

GEORGIA

1

**Primero quisiéramos hacerle unas cuantas preguntas sobre usted y sobre antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé. Por favor marque el cuadro que corresponda a su respuesta.**

**1. Justo antes de que quedara embarazada, ¿tenía usted seguro médico? No cuente el Medicaid.**

- No
- Sí

**2. Justo antes de que quedara embarazada, ¿recibía usted beneficios de Medicaid?**

- No
- Sí

**3. Durante el *mes* antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitamina prenatal? Estas son pastillas que contienen varias vitaminas y minerales.**

- Yo no tomaba ninguna multivitamina o vitamina prenatal
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

**4. ¿En qué fecha nació usted?**

/  / 19  
 Mes      Día      Año

**5. Justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?**

Libras **O**  Kilos

**6. ¿Cuánto mide usted sin zapatos?**

Pies **Y**  Pulgadas

**O**  Centímetros

**7. Antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?**

- No → **Pase a la Página 2, Pregunta 10**
- Sí

**8. 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

**9. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para su nacimiento?**

- No
- Sí

2

GEORGIA

Las siguientes preguntas son acerca del período de tiempo cuando quedó embarazada de su *nuevo* bebé.

10. Piense en el período *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿qué pensaba de quedar embarazada?

Marque una respuesta

- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 14

12. 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 el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 14

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

Marque todas las que correspondan

- No me importaba 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 que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otra → Por favor escríbala:

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

14. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? (Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.)

\_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

- No recuerdo

GEORGIA

**15. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de atención prenatal?** No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños).

Semanas **O**  Meses

No recibí atención prenatal

**16. ¿Recibió usted atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?**

- No
- Sí
- Yo no quería recibir atención prenatal

**Pase a la Página 4, Pregunta 18**

**17. A continuación se presenta una lista de problemas que pueden tener algunas mujeres para obtener atención prenatal.**

Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si esto fue un problema para usted durante su embarazo más reciente o **No**, si no fue un problema o si no le corresponde.

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería. . . . .                                       | No | Sí |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas. . . . .        | No | Sí |
| c. No tenía cómo ir a la clínica ni al consultorio médico. . . . .                          | No | Sí |
| d. No podía tomar tiempo libre de mi trabajo. . . . .                                       | No | Sí |
| e. El doctor o mi plan de salud no quiso empezar a atenderme antes, como yo quería. . . . . | No | Sí |
| f. No tenía mi tarjeta de Medicaid. . . . .   | No | Sí |
| g. No tenía quién cuidara a mis hijos. . . . .  | No | Sí |
| h. Estaba demasiado ocupada en otras cosas . . . . .  | No | Sí |
| i. No quería que nadie supiera que estaba embarazada . . . . .                              | No | Sí |
| j. Otro . . . . .   | No | Sí |
- Por favor escríbalo:

**Si usted no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 26.**

**18. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de atención prenatal? No incluya las consultas relacionadas con WIC.**

**Marque una respuesta**

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico privado o clínica de una HMO
- Instalación militar
- Otro —————> Por favor escríbalo:

**19. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?**

**Marque todas las que correspondan**

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- Militar
- Todavía debo
- Otra forma —————> Por favor escríbala:

**20. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque con un círculo Sí, si alguien le habló sobre el tema o No, si nadie le habló sobre el tema.**

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. La forma en que el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . .                           | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé . . . . .   | No | Sí |
| c. La forma en que el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . . . .               | No | Sí |
| d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo . . .                                 | No | Sí |
| e. Los métodos anticonceptivos que se pueden usar después de mi embarazo. . . . .                        | No | Sí |
| f. Las medicinas que se pueden tomar con seguridad durante mi embarazo. . .                              | No | Sí |
| g. La forma en que el consumo de drogas ilegales podría afectar a mi bebé . . . . .                      | No | Sí |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que haya en mi familia . . . . . | No | Sí |
| i. Que hacer si comenzaran mis dolores de parto antes de tiempo . . .                                    | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA). . .                             | No | Sí |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres . . .                              | No | Sí |

GEORGIA

**21. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica le habló sobre tomarse una multivitamina o vitamina prenatal *durante su embarazo*?**  
 Estas son pastillas que contienen varias vitaminas y minerales.

- No
- Sí

**22. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, una enfermera, u otro trabajador de atención médica le preguntó:**

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Cuánto alcohol estaba tomando? . . .   | No | Sí |
| b. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente? . . .                            | No | Sí |
| c. Si estaba usando drogas ilegales (marihuana o hachís, cocaína, crack, etc.)? . . . . .         | No | Sí |
| d. Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)? . . . . .       | No | Sí |
| e. Si estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé? . . . . . | No | Sí |

**23. ¿Ha oído alguna vez de la bacteria *Estreptococo Grupo B* (o *Beta Estreptococo*) que las mujeres pueden pasar a sus bebés durante el nacimiento?**

- No
- Sí

**24. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, una enfermera, u otro trabajador de atención médica le habló sobre la bacteria *Estreptococo Grupo B* (o *Beta Estreptococo*)?**

- No
- Sí

**25. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba para detectar la bacteria *Estreptococo Grupo B* (o *Beta Estreptococo*)?**

- No
- Sí
- No sé

**26. En cualquier momento durante su embarazo o parto más reciente, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?**

- No
- Sí → Pase a la Página 6, Pregunta 32
- No sé

**27. Durante su embarazo o parto más reciente, ¿le *ofrecieron* hacerle una prueba para detectar el VIH?**

- No → Pase a la Página 6, Pregunta 30
- Sí

**28. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?**

- No → Pase a la Página 6, Pregunta 30
- Sí

6

GEORGIA

29. ¿Por qué rechazó la prueba para detectar el VIH?

Marque **todas** las que correspondan

- No pensaba que estaba en riesgo de contraer VIH
- No quería que la gente pensara que estaba en riesgo de contraer VIH
- Tenía miedo de saber el resultado
- Me hice la prueba antes de este embarazo y no creí que fuera necesario hacerla otra vez → **Pase a la Pregunta 31**
- Otra razón → Por favor escríbala:

30. ¿Le hicieron una prueba para detectar el VIH antes de este embarazo?

- No → **Pase a la Pregunta 32**
- Sí
- No sé → **Pase a la Pregunta 32**

31. ¿Cuándo se hizo esta prueba antes de este embarazo?

Marque **una** respuesta

- Menos de 6 meses antes de que quedara embarazada
- De 6 meses a 1 año antes de que quedara embarazada
- Más de 1 año antes de que quedara embarazada

32. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitamina prenatal? Estas son pastillas que contienen varias vitaminas y minerales.

- No tomé ninguna multivitamina o vitamina prenatal
- De 1 a 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

33. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar la vitamina ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

- No → **Pase a la Pregunta 35**
- Sí

34. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes?

Marque **todas** las que correspondan

- Un artículo de periódico o revista
- En la radio o televisión
- De un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica
- En un libro
- De familiares o amigos
- Otra → Por favor escríbala:

35. De entre las siguientes razones, ¿cuál es la razón por la que algunos expertos de la salud recomiendan tomar ácido fólico?

Marque **una** respuesta

- Para fortalecer los huesos
- Para prevenir defectos de nacimiento
- Para prevenir la alta presión sanguínea
- No sé

GEORGIA

**36. ¿Cuáles de las siguientes razones haría que usted tomara una multivitamina o vitamina prenatal?**

**Marque todas las que correspondan**

- Si por lo general no comiera los alimentos adecuados
- Si previniera las enfermedades cardíacas
- Si fuera bueno para mi salud en general
- Si algún día me ayudara a tener un bebé sano
- Si mi familia o amigos me dijeran que es una buena idea tomarlo
- Si mi doctor o enfermera me dijera que es una buena idea tomarlo

**37. ¿Se puso la vacuna contra la influenza (flu) durante su embarazo más reciente?**

- No
- Sí

**Pase a la Pregunta 39**

**38. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza (flu) durante su embarazo más reciente?** Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si fue una razón para usted o **No**, si no fue una razón o si no le corresponde.

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza (flu) durante mi embarazo . . . . .   | No | Sí |
| b. Me preocupaban los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza (flu) tendrían en mí . . . . . | No | Sí |
| c. Me preocupaba que la vacuna contra la influenza (flu) pudiera hacerle daño al bebé . . . . .            | No | Sí |
| d. No estaba embarazada durante la temporada de la influenza (Nov–Feb) . . . . .                           | No | Sí |
| e. Estaba en mi primer trimestre durante la temporada de la influenza (Nov–Feb) . . . . .                  | No | Sí |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza (flu) . . . . .                                   | No | Sí |
| g. Otra razón . . . . .  | No | Sí |
- Por favor escríbala:

**Las siguientes preguntas son acerca de su embarazo más reciente y sobre lo que pudiera haber sucedido durante ese embarazo.**

**39. Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios de WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)?**

- No
- Sí

**40. ¿Tuvo alguno de estos problemas durante su embarazo más reciente?** Para cada uno, marque con un círculo **Sí**, si tuvo el problema o **No**, si no lo tuvo.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>antes</i> de este embarazo . . . . .                              | No        | Sí        |
| b. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>durante</i> este embarazo. . . . .                                | No        | Sí        |
| c. Sangrado vaginal . . . . .  | No        | Sí        |
| d. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) . . . . .   | No        | Sí        |
| e. Náuseas, vómitos, o deshidratación graves. . . . .  | No        | Sí        |
| f. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (insuficiencia cervical). . . . .                 | No        | Sí        |
| g. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluida la hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, o toxemia) . . . . .   | No        | Sí        |
| h. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) . . . . .   | No        | Sí        |
| i. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto (parto prematuro) . . . . .            | No        | Sí        |
| j. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto (ruptura prematura de membranas [PROM]). . . . . | No        | Sí        |
| k. Me hicieron una transfusión de sangre . . . . .   | No        | Sí        |
| l. Me lastimé en un accidente de automóvil . . . . .   | No        | Sí        |

**Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Pregunta 42.**

**41. ¿Hizo alguna de las siguientes cosas debido a estos problemas?** Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Fui al hospital o sala de emergencia y me quedé menos de 1 día . . . . .                       | No        | Sí        |
| b. Fui al hospital y me quedé de 1 a 7 días . . . . .   | No        | Sí        |
| c. Fui al hospital y me quedé más de 7 días . . . . .   | No        | Sí        |
| d. Me quedé en cama en mi casa más de 2 días porque me lo aconsejó mi doctor o enfermera. . . . . | No        | Sí        |

**Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos y tomar alcohol.**

**42. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en los últimos 2 años?** (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No → Pase a la Pregunta 46  
 Sí

**43. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio?** (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
- Ninguno (0 cigarrillos)

## GEORGIA

9

**44. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio?** (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
- Ninguno (0 cigarrillos)

**45. ¿Cuántos cigarrillos fuma ahora en un día promedio?** (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
- Ninguno (0 cigarrillos)

**46. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años?** (Una bebida es 1 copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de bebida alcohólica fuerte [licor], o una bebida preparada.)

- No → **Pase a la Página 10, Pregunta 49**
- Sí

**47a. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?**

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

**47b. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?**

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 5 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sentada
- No tomaba en ese entonces

**48a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?**

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

**48b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?**

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 5 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sentada
- No tomaba en ese entonces

**El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. La siguiente pregunta es acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.**

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

	No	Sí
a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . .	No	Sí
b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja. . . . .	No	Sí
c. Me mudé a otra dirección . . . . .	No	Sí
d. No tenía un hogar donde vivir . . . . .	No	Sí
e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo. . .	No	Sí
f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando . . . . .	No	Sí
g. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal . . . . .	No	Sí
h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada. . . .	No	Sí
i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar. . . . .	No	Sí
j. Me peleé físicamente con otra persona . . . . .	No	Sí
k. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel. . . . .	No	Sí
l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o drogas . . . . .	No	Sí
m. Murió alguien muy cercano a mí. . . .	No	Sí

**Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé.**

**50a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

- No
- Sí

**50b. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?**

- No
- Sí

**Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante su embarazo más reciente.**

**51a. Durante su embarazo más reciente, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

- No
- Sí

**51b. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?**

- No
- Sí

## GEORGIA

11

**Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.** (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

**52. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?**

Mes      Día      Año

**53. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?**

Mes      Día      Año

No tuve a mi bebé en un hospital

**54. ¿En qué fecha nació su bebé?**

Mes      Día      Año

**55. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?** (Podría serle útil ver el calendario.)

Mes      Día      Año

No tuve a mi bebé en un hospital

**56. ¿Cómo pagó por el parto?**

Marque **todas** las que correspondan

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- Militar
- Todavía debo
- Otra forma → Por favor escríbala:

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

**57. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo?**

- No
- Sí
- No sé

**58. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo pasó él o ella en el hospital?**

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días o más
- Mi bebé no nació en el hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**

**59. ¿Su bebé está vivo?**

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 73**
- Sí

12

GEORGIA

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

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 73**  
 Sí

**61. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o se sacó la leche con una bomba para alimentarlo?**

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 63**

**62. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?**

**Marque todas las que correspondan**

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho  
 Yo estaba enferma o estaba tomando medicamento  
 Tenía otros niños que cuidar  
 Tenía demasiadas tareas domésticas  
 No me gustó dar pecho  
 No quería perder mi libertad de ir y venir  
 Me daba vergüenza dar pecho  
 Regresé al trabajo o a la escuela  
 Quería recuperar mi cuerpo  
 Otra → Por favor escríbala:

\_\_\_\_\_

**Si usted no le dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 67.**

**63. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche que se saca con una bomba?**

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

**64. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche que se sacaba con una bomba?**

\_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses

- Menos de 1 semana

**65. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?**

**Marque todas las que correspondan**

- Mi bebé tenía problemas para mamar  
 La leche materna por si sola no dejaba satisfecho a mi bebé  
 Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente  
 Mi bebé se enfermó y no pudo tomar pecho  
 Mis pezones estaban adoloridos, agrietados, o me sangraban  
 Pensé que no estaba produciendo suficiente leche  
 Tenía demasiadas tareas domésticas  
 Consideré que era el momento oportuno de dejar de dar pecho  
 Me enfermé y no podía dar pecho  
 Regresé al trabajo o a la escuela  
 Quería o necesitaba que otra persona alimentara al bebé  
 Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)  
 Otra → Por favor escríbala:

\_\_\_\_\_

## GEORGIA

13

**66. ¿Cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé la primera vez que lo alimentó con algo que no fuera leche materna?** Incluya la fórmula, los alimentos para bebés, los jugos, la leche de vaca, el agua, el agua azucarada, o cualquier otra cosa que le haya dado de comer a su bebé.

\_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Todavía no le he dado de comer nada que no sea leche materna

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 14, Pregunta 73.**

**67. ¿Cuántas horas al día, en promedio, está su nuevo bebé en el mismo cuarto con una persona que está fumando?**

\_\_\_\_\_ Horas

- Menos de 1 hora al día
- Mi bebé nunca está en el mismo cuarto con una persona que está fumando

**68. ¿Cómo acuesta ahora a su bebé la mayoría del tiempo para que se duerma?**

**Marque una respuesta**

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

**69. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?**

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

**70. ¿Tuvo su nuevo bebé una consulta con un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica durante la primera semana después de haber salido del hospital?**

- No
- Sí

**71. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina?** (Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé usualmente a los 2, 4, o 6 meses de edad.)

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 73**
- Sí

**72. ¿A dónde lleva generalmente a su bebé para los chequeos de rutina?**

**Marque una respuesta**

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico privado o clínica de una HMO
- Una HMO o PPO como Kaiser o PruCare
- Un centro de salud o clínica de la comunidad
- Otro → Por favor escríbalo:

\_\_\_\_\_

14

GEORGIA

**73. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo ahora para evitar el embarazo?** (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, y usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 75**

**74. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo nada para evitar el embarazo ahora?**

**Marque todas las que correspondan**

- No estoy teniendo relaciones sexuales  
 Quiero quedar embarazada  
 No quiero usar ningún método anticonceptivo  
 Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo  
 Creo que no puedo quedar embarazada (esterilidad)  
 No tengo dinero para comprar anticonceptivos  
 Estoy embarazada  
 Otra → Por favor escríbala:

**75. 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 después de dar a luz.)

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 77**

**76. En esa consulta, ¿le habló un doctor, una enfermera, u otro trabajador de atención médica sobre la planificación familiar o los métodos anticonceptivos?**

- No  
 Sí

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

**77. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar?**

**Marque todas las que correspondan**

- Un cheque de sueldo o dinero de un trabajo de usted o su esposo o pareja  
 Dinero de familiares o amigos  
 Dinero de un negocio, honorarios, dividendos, o dinero por propiedades que tiene alquiladas  
 Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños), asistencia pública, asistencia general, cupones de alimentos, o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)  
 Beneficios por desempleo  
 Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia  
 Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, discapacidad, beneficios de veteranos, o pensiones  
 Otra → Por favor escríbala:

## GEORGIA

15

**78. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total 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.)

Marque una respuesta

- Menos de \$10,000  
 De \$10,000 a \$14,999  
 De \$15,000 a \$19,999  
 De \$20,000 a \$24,999  
 De \$25,000 a \$34,999  
 De \$35,000 a \$49,999  
 \$50,000 ó más

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

Personas

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

**80. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿buscó ayuda de un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica para la depresión?**

- No  
 Sí

**81. En cualquier momento durante su embarazo más reciente o después del parto, ¿un doctor, una enfermera, u otro trabajador de atención médica le habló sobre “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?**

- No  
 Sí

**82. Cuando nació su nuevo bebé, ¿le hicieron una prueba de la audición?**

- No → Pase a la Página 16, Pregunta 85  
 Sí  
 No sé

**83. ¿Alguien le dio los resultados de la prueba de la audición de su nuevo bebé?**

- No → Pase a la Página 16, Pregunta 85  
 Sí  
 No sé

**84. Cuando alguien le dio los resultados de la prueba de la audición de su nuevo bebé, ¿qué le dijeron?**

- Los resultados de la prueba del bebé no indicaban ningún problema  
 Su bebé se debía someter a otra prueba  
 Otro → Por favor díganos:

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Página 16, Pregunta 88a.

16

GEORGIA

**85. Cuando su nuevo bebé viaja en un auto o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja en un asiento de seguridad para bebés?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**86. ¿Tiene un(os) asiento(s) de seguridad para su nuevo bebé?**

- No → **Pase a la Pregunta 88a**  
 Sí

**87. ¿Cómo aprendió a instalar y usar el(los) asiento(s) de seguridad para bebés?**

**Marque todas las que correspondan**

- Leí las instrucciones  
 Un amigo o familiar me enseñó  
 Alguien del programa de préstamos de asientos me enseñó  
 Un profesional de la salud o la seguridad me enseñó  
 Yo aprendí sola  
 De alguna otra manera → Por favor escríbala:

---

**88a. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida, o sin esperanza?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**88b. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?**

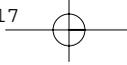
- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**89. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿buscó ayuda de un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica para la depresión?**

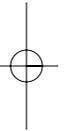
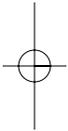
- No  
 Sí

**90. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Día	Año



**Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de Georgia.**



***¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!  
Sus respuestas nos ayudan en nuestros esfuerzos para mantener sanos a  
las mamás y los bebés de Georgia.***

