
Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

Phase 9 Core Phone Questionnaire – Spanish

Cuestionario Telefónico Básico 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 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)

Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

Core 1. ¿En qué fecha nació *usted*?

____ /

Mes

____ /

Día

Año

(No Leer)

Rechazó

No Sabe / No Recuerda

Core 2. Para las siguientes preguntas, por favor responda **Sí** o **No**. Antes de quedar embarazada...

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	¿Tenía serias dificultades de audición, o es sorda?				
b.	¿Tenía serias dificultades con su visión incluso cuando usaba espejuelos, o es ciega?				
c.	¿Tenía serias dificultades caminando o subiendo escaleras?				
d.	¿Tenía serias dificultades concentrándose, recordándose de cosas o tomando decisiones dado a				

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

	una condición física, mental o emocional?				
e.	¿Tenía dificultades vistiéndose o bañándose por su cuenta?				
f.	¿Tenía dificultades haciendo cosas sola, como ir a una visita médica o de compras, dado a una condición física, mental o emocional?				

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

Core 3. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Diabetes tipo 1 o tipo 2. No es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo.				
b.	Presión alta o hipertensión				
c.	Depresión				
d.	Ansiedad				
e.	Site-added options from Standard question L11				

Core 4. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

(PREGUNTE: ¿Usted tuvo un(a) ____ en los 12 meses antes de quedar embarazada?)

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Chequeo de rutina con un médico de familia				
b.	Chequeo de rutina con un ginecólogo-obstetra				
c.	Visita asociada a una herida, enfermedad o condición crónica				
d.	Visita a un centro de cuidado de urgencias o a la sala de emergencias				
e.	Visita para planificación familiar o anticonceptivos				
f.	Visita por depresión o ansiedad				
g.	Visita para una limpieza dental				
	¿Fue a alguna otras visitas de atención médica?				

	SI RESPONDE SI, PREGUNTE: ¿Qué visita?				
--	--	--	--	--	--

SALTO: Si respondió “No” a todas las opciones en la pregunta Core 4, pase a la pregunta Core 6.

Core 5. En alguna de las visitas de atención médica que tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas?
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
	Un proveedor de salud habló con usted acerca de...				
a.	Su peso				
b.	Chequearse la presión regularmente				
c.	Sus deseos de tener o no tener hijos				
d.	Anticonceptivos				
e.	De cómo podría mejorar su salud antes de un embarazo				
f.	Las enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH				
	Un proveedor de salud le preguntó...				
g.	Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros tipos de tabaco sin humo				
h.	Si alguien estaba lastimándola emocional o físicamente				
i.	Si se sentía deprimida o ansiosa				

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

Core 6. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

(PREGUNTE: ¿usted tenía ____ durante *el mes antes* de quedar embarazada?)

- ☐ (1) Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tenía por el trabajo
- ☐ (2) Medicaid o *Site Medicaid name*
- ☐ (3) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- ☐ (4) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*
- ☐ (5) *Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)*

- ☐ (6) Site-specific (IHS o tribal)
- ☐ (7) ¿Usted tenía otro seguro médico en *el mes antes* de quedar embarazada?
- ☐ (8) **SI RESPONDE SI, PREGUNTE:** ¿Cuál?:

ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta [Core 7], si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior.

¿Diría usted que no tenía ningún seguro médico durante *el mes antes* de quedar embarazada?

ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ.

Core 7. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Para cada una, responda **Sí** o **No**.

- ☐ (1) Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tenía por el trabajo
- ☐ (2) Medicaid o *Site Medicaid name*
- ☐ (3) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- ☐ (4) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo, MCH program, indigent care, family planning program)*
- ☐ (5) *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- ☐ (6) *Site-specific (IHS o tribal)*
- ☐ (7) ¿Usted tenía otro tipo de seguro médico durante su embarazo?
- ☐ (8) **SI RESPONDE SI, PREGUNTE:** ¿Qué tenía?

ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta [Core 8], si respondió SÍ a por lo menos una de las opciones.

¿Diría usted que no tuvo seguro médico *durante su embarazo*?

ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ.

Core 8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora?

Para cada una, responda **Sí** o **No**.

- ☐ (1) Seguro médico privado pagado por usted u otra o que tiene por el trabajo
- ☐ (2) Medicaid o *Site Medicaid name*

- ☐ (3) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- ☐ (4) *Site option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)*
- ☐ (5) *Site-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- ☐ (6) *Site-specific (IHS o tribal)*
- ☐ (7) ¿Usted tiene otro seguro médico?
- ☐ (8) **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué tiene?

ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta [Core 9], si respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior.

¿Diría que no tiene seguro médico ahora?

(**ENTREVISTADORA:** Si respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ)

Core 9. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?
Voy a leer una lista de opciones. Por favor indique cual de las opciones mejor describe como usted se sentía.

- ☐ (1) No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- ☐ (2) Hubiera querido quedar embarazada antes
- ☐ (3) Quería quedar embarazada en ese momento
- ☐ (4) No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- ☐ (5) No estaba segura de lo que quería

(No Leer)

- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

DURANTE EL EMBARAZO

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.)

Core 10. ¿Usted recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?
(No Leer)

- ☐ (1) No → **Pase a la Pregunta X**
- ☐ (2) Sí
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 11. ***Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas?***
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
	¿HABLARON con usted acerca de...				
a.	Cuanto peso debería aumentar durante el embarazo?				
b.	Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que corren en la familia				
c.	<i>¿HABLARON con usted acerca de...</i> las señales y síntomas de un parto prematuro, esto es un parto que ocurre al menos 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento?				
d.	Que hacer si se siente deprimida durante el embarazo o después del nacimiento de su bebé				
	¿Le preguntaron...				
e.	Si tenía planificado amamantar a su nuevo bebé?				
f.	Si estaba pensando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé?				
g.	Si estaba tomando medicamentos recetados?				
h.	Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos u otros tipos de tabaco sin humo?				
i.	<i>¿Le preguntaron...</i> si estaba tomando alcohol?				
j.	¿Si alguien la estaba lastimando emocional o físicamente?				
k.	¿Si estaba usando drogas ilegales?				
l.	¿Si estaba usando marihuana?				
m.	¿Si quería hacerse la prueba de VIH?				

Core 12. ***Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas o inyecciones?***
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó	NS/ NR

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

				(8)	(9)
a.	Flu shot o “flu”				
b.	Tdap que protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina				
c.	COVID-19				
d.	Vacuna contra el VRS o “RSV” en inglés, que es administrada durante el embarazo para proteger al bebé del virus respiratorio sincitial				

Core 13. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Voy a leer una lista de vacunas. Para cada una, por favor dígame si usted se la puso en los 3 meses antes del embarazo o durante el embarazo, o diga No, si no se la puso.

(PREGUNTE: ¿Usted se puso la vacuna de ____ en los 3 meses antes del embarazo, durante el embarazo, o no se la puso?)

					(No Leer)	
		Antes	Durante	No	Rechazó ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Influenza o el “flu”					
b.	Tdap					
c.	COVID-19					
d.	Vacuna contra el VRS o “RSV”					

Core 14. Durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

(No Leer)

- ☐ (1) No
☐ (2) Sí
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 15. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de salud le dijo que tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?

Para cada una, responda **Sí o No**.

(PREGUNTE: Durante embarazo más reciente, ¿un proveedor de salud le dijo que tenía ____?)

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechazó ó (8)	NS/ NR (9)

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

a.	¿Diabetes gestacional, que es diabetes que comenzó durante <i>este</i> embarazo?				
b.	¿Presión alta que desarrolló durante <i>este</i> embarazo, preeclampsia o eclampsia?				
c.	Depresión?				
d.	Ansiedad?				

ENTREVISTADORA: Si dijo que tuvo presión alta antes o durante el embarazo, pase a la Pregunta Core 16, si no, pase a la Pregunta Core 17.

Core 16. ***Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de salud hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión alta?***
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	¿La refirió a otro proveedor de la salud?				
b.	¿Le dijo que se chequeara la presión regularmente <i>durante</i> el embarazo?				
c.	¿Habló con usted acerca de cómo llegar a un peso saludable <i>después</i> del embarazo?				
d.	¿Habló con usted acerca de chequearse la presión <i>después</i> del embarazo regularmente?				
e.	¿Habló con usted acerca del riesgo de desarrollar presión alta o hipertensión crónica y enfermedades cardíacas <i>después</i> del embarazo?				

Core 17. ***Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de las "señales de advertencia" que usted debe estar pendiente durante y después de su embarazo y que requerirían atención médica inmediata?*** Algunos de estos síntomas pueden incluir fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, o dolor de estómago intenso.

--- **(No Leer)**

- ☐ (1) No → **Pase a la Pregunta X**
- ☐ (2) Sí
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 18. ***Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de las señales de advertencia de alguna de las siguientes fuentes?***
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

	(No Leer)			
	No	Sí	Rechaz	NS/

		(1)	(2)	ó (8)	NR (9)
a.	Un proveedor de la salud, como un médico, una enfermera o una partera				
b.	Sitios web o redes sociales como Facebook, Instagram o X/Twitter				
c.	Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan “Hear Her” o “Escúchela” como una página web, en las redes sociales o un folleto				
d.	Familiares o amigos				

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

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

--- **(No Leer)**

- ☐ (1) No → **Go to Question [Core 23]**
- ☐ (2) Sí
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

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

(PREGUNTE: ¿Cuántos cigarrillos fumó en los *últimos* tres meses de su embarazo?)

¿Fumaba...

- ☐ (1) Más de una cajetilla que es 21 o más cigarrillos?
- ☐ (2) Entre media a una cajetilla que es entre 11 a 20 cigarrillos?
- ☐ (3) Menos de media cajetilla que es de 1 a 10 cigarrillos?
- ☐ (4) No fumaba en ese entonces

--- **(No Leer)**

- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 21. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

¿Fumaba...

(PREGUNTE: ¿Cuántos cigarrillos fumó en los *últimos* tres meses de su embarazo?)

- ☐ (1) Más de una cajetilla que es 21 o más cigarrillos?
- ☐ (2) Entre media a una cajetilla que es entre 11 a 20 cigarrillos?
- ☐ (3) Menos de media cajetilla que es de 1 a 10 cigarrillos?
- ☐ (4) No fumaba en ese entonces

--- **(No Leer)**

- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 22. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?
¿Fuma...

- ☐ (1) ¿Más de una cajetilla, que es 21 o más cigarrillos?
- ☐ (2) ¿Entre media a una cajetilla, que es entre 11 a 20 cigarrillos?
- ☐ (3) ¿Menos de media cajetilla, que es de 1 a 10 cigarrillos?
- ☐ (4) No fuma
- **(No Leer)**
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 23. En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (“vapes”) u otros productos de nicotina electrónicos?

- **(No Leer)**
- ☐ (1) No → **Go to Question [Core 27]**
- ☐ (2) Sí
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 24. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros productos electrónicos con nicotina?

¿Los usaba ...?

- ☐ (1) Todos los días
- ☐ (2) Algunos días
- ☐ (3) No usó cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina en ese momento
- **(No Leer)**
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 25. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros productos electrónicos con nicotina?

¿Los usaba ...

- ☐ (1) Todos los días?
- ☐ (2) Algunos días?
- ☐ (3) O diría que no usó cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina en ese momento?
- **(No Leer)**
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 26. En los últimos 2 años, ¿ha usado los cigarrillos electrónicos como “vapes” u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

- **(No Leer)**

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

- ☐ (1) No
☐ (2) Sí
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

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.

Core 27. Durante su embarazo más reciente, ¿Tomó alguna bebida alcohólica durante...

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	¿Los primeros 3 meses del embarazo o el primer trimestre? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i>				
b.	¿Durante los segundos 3 meses del embarazo o el segundo trimestre?				
c.	¿Durante los últimos 3 meses del embarazo o el tercer trimestre?				

SALTO: Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la Pregunta Core 29

Core 28. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	¿Los primeros 3 meses del embarazo o el primer trimestre? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i>				
b.	¿Durante los segundos 3 meses del embarazo o el segundo trimestre?				
c.	¿Durante los últimos 3 meses del embarazo o el tercer trimestre?				

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.

Core 29. ¿Ocurrieron algunas de las siguientes cosas durante los 12 meses antes de que

naciera su nuevo bebé?Para cada una, responda **Sí** o **No**.**(PREGUNTE: Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿_____?)**

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	¿Usted se separó o divorció?				
b.	¿Fue desalojada o la obligaron a irse de donde estaba viviendo?				
c.	¿Tenía un sitio donde podía dormir regularmente?				
d.	¿Era una persona sin hogar o vagabunda, o tuvo que dormir en la calle, en un auto o en un refugio?				
e.	¿Su esposo(a), pareja o usted perdió su trabajo?				
f.	¿A usted o a su esposo(a) o pareja les bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo?				
g.	¿Tuvo problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas?				
h.	¿Su esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel?				
i.	¿Usted estuvo en la cárcel?				
j.	¿Alguien cercano a usted tuvo un problema con alcohol o drogas?				
k.	¿Alguien cercano a usted estaba muy enfermo o murió?				

Core 30. 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 una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Su esposo(a) o pareja				
b.	Su ex esposo(a) o ex pareja				
c.	<i>Site option (Otro miembro de la familia)</i>				
d.	<i>Site option (Otra persona)</i>				

Core 31. 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 una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Su esposo(a) o pareja				
b.	Su ex esposo(a) o ex pareja				
c.	<i>Site option (Otro miembro de la familia)</i>				
d.	<i>Site option (Otra persona)</i>				

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

Core 32. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su bebé en el hospital?

(PREGUNTE: ¿Su bebé estuvo en el hospital ...?)

☐ (1) Menos de 3 días

☐ (2) Entre 3 a 5 días

☐ (3) Entre 6 a 14 días

☐ (4) Más de 14 días

☐ (5)

Su bebé no nació en el hospital

☐ (6) Su bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta X**

--- (No Leer)

☐ (8) Rechazó

☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 33. ¿Su bebé está vivo?

--- (No Leer)

No → **Lamentamos mucho su pérdida**

Pase a la Pregunta X

Sí

Se Rehusó → **Pase a la Pregunta X**

No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta X**

Core 34. Actualmente, ¿su bebé vive con usted?

--- (No Leer)

☐ (1) No → **Pase a la Pregunta X**

☐ (2) Sí

☐ (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta X**

☐ (9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta X**

Core 35. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio pecho a su nuevo bebé, o lo alimentó con leche materna?

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o meses?)

ENTREVISTADORA: Seleccione la opción que mejor represente la respuesta de la mamá.

--- **(No Leer)**

- ☐ (1) Nunca amamantó a su bebé
- ☐ (2) Amamantó menos de 1 semana
- ☐ (3) Amamantó al bebé:

Range: 1-40 _____ Semana(s) (RANGO: 1-40)

O

Range: 1-9 _____ Mes(es)

- ☐ (4) Todavía está amamantando o alimentando al bebé con leche materna
- ☐ (8) Rechazó
- ☐ (9) No Sabe / No Recuerda

(SALTO: Si el bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 41.)

Core 36. En las últimas 2 semanas, ¿en que posición ha acostado a su nuevo bebé a dormir por las noches o para siestas?

Para cada una, responda **Sí** o **No**.

(PREGUNTE: En las últimas 2 semanas, ¿colocó a su bebé a dormir _____?)

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	De lado				
b.	Boca arriba				
c.	Boca abajo				

Core 37. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con que frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

¿Usted diría que ha sido ____?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Frecuentemente
- ☐ (3) A veces
- ☐ (4) Casi nunca

- ☐ (5) Nunca → **Pase a la Pregunta Core 39**
 -- **(No Leer)**
☐ (8) Rechazó → **Pase a la Pregunta Core 39**
☐ (9) No Sabe / No Recuerda → **Pase a la Pregunta Core 39**

Core 38. En las *últimas 2 semanas*, ¿La cuna de su bebé está en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

--- **(No Leer)**

- ☐ (1) No
☐ (2) Sí
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 39. En las *últimas 2 semanas*, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé a dormir por las noches o para siestas?

Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE: En las últimas 2 semanas**, ¿usted diría que ha colocado a su bebé a dormir _____?)

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Una cuna, cuna portátil o moisés				
b.	Una cama tamaño "twin" o una más grande				
c.	Un sofá, butaca o sillón				
d.	Un asiento de bebé para el auto ("car seat")				
e.	Un columpio, mecedora u otra cama inclinada				
f.	Una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto				
g.	Una cuna tablero indígena ("babyboard" o "cradleboard")				
h.	¿Colocó a su bebé a dormir en otro sitio?				
i.	SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde?				

Core 40. En las *últimas 2 semanas*, ¿acostó a su nuevo bebé a dormir con alguna de las siguientes cosas?

Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	En un saco de dormir				

b.	En una manta en la que envolvió a su bebé				
c.	Con edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no están ajustadas				
d.	Con juguetes suaves, cojines o almohadas, incluyendo las almohadas para amamantar				
e.	Con protectores de cuna con o sin malla				
f.	¿Colocó a dormir a su bebé con otra cosa?				
SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Con qué? _____					

Core 41. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo actualmente para evitar un embarazo? Esto puede incluir operarse, usar anticonceptivos, condones, seguir métodos de planificación familiar natural, entre otros.

--- (No Leer)

- ☐ (1) No
- ☐ (2) Sí → **Pase a la Pregunta X**
- ☐ (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta X**
- ☐ (9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta X**

Core 42. ¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Para cada una, responda **Sí** o **No**.

¿Es porque ____?

(**PREGUNTE:** ¿Usted no está haciendo nada para evitar un embarazo ahora porque ____?)

- ☐ (5) Usted está embarazada ahora → **Pase a la Pregunta X**
- ☒ (6) Usted quiere quedar embarazada
- ☐ (7) Usted se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio
- ☐ (8) Su esposo o pareja se operó o tuvo una vasectomía
- ☐ (9) Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo
- ☐ (10) Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- ☐ (11) Su esposo o pareja no quiere usar condones
- ☐ (12) Su esposo(a) o pareja no quiere que usted use anticonceptivos
- ☐ (13) Su pareja es del mismo sexo
- ☐ (14) Tiene problemas obteniendo los anticonceptivos que quiere
- ☐ (15) No cree que puede quedar embarazada porque esta amamantando
- ☐ (16) No está teniendo relaciones sexuales
- ☐ (17) ¿Hay otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?
- ↳ **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál es esa razón?

Core 43. ¿Qué tipo de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Para cada una, responda Sí o No. (PREGUNTE: ¿Qué está usando usted o su esposo(a) o pareja actualmente para evitar un embarazo?)

- ☐ (1) Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio,
- ☐ (2) Su esposo o pareja se operó o tuvo una vasectomía
- ☐ (3) Píldoras anticonceptivas
- ☐ (4) Condones
- ☐ (5) Inyecciones
- ☐ (6) Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- ☐ (7) IUD o dispositivo intrauterino
- ☐ (8) Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo
- ☐ (9) El se retira y eyacula a fuera
- ☐ (10) Método de planificación familiar natural o métodos de observación de la fertilidad incluyendo el ritmo o aplicaciones de fertilidad
- ☐ (11) Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo, esto es llamado amenorrea de la lactancia o MELA
- ☐ (12) Actualmente, ¿están usando otro método anticonceptivo para evitar un embarazo?
↳ **SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué está usando?

Core 44. Desde que nació su nuevo bebé, ¿usted ha tenido un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

--- (No Leer)

- ☐ (1) No → **Pase a la Pregunta X**
- ☐ (2) Sí
- ☐ (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta X**
- ☐ (9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta X**

Core 45. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de salud hizo algunas de las

siguientes cosas?Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
	<i>¿Un proveedor de salud habló con usted acerca de...</i>				
a.	¿La nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo?				
b.	¿Cuánto debe esperar antes de quedar embarazada otra vez?				
c.	¿Anticonceptivos?				
d.	¿Los signos de urgencia o síntomas que podría sentir dado al embarazo y que podrían ser peligrosos?				
e.	¿Chequearse la presión regularmente				
f.	¿Qué hacer si se siente deprimida o ansiosa				
	<i>¿Un proveedor de salud Le preguntó ...</i>				
g.	¿Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos como "vapes" u otros tipos de tabaco sin humo?				
h.	¿Si alguien la estaba lastimando emocional o físicamente?				
	<i>¿Un proveedor de salud...</i>				
i.	¿le hizo una prueba para detectar si tenía diabetes?				
j.	¿le recetó medicamentos para la depresión o ansiedad?				

Core 46. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

¿Diría que ha sido _____?

- ☐ (1) Siempre
☐ (2) Frecuentemente
☐ (3) A veces
☐ (4) Rara vez
☐ (5) Nunca

(No Leer)
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 47. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer?

¿Diría que ha sido _____?

- ☐ (1) Siempre
☐ (2) Frecuentemente

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

- ☐ (3) A veces
☐ (4) Rara vez
☐ (5) Nunca
 --- **(No Leer)**
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 48. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o tensa?

¿Diría que ha sido _____?

- ☐ (1) Siempre
☐ (2) Frecuentemente
☐ (3) A veces
☐ (4) Rara vez
☐ (5) Nunca
 --- **(No Leer)**
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 49. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar o controlar cuanto se preocupa?

¿Diría que ha sido _____?

- ☐ (1) Siempre
☐ (2) Frecuentemente
☐ (3) A veces
☐ (4) Rara vez
☐ (5) Nunca
 --- **(No Leer)**
☐ (8) Rechazó
☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 50. ¿Algún proveedor de salud le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía decaída, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes períodos de tiempo?

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Durante su embarazo más reciente				
b.	Desde que nació su bebe				

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

Core 51. Por favor indique con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

Para cada una, por favor dígame si fue frecuentemente, a veces o nunca.

a. ¿Le preocupaba que se le acabara la comida antes de que tuviera dinero para comprar más?

¿Usted diría que esto ocurrió...

☐ (1) Frecuentemente

☐ (2) A veces

☐ (3) O, Nunca?

--- **(No Leer)**

☐ (8) Rechazó

☐ (9) No Sabe / No Recuerda

b. ¿La comida que compraba simplemente no duraba y usted no tenía dinero para comprar o conseguir más?

¿Usted diría que esto ocurrió...

☐ (1) Frecuentemente

☐ (2) A veces

☐ (3) O, Nunca?

--- **(No Leer)**

☐ (8) Rechazó

☐ (9) No Sabe / No Recuerda

Core 52. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le ha impedido hacer alguna de las siguientes cosas?

Para cada una, responda **Sí** o **No**.

(PREGUNTE: ¿Diría que la falta de transporte le ha impedido ir a ____?)

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	Citas médicas				
b.	Reuniones o citas que no eran médicas o del trabajo				
c.	Hacer recados o diligencias				

Core 53. Mientras recibía cuidado médico a través de su embarazo, el parto o el cuidado posparto, ¿Usted se sintió que fue discriminada, que le impidieron o le dieron problemas en hacer algo, o le hicieron sentir que es inferior a otra persona por alguna de las siguientes razones?

Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Se sintió discriminado por ____?

		(No Leer)			
		No	Sí	Rechaz	NS/

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

		(1)	(2)	ó (8)	NR (9)
a.	Su raza, etnicidad o el color de su piel				
b.	Por alguna discapacidad				
c.	Su estatus de inmigración				
d.	Su edad				
e.	Su peso				
f.	Su salario o cuanto ganaba				
g.	Su sexo				
h.	Su orientación sexual				
i.	Su religión				
j.	Mi idioma o acento				
k.	El tipo de seguro médico que tiene o porque no tenía seguro médico				
l.	Mi uso de sustancias como el alcohol, tabaco u otras drogas				
m.	Dado a que he estado involucrada en el sistema judicial, como la cárcel o prisión				
n.	¿Por otra cosa?				
o.	↪ SI CONTESTA SI, PREGUNTE: ¿Cuál fue?				

Core 54. ***Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia se ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, molestado o le han hecho sentir inferior debido a su raza, etnicidad o color?***
¿Diría que ha sido ____?

- ☐ (1) Frecuentemente
☐ (2) Algunas veces
☐ (3) Rara vez
☐ (4) Nunca

☐ (8) **(No Leer)**
☐ (9) Rechazó
 No Sabe / No Recuerda

Core 55. ***¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, etnicidad o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?***
 Para cada una, responda **Sí** o **No**. ***¿Ha sido tratada injustamente...***

		(No Leer)			
		No (1)	Sí (2)	Rechaz ó (8)	NS/ NR (9)
a.	En un trabajo por ejemplo siento contratada, promovida o despedida				

b.	Con la vivienda por ejemplo alquilando o comprando u obteniendo una hipoteca				
c.	Con la policía como ser detenida, registrada o amenazada				
d.	En los tribunales				
e.	En la escuela o la escuela de su hijo				
f.	Recibiendo atención médica				

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

Core 56. Durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso o salario total, al año, de su hogar antes de impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo. Voy a leer una lista de opciones. Puede detenerme cuando lea el nivel de ingresos de su hogar. ¿Su ingreso familiar anual fue de_____?

- ☐ (1) \$0 a \$16,000
- ☐ (2) \$16,001 a \$20,000
- ☐ (3) \$20,001 a \$24,000
- ☐ (4) \$24,001 a \$32,000
- ☐ (5) \$32,001 a \$48,000
- ☐ (6) \$48,001 a \$60,000
- ☐ (7) \$60,001 a \$85,000
- ☐ (8) \$85,001 o más

(No Leer)

- ☐ (88) Rechazó
- ☐ (99) No Sabe / No Recuerda

Core 57. Durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, *incluyéndola a usted*, dependían de este dinero?

_____ Número de Personas

Core 58. ENTREVISTADORA: Escriba la fecha de hoy
(No Leer)

Attachment 8h – PRAMS Livebirth Phase 9 Core Phone Questionnaire - Spanish

Range: 1-12 _____ /

Mes

Range: 1-31 _____ /

Día

Range: _____

Current Yr. Año

☐ Rechazó

(88/88/8888)

☐ No Sabe / No Recuerda

(99/99/9999)

Esto finaliza la encuesta. ¿Hay algo más que quiera decir acerca de sus experiencias antes, durante o después del embarazo o de otros temas que no fueron incluidos en la encuesta?

ENTREVISTADORA: Escriba los comentarios de la participante al pie de la letra.

¡Gracias por responder nuestras preguntas! Sus respuestas ayudarán a que las madres y bebés en <STATE> sean más saludables. Hasta luego.