

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies **Y** Pulgadas
O Centímetros

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

Libras **O** Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

/ /
 Mes Día Año

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

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

- No
 Sí

Pase a la Pregunta 7

Pase a la Pregunta 5

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para mejorar mi salud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un profesional de salud me chequeó para la diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 13**
- Sí

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

Marque TODAS las que correspondan

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

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

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

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- PeachCare for Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

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

Marque TODAS las que correspondan

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- PeachCare for Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

Marque UNA respuesta

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

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

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

Pase a la Página 4, Pregunta 18

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

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

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 20**

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

Marque TODAS las que correspondan

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

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

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

Marque TODAS las que correspondan

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

DURANTE EL EMBARAZO

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

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

- { Semanas Meses
 No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 23**

↓ **Pase a la Pregunta 22**

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

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

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

- No
 Sí

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

Marque UNA respuesta

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

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

- No
 Sí

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo | <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. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Necesité consultar a un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

- No
 Sí

→ Pase a la Página 8, Pregunta 38

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

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

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

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

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

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

- No
 Sí
 No recibí cuidado prenatal

→ Pase a la Pregunta 33

Pase a la Pregunta 32

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dedicó tiempo para hablar conmigo sobre cómo dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi sola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me refirió a consejería para ayuda a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría mi decisión de dejar de fumar .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me recomendó que yo usara el chicle de nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me recomendó que yo usara el parche de nicotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me recetó "nasal spray" o un inhalador de nicotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me recetó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para ayudarme a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me recetó una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para ayudarme a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

Por favor, escríbala:

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

Marque UNA respuesta

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

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

Marque UNA respuesta

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

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

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

Por favor, escríbala:

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

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

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

Marque UNA respuesta

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

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

Marque UNA respuesta

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

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

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, o rapé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

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

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

- No → **Pase a la 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 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

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

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

El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <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. Cortaron 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, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron según su raza?

- No
 Sí

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

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

50. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

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

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

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
 De 3 a 5 días
 De 6 a 14 días
 Más de 14 días
 Mi bebé no nació en un hospital
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 54**

52. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida**
 Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 66**

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 64**
 Sí

Pase a la Pregunta 54

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

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

Por favor, escribala:

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

No → **Pase a la Pregunta 59**

Sí

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

No

Sí → **Pase a la Pregunta 58**

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

Menos de 1 semana

Semanas **O** Meses

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

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

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

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

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

Marque UNA respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

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

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

→ **Pase a la Pregunta 62**

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

- No
- Sí

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba..... | <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"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto..... | <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"/> |

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

- No
- Sí

→ **Pase a la Pregunta 66**

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

- Una enfermera o asistente de enfermería
- Una maestra o educador de salud
- Una dóula u partera
- Otra persona

→ Por favor, escríbala:

- No sé

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

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

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 68**

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

Marque TODAS las que correspondan

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

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

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

Marque TODAS las que correspondan

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

69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?

Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No →
 Sí

Pase a la Página 14, Pregunta 71

Pase a la Página 14, Pregunta 70

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

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

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

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

- No → Pase a la Pregunta 76
 Sí

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

Cargo:

Responsabilidades en el trabajo:

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

Tipo de compañía:

No sé

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consejería para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

Número de Personas

79. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /

Mes Día Año

Las siguientes preguntas son sobre su capacidad para realizar diferentes actividades.

D1. ¿Tiene dificultad para ver, aún cuando tiene puestos lentes, espejuelos o anteojos?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D2. ¿Tiene dificultad para oír, aún cuando lleva puesto aparatos auditivos o audífonos?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D3. ¿Tiene alguna dificultad para caminar o subir escalones?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D4. ¿Tiene dificultad para recordar las cosas o para concentrarse?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D5. ¿Tiene dificultad para el cuidado propio, tal como lavarse todo el cuerpo o vestirse?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

D6. ¿Usando su idioma cotidiano, tiene dificultad para comunicar, por ejemplo entendiendo a otros o hacerse entendida?

- Ninguna dificultad
- Alguna dificultad
- Mucha dificultad
- No puedo hacerlo

Las próximas preguntas son acerca del uso de medicamentos para el dolor durante el embarazo.

O1. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos de venta libre (“over-the-counter”) para aliviar el dolor? Los medicamentos de venta libre son aquellos que *usualmente* están disponibles sin receta. Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® o Tylenol PM®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naproxen (como Aleve® o Midol®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O2. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos recetados para el dolor? Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó. *No* incluya los medicamentos que utilizó *solamente* durante el parto y el nacimiento.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hidrocodona (como Vicodin®, Norco® o Lortab®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeína (como Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxycodona (como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (como Ultram® o Ultracet®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hidromorfona o meperidina (como Demorol®, Exalgo® o Dilaudid®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oximorfona (como Opana®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morfina (como MS Contin®, Avinza® o Kadian®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanilo (como Duragesic®, Fentora® o Actiq®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted marcó “Sí” en alguna de las opciones en la Pregunta O2, continúe con la siguiente pregunta. Si no, pase a la Página 18, Pregunta O10.

Las siguientes preguntas son solamente sobre el uso de medicamentos recetados para el dolor que aparecen en la lista de la Pregunta O2.

O3. ¿Dónde obtuvo los medicamentos recetados para el dolor que usó *durante* su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
- Médico de familia o un proveedor de atención primaria
- Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
- Doctor en la sala de emergencias
- Tenía medicamentos para el dolor que me sobraron de una receta anterior
- Un amigo o pariente me los dio
- Obtuve los medicamentos para el dolor sin receta de otra forma
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

O4. ¿Cuáles fueron sus razones para usar medicamentos recetados para el dolor *durante* su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuve **antes** del embarazo
- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió **durante** mi embarazo
- Para relajarme o aliviar la tensión o el estrés
- Para ayudarme con mis sentimientos o emociones
- Para ayudarme a dormir
- Para sentirme bien o drogarme
- Porque estaba adicta o tenía que usarlos
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

O5. En cada uno de los siguientes periodos de tiempo durante su embarazo, ¿cuántas semanas o meses usó medicamentos recetados para el dolor? Por favor escriba el número total de semanas o meses en cada periodo de tiempo.

a. En los **primeros** 3 meses del embarazo

_____ Semanas _____ Meses

- Menos de una semana
 Nunca

b. En los **segundos** 3 meses del embarazo

_____ Semanas _____ Meses

- Menos de una semana
 Nunca

c. En los **últimos** 3 meses del embarazo

_____ Semanas _____ Meses

- Menos de una semana
 Nunca

O6. Durante su embarazo más reciente, ¿quería o necesitaba reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

- No → **Pase a la Pregunta O10**
 Sí

O7. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos recetados para el dolor?

- No
 Sí

O8. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió ayuda de un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

- No → **Pase a la Pregunta O10**

- Sí

O9. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió tratamiento asistido por medicación para ayudarlo a dejar de usar medicamentos recetados para el dolor? Esto es cuando un doctor receta medicinas como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexone (Vivitrol®).

- No
 Sí

O10. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría ser dañino para la salud de un bebé?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

O11. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor podría ser dañino para la salud de una mujer?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

O12. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud habló con usted sobre cómo el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría afectar a un bebé?

- No
 Sí

La última pregunta es acerca del uso de otros medicamentos o drogas durante el embarazo.

O13. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó algunos de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Para cada una, marque **No**, si no la tomó o usó, o **Sí**, si la tomó o usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Medicamentos para la depresión (como Prozac [®] , Zoloft [®] , Lexapro [®] , Paxil [®] o Celexa [®]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medicamentos para la ansiedad (como Valium [®] , Xanax [®] , Ativan [®] , Klonopin [®] , u otro tipos de “benzos” (benzodiazepinas))..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Metadona, Subutex [®] , Suboxone [®] o buprenorfina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naloxona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Productos de Cannabidiol (CBD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Adderall [®] , Ritalin [®] u otro estimulante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Marihuana o hachís..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Marihuana sintética (K2, Spice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Heroína (<i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

