

**Por favor, marque sus respuestas. Siga las instrucciones que se incluyen en las preguntas. Si no hay instrucciones, marque el cuadro junto a su respuesta o escríbala sobre la línea. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.**

**ANTES DEL EMBARAZO**

**Primero quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de *usted* y del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.**

**1. 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 con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si usted no lo hizo.

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso . . . . .                  | No | Sí |
| b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana . . . . .  | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos . . . . .                  | No | Sí |
| d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes . . . . .             | No | Sí |
| e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta. . . . .          | No | Sí |
| f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad . . . . . | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar . . .                            | No | Sí |
| h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental . .                            | No | Sí |

**2. Durante el *mes antes* de su embarazo de su nuevo bebé, ¿tenía usted algún tipo de cobertura de seguro médico que aparecen en la lista a continuación?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- PeachCare para niños
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

**3. Durante el *mes antes* de que usted quedara 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
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

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

Libras **O**  Kilos

2

**5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?**

Pies Y  Pulgadas

O  Metros

**6. ¿En qué fecha nació usted?**

/  / 19   
Mes Día Año

**7. Antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía diabetes tipo 1 o tipo 2? Esto no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes del embarazo que empieza durante el embarazo.**

- No  
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 11**  
 Sí

**9. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé pesó *más* de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) al nacer?**

- No  
 Sí

**10. ¿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

**Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.****11. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿cómo se sentía 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

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

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 15**

**13. 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 [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 15**

**Pase a la Pregunta 14**

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- 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 que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

\_\_\_\_\_

### DURANTE EL EMBARAZO

**Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su más reciente embarazo. 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.)**

**15. ¿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

**16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado 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 del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).**

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

- No recibí cuidado prenatal →

**Pase a la Página 4, Pregunta 18**

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

- No
- Sí →

**Pase a la Página 4, Pregunta 19**

**Pase a la Página 4, Pregunta 18**

**18. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal o que lo obtuviera tan pronto como lo hubiera querido?** Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si le pasó a usted, o **Falso**, si no le pasó, o si no le aplica.

- |  |                     |
|--|---------------------|
|  | <b>Cierto Falso</b> |
| a. No podía conseguir una cita cuando quería . . . . .                                       | Cierto Falso        |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas . . . . .        | Cierto Falso        |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico. . .                     | Cierto Falso        |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería . . . . . | Cierto Falso        |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas . . . . .   | Cierto Falso        |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela. . . . .                          | Cierto Falso        |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid . .   | Cierto Falso        |
| h. No tenía quien cuidara a mis hijos. . . . .   | Cierto Falso        |
| i. No sabía que estaba embarazada. .   | Cierto Falso        |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada . . . . .                               | Cierto Falso        |
| k. No quería recibir cuidado prenatal . . . . .  | Cierto Falso        |

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

**19. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado 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:

**20. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por su *cuidado prenatal*?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- PeachCare para niños
- Otra(s) fuente(s) -> Por favor, escríbala(s):

No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

**21. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de 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. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé. . . . .   | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé. . . . .  | No | Sí |
| c. Cómo 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. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo . . .  | No | Sí |
| f. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé. . . . .  | No | Sí |
| g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia. . . . .                 | No | Sí |
| h. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada). . . . . | No | Sí |
| i. Qué hacer si el parto comienza antes de tiempo . . . . .  | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) . . .  | No | Sí |
| k. Qué hacer si me llevo a sentir deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé . . .                     | No | Sí |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres . .  | No | Sí |

**22. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre tomarse una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico durante su embarazo?**

- No
- Sí

**23. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cuántos kilos o libras debería aumentar durante su embarazo?**

- No → **Pase a la Pregunta 25**
- Sí

**24. ¿Cuánto peso le dijo el doctor, enfermera u otro profesional de salud que debía aumentar durante su embarazo? Por favor marque una respuesta y escriba la cantidad de peso en la línea(s) que corresponde a su respuesta.**

- Entre  Libras y  Libras
- Entre  Kilos y  Kilos
- Exactamente  Libras **O**  Kilos
- No recuerdo

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

- No
- Sí
- No sé

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 6, Pregunta 31**
- No sé

**Pase a la Página 6, Pregunta 27**

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

- No → **Pase a la Pregunta 30**
- Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 30**
- Sí

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- 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 → Por favor, escríbala:

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

- No
- Sí
- No sé

**31. Durante los *últimos 3 meses* de su *más reciente* embarazo, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?**

- No tomé ningún multivitamina, vitamina prenatal, o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

**32. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar una vitamina con ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?**

- No → **Pase a la Pregunta 34**
- Sí

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Un artículo de periódico o revista
- En la radio o televisión
- De un doctor, enfermera u otro profesional de salud
- En un libro
- De familiares o amigo(a)s
- Otra → Por favor, escríbala:

**34. ¿Cuáles de las siguientes razones haría que usted tomara una multivitamina, vitamina prenatal, o vitamina con ácido fólico?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- 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 tomarla
- Si mi doctor o enfermera me dijera que es una buena idea tomarla

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 37**

**Pase a la Pregunta 36**

**36. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza (flu o gripe) durante su *más reciente* embarazo?**

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 (noviembre-febrero) . . . . .                 | No | Sí |
| e. Estaba en mi primer trimestre durante la temporada de la influenza (noviembre-febrero) . . . . .        | No | Sí |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza (flu) . . . . .                                   | No | Sí |
| g. Otra . . . . .  | No | Sí |

Por favor, escríbala:  
 \_\_\_\_\_

**37. Durante su *más reciente* embarazo, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?**

- No → **Pase a la Pregunta 39**  
 Sí

**38. Cuando fue a sus citas de WIC durante su *más reciente* embarazo, ¿recibió información sobre dar pecho?**

- No  
 Sí

**39. Durante su *más reciente* embarazo, ¿alguna vez le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?**

- No  
 Sí

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

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

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

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

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 45**  
 Sí

**Pase a la Página 8, Pregunta 42**

**42. 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
- No fumaba en ese entonces

**43. 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
- No fumaba en ese entonces

**44. ¿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
- No fumo ahora

**45. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa ahora?**

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 tomar alcohol antes, durante y después del embarazo.**

**46. 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 → **Pase a la Pregunta 49**
- Sí

**47a. En 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 → **Pase a la Pregunta 48a**

**47b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?** Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

**48a. En 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 → **Pase a la Pregunta 49**

**Pase a la Pregunta 48b**

**48b. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?** Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

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

**49. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su 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 en donde vivir . . . . .  | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió su 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 |

**50. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

- No
- Sí

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

- No
- Sí

**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?**

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 20 Mes                  Día                  Año
--

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

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 20 Mes                  Día                  Año
--

- No tuve a mi bebé en un hospital

**54. ¿En qué fecha nació su bebé?**

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 20 Mes                  Día                  Año
--

**55. ¿En qué forma dio a luz a su *nuevo* bebé?**

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 57**
- Parto por cesárea (c-section)

**56. ¿Cuál fue la razón por la que su *nuevo* bebé nació por cesárea?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea
- Mi bebé estaba en una posición mala
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a un problema médico
- Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal demostró que había problemas con mi bebé durante el parto
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra(s) razón(es) → Por favor, escríbala(s):

**57. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?**

//

20

Mes      Día      Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

**58. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por el parto de su nuevo bebé?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- PeachCare para niños
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi parto

**DESPUÉS DEL EMBARAZO**

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

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

- No
- Sí
- No sé

**60. 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 63**

**Pase a la Pregunta 61**

61. ¿Su bebé está vivo?

- No → Pase a la Página 12, Pregunta 74  
 Sí

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

- No → Pase a la Página 12, Pregunta 74  
 Sí

63. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No  
 Sí → Pase a la Pregunta 65

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho  
 Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos  
 Tenía otros niños que cuidar  
 Tenía demasiadas tareas domésticas  
 No me gustó dar pecho  
 Traté pero era demasiado difícil  
 No quería dar pecho  
 Me daba vergüenza dar pecho  
 Regresé al trabajo o a la escuela  
 Quería mi cuerpo para mi misma  
 Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 68b.

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

- No  
 Sí → Pase a la Pregunta 68a

Pase a la Pregunta 66

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

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

- Menos de 1 semana

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar  
 La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé  
 Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente  
 Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban  
 Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo  
 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  
 Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)  
 Otra → Por favor, escríbala:

68a. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?

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

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido  
 Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

**68b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?**

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

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido ningún alimento

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 74.**

**69. 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

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

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

**71. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?**

- No
- Sí

**72. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina?** (Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.)

- No → **Pase a la Pregunta 74**
- Sí

**Pase a la Pregunta 73**

**73. ¿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 o PPO (Kaiser, PruCare)
- Otro → Por favor, escríbalo:

\_\_\_\_\_

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

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 76**

**75. ¿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 opciones que apliquen**

- 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 ahora
- Otra → Por favor, escríbala:

\_\_\_\_\_

**76. 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 6 semanas después de dar a luz.)

- No → **Pase a la Pregunta 78**  
 Sí

**77. En esa consulta, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre la planificación familiar o los métodos anticonceptivos?**

- No  
 Sí

**78. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:**

1                    2                    3                    4                    5  
**Nunca   Rara vez   A veces   A menudo   Siempre**

- a. Me sentí decaída, deprimida o triste . . . \_\_\_\_  
 b. Me sentí sin esperanzas . . . . . \_\_\_\_  
 c. Sentí que hacía menos que antes . . . . . \_\_\_\_

**OTRAS EXPERIENCIAS**

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**79. En algún momento durante su *más reciente* embarazo o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?**

- No  
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 82**  
 Sí  
 No sé

**81. 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 14, Pregunta 85.**

**82. ¿Tiene un(os) asiento(s) de seguridad que usted pueda utilizar para su nuevo bebé?**

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 85**  
 Sí

**Pase a la Página 14, Pregunta 83**

14

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

Marque **todas** las opciones que apliquen

- Leí las instrucciones
- Un(a) amigo(a) o familiar me enseñó
- Un profesional de la salud o de la seguridad me enseñó
- Yo aprendí sola
- Ya sabía instalarlo porque tengo otros niños
- De alguna otra manera → Por favor, escribala:

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

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

**85. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?**

- No
- Sí

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

**86. 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.)

- 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

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

Personas

**88. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  / 20  
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 ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Georgia.***

November 5, 2008