas en línea sobre otros temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → SKIP TO HH6
- b. NO → SKIP TO HH6
- c. DK → SKIP TO HH6

HH3b. IF HH1 = NO OR DK: Es posible que en el futuro tengamos otras encuestas en línea sobre otros temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → SKIP TO HH5
- b. NO → SKIP TO HH6
- c. DK → SKIP TO HH6

HH4. IF MOTHER WAS NOT ASKED ABOUT EMAIL ADDRESS IN HH1-HH3 (DID NOT SELECT AN OCCUPATION OF INTEREST): Es posible que en el futuro tengamos encuestas en línea para obtener

información sobre ciertos temas. ¿Estaría dispuesta a permitirnos enviarle un correo electrónico con información sobre esas encuestas para ver si le interesa participar?

- a. YES → CONTINUE TO HH5
- b. NO → SKIP TO HH6
- c. DK → SKIP TO HH6

HH5. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

*NOTE TO INTERVIEWERS: READ BACK THE EMAIL ADDRESS AND CONFIRM THAT IT HAS BEEN RECORDED CORRECTLY*

- a. EMAIL ADDRESS 1: \_\_\_\_\_
- b. EMAIL ADDRESS 2: \_\_\_\_\_
- c. EMAIL ADDRESS 3: \_\_\_\_\_
- d. DK

HH6. En caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted en el futuro, ¿podría darnos el nombre, la dirección y el número de teléfono de una persona que sepa siempre dónde podremos encontrarla? Esta información va a estar separada de su cuestionario. Será guardada bajo llave, excepto cuando la necesite el equipo del estudio y será destruida cuando se termine el estudio.

- a. YES → CONTINUE TO HH7
- b. NO → SKIP TO HH8
- c. DK → SKIP TO HH8

HH7. Información de contacto:

- PREFIX: Ms, Mrs, Mr, Dr
- FIRST NAME: \_\_\_\_\_
- LAST NAME: \_\_\_\_\_
- STREET/APARTMENT: \_\_\_\_\_
- CITY / STATE / ZIP: \_\_\_\_\_
- HOME PHONE: \_\_\_\_\_
- WORK PHONE: \_\_\_\_\_
- RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_
- COUNTRY: \_\_\_\_\_
- DK
- RF

**FOR HH8, INTERVIEWERS WILL NEED TO USE STATE AND INFANT STATUS TO DETERMINE WHICH SCRIPT TO USE:**

HH8. FOR IA, NC, and TX CENTERS AND A LIVEBORN INFANT: Ha terminado la encuesta, pero como dice en la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. Esto completa la entrevista, pero tal como leyó en la carta antes de la llamada, puede que se le pida participar en otras partes del estudio. Para agradecerle por su tiempo, le enviaremos una tarjeta de regalo por 30 dólares. Junto a la tarjeta de regalo, podríamos enviarle un formulario de consentimiento. Este formulario se le pedirá permiso para solicitar muestras de sangre seca sobrantes de su bebé, que ya fueron recolectadas poco después de su nacimiento por el programa de pruebas de detección para los recién nacidos de su estado. Esta parte del estudio nos ayudará a entender el rol que tienen los factores genéticos y otros factores biológicos en las causas de los defectos de nacimiento. Si decide completar y devolvernos el formulario de consentimiento, le enviaremos una tarjeta de regalo por 10 dólares como muestra de agradecimiento por su continuo interés en nuestro estudio.

**AR, MA, or NY:**

**LIVE BIRTHS WITH BIRTH DEFECTS:**

Ha terminado la encuesta, pero como dice en la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. Esto completa la entrevista, pero tal como leyó en la carta antes de la llamada, puede que se le pida participar en otras partes del estudio. Para agradecerle por su tiempo, le enviaremos una tarjeta de regalo por 30 dólares. Junto a la tarjeta de regalo, podríamos enviarle un formulario de consentimiento. Este formulario se le pedirá permiso para solicitar muestras de sangre seca sobrantes de su bebé, que ya fueron recolectadas poco después de su nacimiento por el programa de pruebas de detección para los recién nacidos de su estado. Esta parte del estudio nos ayudará a entender el rol que tienen los factores genéticos y otros factores biológicos en las causas de los defectos de nacimiento. Si decide completar y devolvernos el formulario de consentimiento, le enviaremos una tarjeta de regalo por 10 dólares como muestra de agradecimiento por su continuo interés en nuestro estudio.

**CONTROLS:**

Con esto concluye la primera parte de la entrevista. Para agradecerle por el tiempo que le ha dedicado a esta parte de la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo por \$30. Junto a la tarjeta de regalo, podríamos enviarle un formulario de consentimiento. Este formulario se le pedirá permiso para solicitar las muestras de sangre seca sobrantes de su bebé, que ya fueron recolectadas poco después de su nacimiento por el programa de pruebas de evaluación del

recién nacido de su estado. Esta parte del estudio nos ayudará a entender el rol que tienen los factores genéticos y otros factores biológicos en los defectos de nacimiento. Si decide devolvernos el formulario de consentimiento, le enviaremos una tarjeta de regalo por \$10 como muestra de agradecimiento por su continuo interés en nuestro estudio.

**STILLBIRTHS WITH OR WITHOUT A BIRTH DEFECT:**

Con esto concluye la primera parte de la entrevista. Para agradecerle por el tiempo que le ha dedicado a esta parte de la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo por \$30.

FOR CENTERS THAT ARE NOT COLLECTING BLOODSPOTS (STATE: CA, GA) OR FOR A NON-LIVEBORN INFANT EXCEPT AR, MA, and NY STILLBIRTHS: Ha terminado la encuesta, pero como dice en la carta que le enviamos, tal vez se le pida que participe en otras partes del estudio. Para que podamos contactarla en el futuro, quisiéramos confirmar su dirección. Para agradecerle por su tiempo, le enviaremos una tarjeta de regalo por 30 dólares.

HH8b. IF ADDRESS PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY DD3: Para confirmar, tenemos que su dirección es [PULL STREET ADDRESS FROM DD3]. ¿Esa es la dirección donde recibe su correo?

- a. YES → SKIP TO HH10
- b. NO → CONTINUE TO HH9
- c. DK → CONTINUE TO HH9
- d. RF → SKIP TO HH10

HH9. ASK ONLY IF ADDRESS NOT PROVIDED IN RESIDENCE HISTORY DD3 OR ADDRESS ON FILE IS INCORRECT: ¿Cuál es su dirección actual? REMEMBER TO ASK ABOUT APT NUMBER IF NONE IS GIVEN.

- STREET/APARTMENT: \_\_\_\_\_ DK RF
- CITY / STATE / ZIP: \_\_\_\_\_

HH11. Publicamos un boletín informativo para actualizar a los participantes sobre el avance del estudio. Publicamos cada boletín informativo nuevo en el sitio web [www.bdsteps.org](http://www.bdsteps.org) en Internet. ¿Va a poder usted tener acceso al boletín informativo en nuestro sitio web? SI RESPONDE 'NO' ENTONCES: Deseamos asegurarnos que las familias sin acceso a Internet también puedan recibir

el boletín informativo. ¿Desea usted que le enviemos por correo una copia del boletín informativo?

- a. Yes to internet
- b. NO to internet; YES to newsletter
- c. No to internet; No to newsletter
- d. DK
- e. RF

**FINAL REMARK**

**[ALL SUBJECTS EXCEPT AR, MA, and NY STILLBIRTHS WITH AND WITHOUT DEFECTS AND CONTROLS SKIP FINAL REMARK)]**

**[AR, MA, and NY STILLBIRTHS AND CONTROLS: Open/Refer to BD-STEPS – Stillbirth Pilot Supplement, Introductory Telephone Script and Informed Consent (Att45)]**

HH12. Para terminar, queremos agradecerle sinceramente su tiempo y sus esfuerzos. Su contribución a este importante estudio será de gran ayuda en nuestros esfuerzos para entender las causas de los defectos de nacimiento. Muchas gracias.

## Section II: INTERVIEWER REMARKS

- II1. The overall quality of this interview was:
- a. HIGH QUALITY
  - b. GENERALLY RELIABLE
  - c. QUESTIONABLE
  - d. UNSATISFACTORY
- II2. Did the father [NOIB'S] contribute to the mother's answers? SKIP IF FATHER UNKNOWN
- a. YES
  - b. NO
  - c. DK
- II3. Did some other person contribute to the mother's answers?
- a. YES → CONTINUE TO II4
  - b. NO → SKIP TO II5
  - c. DK → SKIP TO II5
- II4. Who was it?
- a. SPECIFY:\_\_\_\_\_ DK
- II5. IF II1 = c OR d: The main reason for questionable or unsatisfactory quality of information was because the respondent: INDICATE ALL THAT APPLY
- a. DID NOT KNOW ENOUGH INFORMATION REGARDING THE TOPIC
  - b. DID NOT WANT TO BE MORE SPECIFIC
  - c. SOUNDED BORED OR UNINTERESTED
  - d. SOUNDED UPSET, DEPRESSED, OR ANGRY
  - e. HAD POOR HEARING OR SPEECH
  - f. SOUNDED CONFUSED OR DISTRACTED BY FREQUENT INTERRUPTIONS
  - g. SOUNDED INHIBITED BY OTHERS AROUND HER
  - h. SOUNDED EMBARRASSED BY THE SUBJECT MATTER
  - i. SOUNDED EMOTIONALLY UNSTABLE
  - j. SOUNDED PHYSICALLY ILL
  - k. NOT COMFORTABLE WITH LANGUAGE OF THE QUESTIONNAIRE
  - l. DOESN'T HAVE THE TIME
  - m. FELT INTERVIEW TOO LONG
  - n. OTHER (SPECIFY):\_\_\_\_\_

- II6. Was the majority of the interview done in English or Spanish?
- a. ENGLISH
  - b. SPANISH
  - c. BOTH EQUALLY
- II1 INTERVIEW IS COMPLETE. PLEASE CLICK THE **FINISH** BUTTON