

Por favor marque la casilla cercana a su respuesta o siga las instrucciones de la pregunta. Es posible que le pidan saltar algunas preguntas que no le corresponden.

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿En que fecha nació *usted*?

/  /   
 Mes                  Día                  Año

2. *Justo antes* de que la madre de su nuevo bebé quedara embarazada, ¿cuánto pesaba?

Libras      **Ó**       Kilos

3. ¿Cuánto pesaba *usted* cuando nació su bebé?

Libras      **Ó**       Kilos

4. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies       Pulgadas  
**Ó**       Centímetros

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante el embarazo de la mamá de su nuevo bebé.

5. Durante el embarazo más reciente de la madre de su nuevo bebé, ¿tuvo usted visitas de atención médica con un doctor, enfermera u otro trabajador de la salud, incluido un trabajador de salud dental o mental?

No → **Pase a la pregunta 7**

Sí

6. ¿Qué tipo de visita(s) de atención médica tuvo usted durante el embarazo más reciente de la madre de su nuevo bebé?

**Marque TODO lo que corresponda**

- Chequeo regular en la oficina de mi médico de atención primaria
- Visita por una enfermedad o condición crónica
- Visita por una lesión
- Visita para planificación familiar o el uso de anticonceptivos
- Visita por depresión o ansiedad
- Visita para hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otro → Por favor díganos:

7. ¿Tuvo un médico de atención primaria cuando la madre de su bebé estaba embarazada?

- No
- Sí

8. En algún momento durante el embarazo de la madre de su nuevo bebé, ¿tomó regularmente medicamentos recetados?

- No
- Sí → Por favor díganos:

Las siguientes preguntas son sobre el tiempo antes de que la madre de su nuevo bebé quedara embarazada.

9. Cuando la madre de su nuevo bebé *quedó embarazada*, ¿vivían juntos?

- No  
 Sí

10. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor la relación con la madre de su nuevo bebé antes de ella quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- Ella era mi esposa (casados legalmente)  
 Ella era mi pareja (no casados legalmente)  
 Ella era mi novia  
 Ella era una amiga  
 Otra \_\_\_\_\_ → Por favor díganos:

11. Recordando *justo antes* de que la madre de su nuevo bebé quedara embarazada, ¿Cómo se sintió acerca de que ella quedara embarazada?

Marque UNA respuesta

- Quería que ella quedara embarazada más adelante  
 Quería que ella hubiera quedado embarazada más pronto  
 Quería que ella quedara embarazada en ese momento  
 No quería que ella quedara embarazada en ese momento ni nunca en el futuro  
 No estaba seguro de lo que quería

12. Cuando la madre de su nuevo bebé *quedó embarazada*, ¿alguno de ustedes estaban haciendo algo para prevenir el embarazo?

Algunas cosas que las personas hacen para evitar el embarazo incluyen ligadura de trompas, usar píldoras anticonceptivas, condones, método de retiro (coito interrumpido) o, planificación familiar natural.

No \_\_\_\_\_ → Pase a la pregunta 13

Sí

Pase a la pregunta 14

13. ¿Cuáles fueron sus razones o las de la madre de su bebé para no hacer nada para prevenir el embarazo?

Marque TODO lo que corresponda

- No me molestaba que ella quedara embarazada  
 Pensé que ella no podría quedar embarazada en ese momento  
 Tuve efectos secundarios por el método anticonceptivo que estaba usando  
 Tuve dificultades para obtener anticonceptivos cuando lo necesitaba  
 Pensé que era estéril (no podía embarazar a nadie)  
 No quería usar nada  
 Ella no quería usar nada  
 Olvidé usar un método anticonceptivo  
 Otro \_\_\_\_\_ → Por favor díganos:

Si usted o la madre de su bebé no estaban haciendo algo para prevenir el embarazo, pase a la pregunta 15.

14. ¿Qué método anticonceptivo *usted* usaba cuando la madre de su bebé *quedó embarazada*?

Marque TODO lo que corresponda

- Condones  
 Vasectomía (esterilización masculina)  
 Planificación familiar natural (incluido el método del ritmo)  
 Método de retiro (coito interrumpido)  
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)  
 Ninguno  
 No sé  
 Otro \_\_\_\_\_ → Por favor díganos:

**Las siguientes preguntas son sobre fumar cigarrillos alrededor del tiempo que la madre de su bebé estaba embarazada (antes, durante y después)**

**15. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 2 años?**

- No  **Pase a la pregunta 18**
- Sí 

**16. Durante el embarazo de la madre de su bebé, ¿cuántos cigarrillos fumaba en promedio en un día normal?** Un paquete o 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 esa época

**17. Desde que nació su bebé, ¿cuántos cigarrillos fuma en promedio en un día normal ahora?** Un paquete o 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 he fumado en este tiempo

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco alrededor del tiempo que la madre de su bebé estaba embarazada**

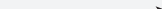

**E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

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

**18. Durante el embarazo de la madre de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2 a 6 días a la semana
- 1 día a la semana o menos
- En esa época no usaba cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos que contienen nicotina

**19. Desde que nació su bebé, ¿ha usado cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas)?**

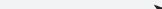

- No  **Pase a la pregunta 21**
- Sí 

**20. Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia usaba usted cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos que contienen nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2 a 6 días a la semana
- 1 día a la semana o menos

**Las siguientes preguntas son sobre su uso de alcohol y otras sustancias en el momento del embarazo más reciente de la madre de su bebé.**

**21. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años?** Una bebida es una copa de vino, bebida de vino, una lata o una botella de cerveza, un trago de licor o una bebida mixta.

- No  **Pase a la pregunta 25**
- Sí 

**22. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumía en una semana promedio cuando la madre de su bebé estaba embarazada?**

- 14 o más bebidas a la semana
- 8 a 13 bebidas a la semana
- 4 a 7 bebidas a la semana
- 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba alcohol en esa época

**23. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en una semana promedio *ahora*?**

- 14 o más bebidas a la semana  
 8 a 13 bebidas a la semana  
 4 a 7 bebidas a la semana  
 1 a 3 bebidas a la semana  
 Menos de 1 bebida a la semana  
 No tomo alcohol ahora

**24. Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 5 o más bebidas en una ocasión?**

- Ninguna  
 Número de veces —————> Por favor díganos:

**25. Durante el embarazo más reciente de la madre de su bebé, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por algún motivo? Sus respuestas son estrictamente confidenciales.**

Para cada producto, marque **No** si no lo usó, o **Sí** si lo usó.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Analgésicos de venta libre, como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Antidepresivos recetados o inhibidores selectivos de recaptación (SSRI) como Prozac, Zoloft o Lexapro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marihuana o hachís.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado alguna de las siguientes drogas por algún motivo? Sus respuestas son estrictamente confidenciales.** Para cada producto, marque **No** si no lo usó, o **Sí** si lo usó.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Analgésicos de venta libre, como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Antidepresivos recetados o inhibidores selectivos de recaptación (SSRI) como Prozac, Zoloft o Lexapro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marihuana o hachís.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son sobre el tiempo desde que nació su nuevo bebé**

**27. ¿Cuándo nació su bebé?**

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

**28. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted alguna visita de atención médica con un médico, enfermera u otro trabajador de la salud, incluido un trabajador de salud dental o mental?**

- No —————> **Pase a la pregunta 30**

- Sí

**29. Desde que nació su bebé, ¿qué tipo de visitas de atención médica ha tenido usted?**

**Marque TODO lo que corresponda**

- Chequeo regular en la oficina de mi médico de atención primaria  
 Visita por una enfermedad o condición crónica  
 Visita por una lesión  
 Visita para planificación familiar o el uso de anticonceptivos  
 Visita por depresión o ansiedad  
 Visita para hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental  
 Otro —————> Por favor díganos:

**30. ¿Tienes un médico de atención primaria *ahora*?**

- No  
 Sí

**31. ¿Vive con la madre de su nuevo bebé *ahora*?**

- No  
 Sí

**32. ¿Cuál es su relación con la madre de su nuevo bebé ahora?**

Marque UNA respuesta

- Ella es mi esposa (legalmente casada) → **Pase a la pregunta 34**
- Ella es mi pareja (no está legalmente casada)
- Ella es mi novia
- Ella es una amiga
- Otra → Por favor díganos:

\_\_\_\_\_

**33. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor su relación actual con la madre de su nuevo bebé ahora?**

Marque UNA respuesta

- Tenemos una relación romántica y estable
- Tenemos una relación inestable (terminamos y volvemos)
- Sólo somos amigos
- Rara vez nos hablamos
- Nunca nos hablamos

**34. ¿Su bebé está vivo ahora?**

- No → *Sentimos mucho su pérdida.*
- Sí → **Por favor, pase a la pregunta 53**

**Las siguientes preguntas son sobre la madre de su nuevo bebé y las elecciones sobre cómo alimentar a su nuevo bebé.**

**35. ¿Alguna vez la madre de su nuevo bebé amamantó o extrajo leche materna para alimentar a su nuevo bebé, aunque fuera por poco tiempo?**

- No → **Pase a la pregunta 38**

- Sí
- No sé

**36. ¿Está actualmente la madre de su nuevo bebé amamantando o alimentando a su nuevo bebé con leche extraída del pecho?**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta 38**
- No sé

**37. ¿Cuántas semanas o meses la madre de su nuevo bebé amamantó o extrajo leche del pecho para alimentar a su bebé?**

- Menos de 1 semana

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

**38. Cuando nació su nuevo bebé, ¿sabía usted si la madre del bebé amamantaría, extraería leche materna o alimentaría con fórmula?**

- No
- Sí

**39. Cuando nació su bebé, ¿qué pensaba usted de que la mamá lo amamantara?**

Marque UNA respuesta

- Quería que lo amamantara
- No quería que lo amamantara
- No tenía una opinión acerca de si lo amamantaría

**40. A continuación hay una lista de algunas cosas relacionadas con la manera en que duermen los bebés. ¿Cómo durmió su bebé por lo general en las últimas 2 semanas?** Para cada caso, marque **No**, si su bebé no durmió por lo general de esa manera o **Sí**, si lo hizo

- |   | No                       | Sí                       | No sé                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o el corralito.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama tamaño doble o más grande.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sillón, sofá o una butaca.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil para automóvil o columpio.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saco para dormir o una manta ponible.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, cojines o almohadas, incluidas almohadas de lactancia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con almohadillas protectoras de cuna.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. ¿En cuál posición, *con frecuencia* acuesta a su bebé a dormir ahora?

Marque UNA respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo
- Yo no acuesto a mi bebé para dormir

42. ¿Le dijo un médico, enfermera u otro profesional de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada uno, marque No, si no le dijeron, o Sí, si le dijeron.

	No	Sí	No sé
a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. ¿Su nuevo bebé vive con usted?

- No
- Sí

→ Pase a la pregunta 44

↓  
Pase a la pregunta 47

44. ¿Por favor dígame la razón (es) por la que su nuevo bebé no vive con usted?

45. ¿Con qué frecuencia ve o visita a su nuevo bebé?

- Nunca
- Menos de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Todos los días (al menos una vez al día)

46. ¿Qué tan satisfecho está con la frecuencia con que ve o visita a su nuevo bebé?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Neutral
- Satisfecho
- Muy satisfecho

47. ¿Desea participar en la crianza de su nuevo bebé en los próximos años?

- No
- Sí
- No sé

48. ¿La madre de su nuevo bebé quiere que usted participe en la crianza de su hijo en los próximos años?

- No
- Sí
- No sé

49. ¿Con qué frecuencia contribuye con cosas tales como dinero, comida, ropa, vivienda o atención médica para satisfacer las necesidades básicas de su bebé?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

50. Ser padre es más difícil de lo que pensé que sería. ¿Está usted...?

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No sé

51. Sinceramente creo que tengo todas las destrezas necesarias para ser un buen padre para mi hijo. ¿Está usted...?

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No sé

**Las siguientes preguntas son sobre usted y la cobertura de seguro de salud de su nuevo bebé ahora**

**52. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene su nuevo bebé *ahora*?**

**Marque TODO lo que corresponda**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposa o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro de salud privado del Mercado de Seguros de Salud o Healthcare.gov
- Medicaid
- PeachCare para niños
- TRICARE u otro cuidado de salud militar
- Otro tipo de seguro médico

Por favor díganos: \_\_\_\_\_ →

- Mi bebé no tiene seguro médico ahora

**53. ¿Qué tipo de seguro de salud usted tiene *ahora*?**

**Marque TODO lo que corresponda**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposa o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro de salud privado del Mercado de Seguros de Salud o Healthcare.gov
- Medicaid
- PeachCare para niños
- TRICARE u otra asistencia médica militar
- Otro tipo de seguro médico

Por favor díganos: \_\_\_\_\_ →

- No tengo seguro médico ahora

**54. A continuación se enumeran algunas declaraciones sobre seguridad. Para cada caso, marque **No**, si no corresponde a su caso o **Sí**, si corresponde.**

- |   | No                       | Yes                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre uso el cinturón de seguridad desde el nacimiento de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi casa tiene una alarma de humo que funciona .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hay armas cargadas, rifles u otras armas de fuego en mi hogar.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**55. ¿Alguna vez pasaste un tiempo en una institución correccional para adultos como una cárcel o prisión de condado, estatal o federal?**

- No
- Sí, en una institución correccional
- Arresto domiciliario
- No sé

**56. ¿Alguna vez se le requirió que realizara un servicio comunitario ordenado por la corte o ha estado alguna vez en libertad condicional?**

- No
- Sí
- No sé

**57. ¿Usted y la madre de su nuevo bebé están haciendo algo ahora para prevenir el embarazo?** Algunas cosas que las personas hacen para evitar un embarazo incluyen tener tubos atados, usar píldoras anticonceptivas, condones, método de retiro(coito interrumpido), o planificación familiar natural.

- No, actualmente no estamos en una relación sexual → **Pase a la pregunta 59**
- No, estamos en una relación sexual, pero no hacemos nada para prevenir el embarazo → **Pase a la pregunta 59**
- Sí

**58. ¿Qué método anticonceptivo está usando *ahora*?**

**Marque TODO lo que corresponda**

- Condones
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Planificación familiar natural (incluido el método del ritmo)
- Método de retiro (coito interrumpido)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Ninguno
- No sé
- Otro \_\_\_\_\_ → Por favor díganos:

\_\_\_\_\_

**Las siguientes preguntas son sobre su salud y su calidad de vida actual**

**59. Usted diría que, en general, su salud es:**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Pobre

**60. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desesperado?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**61. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia tuvo poco interés o poco placer en hacer las cosas que solía disfrutar?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**62. ¿Tiene otros niños además de su nuevo bebé?**

- No → **Pase a la pregunta 65**
- Sí

**63. No incluyendo su nuevo bebé, ¿Cuántos hijos tiene?**

**64. ¿Cuántos de sus otros hijos viven con usted?**

- Todos mis otros hijos viven conmigo
- Algunos, pero no todos mis otros hijos viven conmigo. → Por favor díganos cuántos:

- Ninguno de mis otros hijos viven conmigo

**65. En algún momento durante el embarazo más reciente de la madre de su bebé, ¿Trabajó en un empleo pagado?**

- No → **Pase a la pregunta 70**
- Sí

**66. Por favor, díganos más acerca de su empleo PRINCIPAL durante el embarazo de la mamá de su bebé. ¿Qué cargo tenía y cuáles eran sus actividades o responsabilidades habituales?**

Cargo:

Responsabilidades en el trabajo:

**67. ¿Tomó licencia del trabajo después de que nació su nuevo bebé?**

Marque UNA respuesta

- No, no tomé licencia de mi trabajo → **Pase a la pregunta 70**
- Sí, tomé licencia con paga de mi trabajo
- Sí, tomé licencia sin paga de mi trabajo
- Sí, tomé una licencia con paga y no pagada de mi trabajo
- Estaba desempleado

→ **Pase a la pregunta 70**

**68. ¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, tomó o tomará?**

- Menos de 1 semana

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

**69. ¿Algo de la lista a continuación afectó su decisión acerca de tomar licencia en el trabajo después de que nació su bebé?** Para cada caso, marque **No**, si no corresponde a su caso o **Sí**, si corresponde.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Por razones económicas no pude tomar licencia.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o más tiempo de licencia.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomar licencia o más tiempo de licencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia remunerada.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece un horario flexible.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No tenía suficiente tiempo acumulado para tomar licencia.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Quería tomar más tiempo de licencia, pero no pude.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Quería regresar al trabajo antes de que terminara mi licencia.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tenía suficiente tiempo de licencia en el trabajo.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No es la norma en mi profesión tomar licencia.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**70. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿cuál era su ingreso familiar anual total antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los ingresos de su esposa o pareja, y cualquier otro ingreso que pueda haber recibido. Toda la información se mantendrá privada y no afectará ningún servicio que esté recibiendo ahora.

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

**71. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluido usted mismo, dependían de este ingreso?**

\_\_\_\_\_

**72. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Mes                      Día                      Año**

**Puede por favor confirmar su información de contacto para que le podamos enviar su regalo por completar nuestra encuesta.**

Dirrección de correspondencia:

Número de teléfono:

Correo electrónico

**A menudo, los nuevos padres son difíciles de contactar, por lo que es posible que no siempre sean incluidos en estudios. Estamos creando una lista de nuevos padres para que cuando los investigadores quieran escuchar a los hombres que son padres, tengan una forma de contactarlos. ¿Estás interesado en estar en esta lista?**

- No  
 Sí

**Cuando su hijo sea mayor, ¿podemos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional?**

- No  
 Sí

**Por favor use este espacio para cualquier comentario adicional que quiera hacer sobre sus experiencias o sobre la salud de los padres y las familias en Georgia.**

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**Sus respuestas nos ayudarán a trabajar para que los padres, bebés y familias en Georgia sean más sanos.**