

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

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

No → Pase a la Pregunta 7  
 Sí

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

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

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 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 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, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid
- PeachCare para niños
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

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 mi embarazo
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo mejorar su salud antes de un embarazo?

- No
- Sí

11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

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.....

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

12. 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 lo que quería

**Pase a la Pregunta 14**

**Pase a la Pregunta 13**

13. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

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

No

Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

15. 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 son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

**Pase a la Pregunta 16**

16. ¿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:

---

## 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.)

17. ¿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 Pregunta 19**

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

No

Sí

→ **Pase a la Pregunta 20**

**Pase a la Pregunta 19**

19. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque No, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o Sí, si le impidió.

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 22.**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid
- PeachCare para niños
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para 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 **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.**

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Darle pecho a mi bebé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 26**  
 No sé

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

- No → **Pase a la Pregunta 26**  
 Sí

24. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

- No → **Pase a la Pregunta 26**  
 Sí

25. ¿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  
 Otra → Por favor, escríbala:

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

- No  
 Sí

27. 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

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

**Marque UNA respuesta**

- No → **Pase a la Pregunta 30**  
 Sí, antes del embarazo  
 Sí, durante el embarazo

29. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

	/	20
Mes		Año

- No me acuerdo

**Si usted recibió la vacuna contra la influenza, pase a la Pregunta 31.**

**30. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé?** Para cada una, marque **No**, si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza me podría causar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba preocupada de que la vacuna contra la influenza podría afectar a mi bebé .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No me preocupaba enfermarme de influenza .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No creo que la vacuna contra la influenza funcione .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escribala:  →
- 

**31. Esta pregunta es sobre el 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.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un <b>problema</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted no tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante el embarazo, pase a la Página 8, Pregunta 34.**

**32. Durante su embarazo más reciente, ¿que tipo de problema tenía con sus dientes o encías?** Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema durante el embarazo, o **Sí**, si lo tuvo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tuve una o más caries que necesité rellenar .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me dolía uno o más dientes.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Necesité sacarme un diente .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me lastimé mi boca, dientes o encías....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuve algún otro problema con mis dientes o encías.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escríbalo:  →
-

33. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que fuera al dentista o clínica dental para el problema que tuvo durante su embarazo *más reciente*? Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista durante su embarazo, o **Sí**, si le impidió.

No Sí

- a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas .....
- b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid .....
- c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo.....
- d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental .....

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No  
 Sí

35. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a preparar para 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 mujeres embarazadas.

- No  
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 38**

Sí

37. Durante su embarazo *más reciente*, cuando fue a sus citas de WIC, ¿habló usted sobre dar pecho con una consejera en lactancia materna o con otro miembro del personal de WIC?

- No  
 Sí

38. Durante su embarazo *más reciente*, ¿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

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 43**

Sí

**Pase a la Pregunta 40**

40. 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

41. 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

42. ¿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

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 → **Pase a la Página 10, Pregunta 46**

Sí

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 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

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 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

**El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. 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.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redujeron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**47. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**48. 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

**49. Durante su embarazo más reciente, ¿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.**

**50. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

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

51. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté \_\_\_\_\_ libras
- No aumenté peso, pero bajé \_\_\_\_\_ libras
- Mi peso no cambió durante mi embarazo
- No sé

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

52. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
- Sí
- No sé

53. 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 56**

54. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 67**

**Pase a la Pregunta 55**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 65**
- Sí

56. ¿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 58**

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

Marque TODAS las que correspondan

- 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
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

**Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 62.**

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**

**Pase a la Página 12, Pregunta 59**

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

Semanas   Meses

Menos de 1 semana

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- 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 o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o yo tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- 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:

61. ¿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   Meses

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

62. ¿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   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 65.**

63. 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

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

65. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse y 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 67**  
 Sí

66. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque No, si no le habló sobre el tema, o Sí, si le habló sobre el tema.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Darle pecho a mi bebé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Depresión posparto.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres nuevos .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo ...       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo dejar de fumar o evitar fumar ....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi nuevo bebé .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

67. ¿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 son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 69**

68. ¿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**

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

---

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 70.**

**69. ¿Qué clase de anticonceptivo 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, Essure<sup>®</sup>, Adiana<sup>®</sup>)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera<sup>®</sup>)
- Un implante anticonceptivo (Implanon<sup>®</sup>)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra<sup>®</sup>) o Anillo vaginal (NuvaRing<sup>®</sup>)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena<sup>®</sup> o ParaGard<sup>®</sup>)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro —————> Por favor, escríbalo:

---

**70. 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
- Si

**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?**

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

**73. ¿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, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid
- PeachCare para niños
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

---

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

## OTRAS EXPERIENCIAS

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

**74. Cuando usted quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con el padre de su nuevo bebé?**

**Marque UNA respuesta**

- Era mi esposo (casados legalmente)
- Era mi pareja (no casados legalmente)
- Era mi novio
- Era un amigo
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

---

**75. Durante su embarazo *más reciente*, ¿aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, estaba usted en el mismo cuarto o automóvil con una persona que estaba fumando?**

Horas

- Una hora al día o menos
- Nunca estuve en el mismo cuarto o automóvil con una persona que estaba fumando

**76. Durante su embarazo *más reciente*, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido algún problema?** Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si usted hubiera tenido que pedir prestados \$50 o si se hubiera enfermado y hubiera tenido que quedarse en cama por varias semanas?

**Marque TODAS las que correspondan**

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad de mi iglesia o templo
- Otra persona \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:
- 
- Nadie me hubiera ayudado

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Página 16, Pregunta 79.**

**77. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad.** Para cada una, marque **No**, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego <b>cargadas</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha utilizado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?

- No
- Sí, tanto mi nuevo bebé como yo utilizamos los servicios de WIC
- Sí, sólo mi nuevo bebé utiliza los servicios de WIC
- Sí, sólo yo utilizo los servicios de WIC

79. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada sobre tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?

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

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

- No
- Sí

81. Durante alguno de los períodos de tiempo que aparecen en la lista a continuación, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, marque No, si no le sucedió en ese tiempo, o Sí, si le sucedió.

No Sí

- a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo.....
- b. Durante mi embarazo más reciente....
- c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé .....

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

82. 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 \$15,000
- De \$15,001 a \$19,000
- De \$19,001 a \$22,000
- De \$22,001 a \$26,000
- De \$26,001 a \$29,000
- De \$29,001 a \$37,000
- De \$37,001 a \$44,000
- De \$44,001 a \$52,000
- De \$52,001 a \$56,000
- De \$56,001 a \$67,000
- De \$67,001 a \$79,000
- \$79,001 ó más

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

Personas

84. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/  /

Mes                      Día                      Año

**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.*