

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
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 7**

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

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
- Family Health Plus
- Family Planning Benefit Program (FPBP)
- Child Health Plus
- 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, diría usted que, en general, su salud era—

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

12. 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.....

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

No Sí

- a. Asma.....
- b. Anemia (falta de hierro).....
- c. Problemas cardíacos.....
- d. Epilepsia (convulsiones).....
- e. Problemas de la glándula tiroides.....
- f. Ansiedad.....

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

14. 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 16

15. ¿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

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

- No
- Sí

Pase a la Página 4,
Pregunta 19

Pase a la Pregunta 17

17. 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 19

18. ¿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.)

19. ¿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 22

Pase a la Pregunta 20

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
- Family Health Plus
- Child Health Plus
- 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
 No sé

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 del embarazo
- Sí, durante el embarazo

**Pase a la
Página 6,
Pregunta 26**

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

/

Mes Año

- No me acuerdo

26. 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 problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. 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

28. 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

29. 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 31**
 Sí

30. 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

31. 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.

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

- No → **Pase a la Pregunta 36**
 Sí

Pase a la Pregunta 33

33. 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

34. 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

35. ¿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

36. ¿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 tomar alcohol antes y durante el embarazo.

37. 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 8, Pregunta 40**

Sí

38. 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

39. 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.

40. 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"/> |

41. 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

42. 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

43. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

44. 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

45. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

46. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
--	---	--	---	----

Mes

Día

Año

47. 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.

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

- No
 Sí
 No sé

49. 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 52**

50. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 64**

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 63**
- Sí

52. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué pensaba sobre darle pecho a su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- Sabía que le daría pecho
- Pensaba que posiblemente le daría pecho
- Sabía que **no** le daría pecho
- No sabía que iba a hacer al respecto

53. ¿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

Pase a la Pregunta 54

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 57**

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

_____ Semanas O _____ Meses

- Menos de 1 semana

56. ¿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:

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 58.

57. 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. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé en el hospital .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. ¿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

59. ¿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 Página 12, Pregunta 63.

60. 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

61. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*. Para cada una, marque **No, si no corresponde a su bebé normalmente, o **Sí**, si corresponde a su bebé normalmente.**

- | | No | Sí |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores gruesos o de felpa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi nuevo bebé duerme con almohadas especiales para controlar la postura (infant positioner)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No
 Sí

63. Desde que nació su nuevo bebe, ¿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
 Sí

64. ¿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 66**

65. ¿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 67.

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

67. Después de que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre el uso de anticonceptivos?

- No
- Sí

68. 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

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

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

70. 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

71. ¿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
- Family Health Plus
- Family Planning Benefit Program (FPBP)
- Child Health Plus
- 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.

72. 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

73. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada uno, marque **No**, si no la hubiera recibido, o **Sí**, si la hubiera recibido.

- | | No | Sí |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No —————> Pase a la Pregunta 78

Sí

75. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo *más reciente*?

Marque UNA respuesta

- No —————> Pase a la Pregunta 78

No, pero voy a regresar

Sí

76. ¿Cuáles de las siguientes opciones describe el tiempo de licencia que se tomó *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Me tomé licencia *pagada*
- Me tomé licencia *no pagada*
- No me tomé licencia

77. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre cuánto tiempo de licencia tomar *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada una, marque **No**, si no tiene relación con usted o **Sí**, si está relacionado.

- | | No | Sí |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia más larga..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba más tiempo de licencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme más licencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia pagada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar más tiempo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. ¿Actualmente está usted estudiando en algún tipo de escuela?

- No
 Sí

79. ¿Actualmente trabaja usted fuera de su casa?

- No
 Sí

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 81.

80. 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.....
- b. En mi casa hay un detector de humo que funciona.....
- c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego **cargadas**.....
- d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé.....

81. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted una prueba de diabetes o una prueba para determinar si usted tiene un nivel de azúcar alto en la sangre?

- No → **Pase a la Pregunta 83**
 Sí

82. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes?

- No
 Sí

83. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

- No
 Sí

84. ¿Quién *actualmente* vive con usted en la misma casa?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Mi esposo o pareja
- Niños menores a 12 meses de edad
- ¿Cuántos niños? _____
- Niños de 1 a 5 años de edad
- ¿Cuántos niños? _____
- Niños de 6 años de edad o más
- ¿Cuántos niños? _____
- Mi madre
- Mi padre
- Los padres de mi esposo o pareja
- Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto
- Otro miembro de la familia o pariente
- Otra _____ → Por favor, escríbala:
- _____
- Vivo sola

85. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado usted por no tener suficiente comida con que alimentar a usted o a su familia?

- No
- Sí

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

86. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?

Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- 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

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

_____ Personas

88. ¿Cuál es la fecha de hoy?

____ / ____ / 20____

Mes Día Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de New York City.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de New York City.