
Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

Phase 9 Core Web Questionnaire – Spanish

Cuestionario El Web De La Fase 9 – En Español

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo

Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish

o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-1273)



Warning: This warning banner provides privacy and security notices consistent with applicable federal laws, directives, and other federal guidance for accessing this Government system, which includes all devices/storage media attached to this system. This system is provided for government-authorized use only. Unauthorized or improper use of this system is prohibited and may result in disciplinary action and/or civil and criminal penalties. At any time, and for any lawful Government purpose, the government may monitor, record, and audit your system usage and/or intercept, search and seize any communication or data transiting or stored on this system. Therefore, you have no reasonable expectation of privacy. Any communication or data transiting or stored on this system may be disclosed or used for any lawful Government purpose.

Welcome to the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) Survey

Bienvenidos a la encuesta del Sistema de Evaluación de Riesgos en el Embarazo (PRAMS)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

Please enter the User ID and Passcode that were provided in your letter.
Por favor ingrese su identificación (ID) de usuario y la contraseña que le brindamos en la carta.

User ID *ID de Usuario* *

Passcode *Contraseña* *

Next/Siguiente



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



Bienvenidos a la encuesta del Sistema de Evaluación de Riesgos en el Embarazo (PRAMS) de Ohio



Form Approved
OMB No. 0920-1273
Exp. Date xx/xx/xxxx

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-35 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30329; ATTN: PRA (0920-1273).

To continue in English, click the "English" button on the upper right corner of your screen.

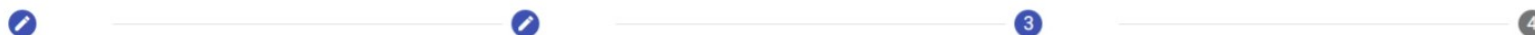
Anterior

Siguiente





Bienvenidos a la encuesta del Sistema de Evaluación de Riesgos en el Embarazo (PRAMS) de Ohio



Confirme su año de nacimiento.

Año de nacimiento de la madre *

Dirección de correo electrónico (opcional)

Anterior Siguiente








Bienvenidos a la encuesta del Sistema de Evaluación de Riesgos en el Embarazo (PRAMS) de Ohio



Instrucciones de la encuesta

La encuesta comenzará en la próxima pantalla.

1. Para salir de la encuesta, presione el botón de "Cerrar Sesión"  en la esquina derecha superior. Podrá regresar a completar su encuesta en otro momento.
2. Para obtener la información de contacto del programa de PRAMS, presione los iconos del sobre  o del teléfono  en la esquina superior derecha.

Siguiente





Instruction 1

Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta.

Next





Header1

ANTES DEL EMBARAZO

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



Instruction2

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



Core01

¿En qué fecha nació usted?

Previous

Next





1%

Core02

Antes de quedar embarazada, ¿usted...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba lentes, o es ciega?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una afección o condición física, mental o emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una afección o condición de salud física, mental o emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



1%

Instruction3

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada.

Previous

Next





1%

Core03

Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes afecciones o condiciones de salud?

*Para cada opción, marque **No**, si no tuvo la afección o condición de salud, o **Sí**, si la tuvo.*

	No	Sí
Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial alta o hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





2%

Core04

En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?

	No	Sí
Chequeo regular con un médico de familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chequeo regular con un ginecólogo-obstetra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita a un centro de atención de urgencia o la sala de emergencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita por depresión o ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita para una limpieza dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Core04_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



2%

Core05_Skip

Si no fue a una visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta Core 6.

Previous

Next





2%

Core05

En alguna de las visitas médicas que tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Habló conmigo acerca de...		
Mi peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chequearme la presión arterial regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis deseos de tener o no tener hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me preguntó...

Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos, como vapeadores ("vapes") u otros tipos de tabaco sin humo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si me sentía deprimida o ansiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



2%

Instruction 4

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico*.

Previous

Next





3%

Core06

Durante el **mes antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno no nombrado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)
- Site-specific option (TRICARE u otro seguro médico militar)
- Site-specific option (IHS o tribal)
- Otro seguro médico **Por favor, díganos:**

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

Previous

Next





3%

Core07

Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno no nombrado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)
- Site-specific option (TRICARE u otro seguro médico militar)
- Site-specific option (IHS o tribal)
- Otro seguro médico **Por favor, díganos:**

No tenía seguro médico *durante mi embarazo*

Previous

Next





3%

Core08

¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *actualmente*?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno no nombrado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)
- Site-specific option (TRICARE u otro seguro médico militar)
- Site-specific option (IHS o tribal)
- Otro seguro médico **Por favor, díganos:**

No tengo seguro médico *actualmente*

Previous

Next





4%

Core09

Piense en el tiempo justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

- Quería quedar embarazada más adelante
- Hubiera querido quedar embarazada antes
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

Previous

Next





4%

Header2

DURANTE EL EMBARAZO

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



4%

Instruction 5

Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo. (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas.)

Previous

Next





5%

Core10

¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?

- No
- Sí

Previous

Next





5%

Core11

Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca de...		
Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si tenía planificado amamantar a mi nuevo bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish

Me preguntó...

- Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé
- Si estaba tomando medicamentos recetados
- Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo
- Si estaba tomando alcohol
- Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente
- Si estaba usando drogas ilegales
- Si estaba usando marihuana
- Si quería hacerme la prueba del VIH

Previous

Next





5%

Core12

Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra el COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra el VRS o "RSV" en inglés (administrada durante el embarazo para proteger al bebé del virus respiratorio sincitial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



5%

Core13

¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Para cada opción, marque:

A si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo

D si se la puso **Durante** el embarazo

N si **Na** se la puso en los 3 meses antes ni durante el embarazo

	A	D	N
Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna Tdap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra el COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna contra el VRS ("RSV")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





6%

Core14

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

- No
- Sí

Previous

Next





6%

Core15

Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones o condiciones de salud?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial alta (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



6%

Core16_Skip

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta Core 16; si no, pase a la pregunta Core 17.

Previous

Next





7%

Core16

Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión arterial alta?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Me remitió o envió a otro proveedor de atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial después del embarazo regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





7%

Core17

Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los "signos de advertencia" a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo y que requerirían atención médica inmediata? Algunos de estos "signos de advertencia de una urgencia" incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

- No
- Si

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish

7%

Core18

Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia de una urgencia de alguna de las siguientes fuentes?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

Previous

Next

Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



8%

Instruction 6

Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos y otros productos del tabaco.

Previous

Next





8%

Core19

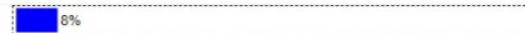
¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 2 años?

- No
- Sí

Previous

Next





Core20

En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

Previous

Next





8%

Core21

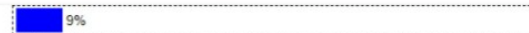
En los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

Previous

Next





Core22

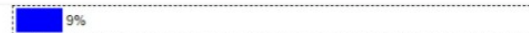
Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumo actualmente

Previous

Next





Core23

En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- No
- Sí

Previous

Next





9%

Core24

Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

Previous

Next





10%

Core25

Durante los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

Previous

Next





10%

Core26

En los últimos 2 años, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

No

Sí

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



10%

Instruction7

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser 1 copa de vino, gaseosa fuerte, lata o botella de cerveza, trago de licor o bebida mezclada.

Previous

Next





10%

Core27

Durante su embarazo más reciente, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
¿Los primeros 3 meses del embarazo (1.er trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los segundos 3 meses del embarazo (2.o trimestre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los últimos 3 meses del embarazo (3.er trimestre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



11%

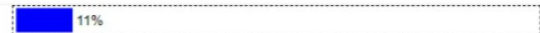
Core28_Skip

Si no consumió bebidas alcohólicas *durante* su embarazo, pase a la pregunta [Core 29].

Previous

Next





Core28

Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
¿Los primeros 3 meses del embarazo (1.er trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los segundos 3 meses del embarazo (2.o trimestre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los últimos 3 meses del embarazo (3.er trimestre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





11%

Instruction 8

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

Previous

Next





12%

Core29

¿Ocurrió alguna de las siguientes cosas durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Me separé o divorcí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo estuve en la cárcel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





12%

Core30

En los 12 meses *antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

Para cada opción, marque No o Sí.

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

Previous

Next





12%

Core31

Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

Previous

Next





13%

Header3

DESPUÉS DEL EMBARAZO

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



13%

Instruction9

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

Previous

Next





13%

Core32

Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?

- Menos de 3 días
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital

Previous

Next





13%

Core33

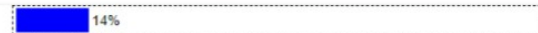
¿Está vivo su bebé?

- No → Lamentamos mucho su pérdida.
- Sí

Previous

Next





Core34

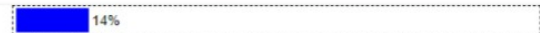
¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No
- Sí

Previous

Next





Core35

¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio leche materna a su nuevo bebé?

Escriba UNA respuesta

- No amamanté a mi bebé
- Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- Amamanté a mi bebé:
 - semana(s)
 - mes(es)
 - Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



14%

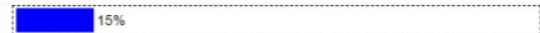
Core36_Skip

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta [Core 41].

Previous

Next





Core36

En las **últimas 2 semanas**, ¿en que posición ha acostado a su nuevo bebé a dormir por las noches o para siestas?

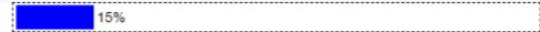
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
De lado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boca arriba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boca abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





Core37

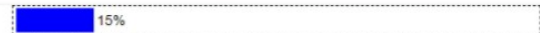
En las *últimas 2 semanas*, cuando usted estaba durmiendo, ¿con que frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

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

Previous

Next





Core38

En las *últimas 2 semanas*, ¿ha estado la cuna de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

- No
- Sí

Previous

Next





16%

Core39

En las *últimas 2 semanas*, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé a dormir por las noches o para siestas?

	No	Sí
En una cuna, cuna portátil o moisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un sofá, butaca o sillón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un asiento de bebé para el auto ("car seat")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un columpio, mecedora u otra cama inclinada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro lugar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Core39_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next





16%

Core40

En las *últimas 2 semanas*, ¿acostó a su nuevo bebé a dormir con alguna de las siguientes cosas?

	No	Sí
En un saco de dormir (manta tipo bolsa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En una manta en la que envolvió a su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protectores de cuna (con o sin malla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra opción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Core40_Other

Por favor, díganos:

Previous

Next





16%

Core41

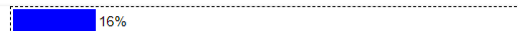
¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo? Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural, entre otros métodos.

- No
- Sí

Previous

Next





Core42

¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Estoy embarazada
- Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada
- Me operé (me ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- No quiero usar anticonceptivos
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja no quiere usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos

Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish

- Mi esposo(a) o pareja es del mismo sexo
- Tengo problemas para obtener los anticonceptivos que quiero
- No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Otra opción **Por favor, díganos:**

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



17%

Core43_Skip

Si usted o su esposo(a) o pareja no están haciendo algo para evitar un embarazo actualmente, pase a la pregunta Core 44.

Previous

Next





17%

Core43

¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo o pareja *actualmente* para evitar un embarazo?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Me operé (me ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- Pastillas anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo

- Coito interrumpido (él eyacula afuera)
- Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (amenorrea de la lactancia o MELA)
- Otra opción **Por favor, díganos:**

Previous

Next





17%

Core44

Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

- No
- Sí

Previous

Next





18%

Core45

Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo algunas de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Habló conmigo acerca de...		
La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomarme la presión arterial regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me preguntó ...		
Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros producto de tabaco sin humo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un proveedor de atención médica...		
Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





Core46

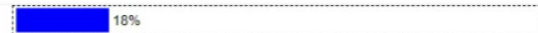
Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

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

Previous

Next





Core47

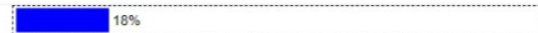
Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?

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

Previous

Next





Core48

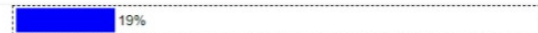
Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?

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

Previous

Next





Core49

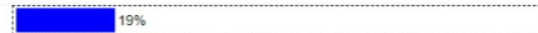
Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse o no ha podido controlar su preocupación?

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

Previous

Next





Core50

¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?

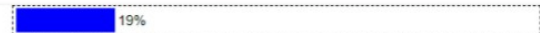
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Durante mi embarazo más reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde que nació mi nuevo bebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





Header4

OTRAS EXPERIENCIAS

Previous

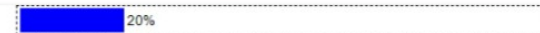
Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



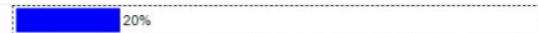
Instruction10

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

Previous

Next





Core51

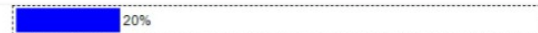
Por favor díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

	A menudo	A veces	Nunca
Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





Core52_GRID

Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	Yes	No
Ir a citas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer recados o diligencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next





21%

Core51_Info

Por favor indique con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los *12 meses* antes de que naciera su nuevo bebé.

Core51A

Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más.

- A menudo
- A veces
- Nunca

Core51B

La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más.

- A menudo
- A veces
- Nunca

Previous

Next





21%

Core52

Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- Ir a citas médicas
- Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo
- Hacer recados o diligencias

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



21%

Core52
Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?

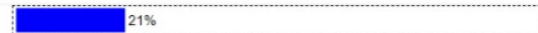
	No	Si
Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi estado de discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi estatus de inmigración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salario o ingresos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sexo o género	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi religión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mi idioma o acento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra razón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Core52_Other

Por favor, díganos:

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



Core54

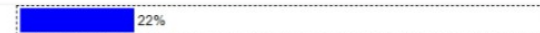
Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- Bastante a menudo
- A menudo
- No tan a menudo
- Nunca

Previous

Next





Core55

¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Trabajo (contratación, promoción, despido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con la policía (fui detenida, registrada, amenazada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los tribunales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la escuela o la escuela de mi hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al recibir atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous

Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



22%

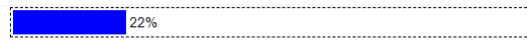
Instruction11

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

Previous

Next





Core56

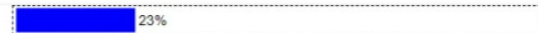
Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.

- \$0 a \$16,000
- \$16,001 a \$20,000
- \$20,001 a \$24,000
- \$24,001 a \$32,000
- \$32,001 a \$48,000
- \$48,001 a \$60,000
- \$60,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

Previous

Next





Core57

Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de estos ingresos?

Número de personas:

Previous

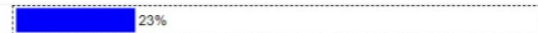
Next



Attachment 8j – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Web Questionnaire - Spanish



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



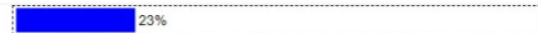
Core58

¿Cuál es la fecha de hoy?

Previous

Next





Comments

¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor escriba sus comentarios aquí.

¡Gracias por responder nuestras preguntas! Sus respuestas ayudarán a que las madres y bebés en sean más sanos.

Previous

Next

