

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
 O Centímetros

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

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

/ /
 Mes Día Año

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

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

- ☐ No
☐ Sí

Pase a la Pregunta 7

Pase a la Pregunta 5

5. El bebé que tuvo justo antes de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o menos cuando nació?

- ☐ No
☐ Sí

6. ¿El bebé que tuvo justo antes de su nuevo bebé nació más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

- ☐ No
☐ Sí

7. En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque No, si usted no lo hizo, o Sí, si lo hizo.

No Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso ☐ ☐
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para mejorar mi salud ☐ ☐
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos ☐ ☐
- d. Un profesional de salud me chequeó para la diabetes ☐ ☐
- e. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar ☐ ☐

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

No Sí

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

9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- ☐ Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de quedar embarazada
- ☐ De 1 a 3 veces a la semana
- ☐ De 4 a 6 veces a la semana
- ☐ Todos los días de la semana

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

- ☐ No
- ☐ Sí

Pase a la Pregunta 13

11. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- ☐ Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- ☐ Consulta para una enfermedad o condición crónica
- ☐ Consulta para una herida
- ☐ Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- ☐ Consulta para depresión o ansiedad
- ☐ Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- ☐ Otra

Por favor, escríbala:

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | ☐ | ☐ |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable | ☐ | ☐ |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta..... | ☐ | ☐ |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos..... | ☐ | ☐ |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo..... | ☐ | ☐ |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo..... | ☐ | ☐ |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | ☐ | ☐ |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos | ☐ | ☐ |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | ☐ | ☐ |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida | ☐ | ☐ |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago..... | ☐ | ☐ |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | ☐ | ☐ |

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- ☐ Seguro médico privado de mis padres
- ☐ Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ PeachCare for Kids
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

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

14. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ No recibí cuidado prenatal —————→ **Pase a la Pregunta 15**
- ☐ Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- ☐ Seguro médico privado de mis padres
- ☐ Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ PeachCare for Kids
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

- ☐ No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

15. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- ☐ Seguro médico privado de mis padres
- ☐ Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ PeachCare for Kids
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

- ☐ No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

Marque UNA respuesta

- ☐ No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- ☐ Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- ☐ Quería quedar embarazada en ese momento
- ☐ No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- ☐ No estaba segura de que quería

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

- ☐ No
- ☐ Sí —————→ **Pase a la Página 4, Pregunta 21**

Pase a la Página 4, Pregunta 18

18. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

☐ No

☐ Sí →

Pase a la Pregunta 20

19. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

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

Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta 21.

20. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Píldoras anticonceptivas
- ☐ Condones
- ☐ Inyecciones (Depo-Provera®)
- ☐ Un implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- ☐ Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- ☐ IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Sklya®)
- ☐ Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- ☐ El hombre se retira
- ☐ Otro → Por favor, escríbalo:

DURANTE EL EMBARAZO

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

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

{ Semanas ☐ Meses

- ☐ No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Pregunta 23

Pase a la Pregunta 22

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | ☐ | ☐ |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas | ☐ | ☐ |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos..... | ☐ | ☐ |
| d. Si yo estaba tomando alcohol | ☐ | ☐ |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente | ☐ | ☐ |
| f. Si me sentía decaída o deprimida | ☐ | ☐ |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth | ☐ | ☐ |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | ☐ | ☐ |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé | ☐ | ☐ |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé | ☐ | ☐ |

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

- ☐ No
☐ Sí

24. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- ☐ No
☐ Sí, antes de mi embarazo
☐ Sí, durante mi embarazo

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

- ☐ No
☐ Sí

26. Esta pregunta es sobre otro cuidado de sus dientes durante su embarazo más reciente. Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo | ☐ | ☐ |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías | ☐ | ☐ |
| c. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo | ☐ | ☐ |
| d. Necesité consultar a un dentista por un problema | ☐ | ☐ |
| e. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | ☐ | ☐ |

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante <i>este</i> embarazo) | ☐ | ☐ |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | ☐ | ☐ |
| c. Depresión..... | ☐ | ☐ |

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

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

- ☐ No
☐ Sí

→ **Pase a la Página 8, Pregunta 38**

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

- ☐ 41 cigarrillos o más
☐ De 21 a 40 cigarrillos
☐ De 11 a 20 cigarrillos
☐ De 6 a 10 cigarrillos
☐ De 1 a 5 cigarrillos
☐ Menos de 1 cigarrillo
☐ No fumaba en ese entonces

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

- ☐ 41 cigarrillos o más
☐ De 21 a 40 cigarrillos
☐ De 11 a 20 cigarrillos
☐ De 6 a 10 cigarrillos
☐ De 1 a 5 cigarrillos
☐ Menos de 1 cigarrillo
☐ No fumaba en ese entonces

Si usted no fumaba en ningún momento durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta 37.

31. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que dejara de fumar?

- ☐ No
☐ Sí
☐ No recibí cuidado prenatal

→ **Pase a la Pregunta 33**

Pase a la Pregunta 32

32. A continuación aparece una lista de cosas acerca de dejar de fumar que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo haber hecho *durante cualquiera de sus consultas prenatales*. Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

No Sí

- a. Dedicó tiempo para hablar conmigo sobre cómo dejar de fumar ☐ ☐
- b. Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar ☐ ☐
- c. Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar ☐ ☐
- d. Me dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi sola ☐ ☐
- e. Me refirió a consejería para ayuda a dejar de fumar ☐ ☐
- f. Me preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría mi decisión de dejar de fumar .. ☐ ☐
- g. Me refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal ☐ ☐
- h. Me recomendó que yo usara el chicle de nicotina..... ☐ ☐
- i. Me recomendó que yo usara el parche de nicotina ☐ ☐
- j. Me recetó "nasal spray" o un inhalador de nicotina ☐ ☐
- k. Me recetó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para ayudarme a dejar de fumar ☐ ☐
- l. Me recetó una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para ayudarme a dejar de fumar ☐ ☐

33. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparece en la lista a continuación acerca de dejar de fumar?

Para cada una, marque **No**, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Fijé una fecha específica para dejar de fumar..... | ☐ | ☐ |
| b. Usé folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarme a dejar de fumar..... | ☐ | ☐ |
| c. Llamé a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fui a un sitio de Internet..... | ☐ | ☐ |
| d. Asistí a una clase o programa para dejar de fumar..... | ☐ | ☐ |
| e. Fui a sesiones de consejería para ayudarme a dejar de fumar | ☐ | ☐ |
| f. Utilizé un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, "nasal spray" o un inhalador..... | ☐ | ☐ |
| g. Tomé una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para dejar de fumar | ☐ | ☐ |
| h. Tomé una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para dejar de fumar | ☐ | ☐ |
| i. Traté de dejar de fumar por mi cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)..... | ☐ | ☐ |
| j. Otra | ☐ | ☐ |

Por favor, escríbala:

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿pagó su seguro médico los costos de medicamentos u otros servicios para ayudarlo a dejar de fumar?

Marque UNA respuesta

- ☐ No, mi seguro no pagó
☐ Sí, pero tuve que hacer un copago
☐ Sí, sin copago
☐ Yo no estaba tratando de dejar de fumar
☐ No tenía seguro médico
☐ No sé

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

Marque UNA respuesta

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

36. A continuación aparece una lista de cosas que pueden hacerles difícil a algunas personas dejar de fumar. Para cada una, marque **No, si no es algo que puede hacerle difícil a usted, o **Sí**, si lo es.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar | ☐ | ☐ |
| b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar..... | ☐ | ☐ |
| c. Miedo de aumentar de peso..... | ☐ | ☐ |
| d. Pérdida de la manera en que controla el estrés..... | ☐ | ☐ |
| e. Otras personas fumando alrededor de mí..... | ☐ | ☐ |
| f. Antojo de cigarrillo | ☐ | ☐ |
| g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar | ☐ | ☐ |
| h. Depresión que se empeora | ☐ | ☐ |
| i. Ansiedad que se empeora | ☐ | ☐ |
| j. Otra razón | ☐ | ☐ |

Por favor, escríbala:

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

- ☐ 41 cigarrillos o más
☐ De 21 a 40 cigarrillos
☐ De 11 a 20 cigarrillos
☐ De 6 a 10 cigarrillos
☐ De 1 a 5 cigarrillos
☐ Menos de 1 cigarrillo
☐ No fumo ahora

38. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa durante su embarazo *más reciente*, incluso si nadie que vivía en su casa fumaba?

Marque UNA respuesta

- ☐ A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- ☐ Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- ☐ Se permitía fumar en cualquier parte de mi casa

39. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma?

Marque UNA respuesta

- ☐ A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- ☐ Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- ☐ Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

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

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | ☐ | ☐ |
| b. Hookah..... | ☐ | ☐ |
| c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, o rapé..... | ☐ | ☐ |
| d. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros..... | ☐ | ☐ |

Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 41. Sino, pase a la Pregunta 43.

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

- ☐ Más de una vez al día
- ☐ Una vez al día
- ☐ 2-6 días a la semana
- ☐ Un día a la semana o menos
- ☐ No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

- ☐ Más de una vez al día
- ☐ Una vez al día
- ☐ 2-6 días a la semana
- ☐ Un día a la semana o menos
- ☐ No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

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

- ☐ No
- ☐ Sí

Pase a la Pregunta 46

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

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

45. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

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

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.

46. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | ☐ | ☐ |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja | ☐ | ☐ |
| c. Me mudé a otra dirección | ☐ | ☐ |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | ☐ | ☐ |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo | ☐ | ☐ |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | ☐ | ☐ |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja | ☐ | ☐ |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | ☐ | ☐ |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal | ☐ | ☐ |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | ☐ | ☐ |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | ☐ | ☐ |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel | ☐ | ☐ |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas..... | ☐ | ☐ |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | ☐ | ☐ |

47. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron según su raza?

- ☐ No
- ☐ Sí

48. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | ☐ | ☐ |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | ☐ | ☐ |
| c. Otro miembro de la familia..... | ☐ | ☐ |
| d. Otra persona | ☐ | ☐ |

49. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | ☐ | ☐ |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | ☐ | ☐ |
| c. Otro miembro de la familia..... | ☐ | ☐ |
| d. Otra persona | ☐ | ☐ |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

50. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/

/

20

MesDíaAño

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

- ☐ Menos de 24 horas (menos de 1 día)

☐ De 24 a 48 horas (1 a 2 días)

☐ De 3 a 5 días

☐ De 6 a 14 días

☐ Más de 14 días

☐ Mi bebé no nació en un hospital

☐ Mi bebé todavía está en el hospital
- Pase a la Pregunta 54

52. ¿Su bebé está vivo?

- ☐ No

☐ Sí
- Lamentamos mucho su pérdida
Pase a la Página 13, Pregunta 66

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

- ☐ No

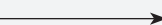
☐ Sí
- Pase a la Página 12, Pregunta 64
- Pase a la Pregunta 54

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor | ☐ | ☐ |
| b. Una enfermera, partera o dóula | ☐ | ☐ |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna..... | ☐ | ☐ |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé | ☐ | ☐ |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna..... | ☐ | ☐ |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita | ☐ | ☐ |
| g. Familiares o amigos | ☐ | ☐ |
| h. Otra | ☐ | ☐ |

Por favor, escribala:

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

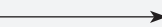
☐ No  **Pase a la Pregunta 59**

☐ Sí



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

☐ No

☐ Sí  **Pase a la Pregunta 58**



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

☐ Menos de 1 semana

Semanas **O** Meses

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 59.

58. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si sucedió.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho | ☐ | ☐ |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | ☐ | ☐ |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | ☐ | ☐ |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | ☐ | ☐ |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | ☐ | ☐ |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida | ☐ | ☐ |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | ☐ | ☐ |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | ☐ | ☐ |
| i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche | ☐ | ☐ |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | ☐ | ☐ |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | ☐ | ☐ |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | ☐ | ☐ |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 64.

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

Marque UNA respuesta

- ☐ De lado
- ☐ Boca arriba
- ☐ Boca abajo

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

- ☐ Siempre
☐ Frecuentemente
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca → **Pase a la Pregunta 62**

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

- ☐ No
☐ Sí

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba..... | ☐ | ☐ |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" | ☐ | ☐ |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto..... | ☐ | ☐ |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé..... | ☐ | ☐ |

64. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- ☐ No → **Pase a la Pregunta 66**
☐ Sí

65. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?

- ☐ Una enfermera o asistente de enfermería
☐ Una maestra o educador de salud
☐ Una dóula u partera
☐ Otra persona → Por favor, escríbala:

- ☐ No sé

66. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- ☐ No
☐ Sí

Pase a la Pregunta 68

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

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Quiero quedar embarazada
- ☐ Estoy embarazada ahora
- ☐ Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- ☐ No quiero usar ningún método anticonceptivo
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- ☐ No estoy teniendo relaciones sexuales
- ☐ Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- ☐ Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- ☐ Otra —————→ Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 69.

68. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- ☐ Vasectomía (esterilización masculina)
- ☐ Píldoras anticonceptivas
- ☐ Condones
- ☐ Inyecciones (Depo-Provera®)
- ☐ Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- ☐ IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- ☐ Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- ☐ Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- ☐ El hombre se retira
- ☐ No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- ☐ Otro —————→ Por favor, escríbalo:

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

- ☐ No —————→
☐ Sí

Pase a la Página 14, Pregunta 71

Pase a la Página 14, Pregunta 70

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

	No	Sí
a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....	☐	☐
b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo.....	☐	☐
c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....	☐	☐
d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....	☐	☐
e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones.....	☐	☐
f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®).....	☐	☐
g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos.....	☐	☐
h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....	☐	☐
i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....	☐	☐
j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes	☐	☐

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

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

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

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

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

☐ No	→	Pase a la Pregunta 76
☐ Sí	↓	

74. Por favor cuéntenos sobre su trabajo PRINCIPAL durante su embarazo *más reciente*. ¿Qué cargo tenía y cuáles eran sus actividades o responsabilidades regulares?

Cargo:

Responsabilidades en el trabajo:

75. Pensando en su trabajo PRINCIPAL durante su embarazo más reciente, ¿para qué tipo de compañía trabajaba (¿qué hacía o producía la compañía?)?

Tipo de compañía:

☐ No sé

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 77.

76. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes? Para cada servicio, marque **No**, si no usó el servicio, o **Sí**, si lo usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos | ☐ | ☐ |
| b. Consejería para la depresión o la ansiedad..... | ☐ | ☐ |

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

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

- ☐ De 0 a \$16,000
☐ De \$16,001 a \$20,000
☐ De \$20,001 a \$24,000
☐ De \$24,001 a \$28,000
☐ De \$28,001 a \$32,000
☐ De \$32,001 a \$40,000
☐ De \$40,001 a \$48,000
☐ De \$48,001 a \$57,000
☐ De \$57,001 a \$60,000
☐ De \$60,001 a \$73,000
☐ De \$73,001 a \$85,000
☐ \$85,001 ó más

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

Número de Personas

79. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /
 Mes Día Año

Las siguientes preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que suele propagarse con mayor frecuencia a través de las picaduras de mosquitos, pero un hombre con el virus del Zika también puede transmitir la enfermedad por vía sexual.

Z1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuánto le preocupaba la posibilidad de infectarse con el virus del Zika?

Marque UNA respuesta

- ☐ Me preocupaba mucho
- ☐ Me preocupaba un poco
- ☐ No me preocupaba para nada
- ☐ Nunca había oído hablar del virus del Zika durante mi embarazo más reciente →

Pase a la
Pregunta Z5

Z2. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca del virus del Zika?

- ☐ No
- ☐ Sí, un profesional de salud me habló del tema sin que yo se lo pidiera
- ☐ Sí, un profesional de salud me habló del tema pero sólo CUANDO le consulté al respecto

Z3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba de sangre para detectar el virus del Zika?

- ☐ No
- ☐ Sí

Las siguientes preguntas son acerca de sus viajes durante su embarazo *más reciente*.

Z4. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se enteró de que existía la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?

- ☐ No
- ☐ Sí

Z5. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿vivió o viajó fuera de los 50 estados de los Estados Unidos?

- ☐ No
- ☐ Sí

Pase a la Pregunta Z9

Z6. ¿En qué momento vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente* y por cuánto tiempo? Podría serle útil ver el calendario. Si usted no se acuerda de la fecha exacta, por favor escriba solamente el mes y año. Si realizó más de 2 viajes, complete la información a continuación para los dos PRIMEROS viajes durante su embarazo más reciente.

Viaje número 1

Lugar (país o territorio): _____

Primer día de viaje: _____ / _____ / 20
Mes Día Año

Estadía (en cantidad de días): _____

Viaje número 2

Lugar (país o territorio): _____

Primer día de viaje: _____ / _____ / 20
Mes Día Año

Estadía (en cantidad de días): _____

Z7. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó el clima era tropical? Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- ☐ No
☐ Sí

→ **Pase a la Pregunta Z9**

Z8. ¿Con qué frecuencia hacía cosas para tratar de evitar las picaduras de mosquitos mientras vivía o viajaba por los lugares especificados más arriba? Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar las picaduras de mosquitos incluyen usar camisas de mangas largas y pantalones largos, usar repelente de mosquitos y permanecer en lugares con aire acondicionado o con screens en las puertas y ventanas.

- ☐ Todos los días
☐ Algunos días
☐ Nunca
☐ No habían mosquitos

Las últimas preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.

Z9. En algún momento 6 meses antes de su embarazo más reciente o durante su embarazo, ¿su esposo o cualquier pareja de sexo masculino vivió o viajó fuera de los 50 estados de Estados Unidos?

- ☐ No
☐ Sí

→ **Pase a la Pregunta Z11**

Z10. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó su esposo o cualquier pareja de sexo masculino el clima era tropical? Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- ☐ No
☐ Sí
☐ No sé

Z11. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o alguna pareja de sexo masculino?

- ☐ Cada vez
☐ Algunas veces
☐ Nunca
☐ No tuve relaciones sexuales durante mi embarazo

→ **Pase al final**

→ **Pase al final**

Z12. ¿Cuáles fueron sus razones para no usar condones durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las opciones que correspondan

- ☐ No creí que fuera necesario usar condones durante el embarazo
☐ No sabía que podía contraer el virus del Zika por vía sexual
☐ No pensaba que mi esposo o pareja de sexo masculino tenía el virus del Zika
☐ No me preocupaba contraer el virus del Zika
☐ No quería usar condones
☐ Mi esposo o pareja de sexo masculino no quería usar condones
☐ Otra → Por favor, díganos:

**¡Gracias por responder a estas preguntas!
Sus respuestas nos ayudarán a cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.**

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

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

