

Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (PRAMS, por sus siglas en inglés)

Preguntas Estándares de la Fase 7

4/23/2012

NOTA: Omíta las preguntas A1-A5 si la madre no estaba tratando de quedar embarazada (Core 14).

A1 es un requisito para usar A2, A4, o A5

ANTES de A1, inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”

A1. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.

No → **Pase a la Pregunta ##**

Sí

A2. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad durante el mes que quedó embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid[®], Serophene[®], Pergonal[®] u otros medicamentos que estimulan la ovulación)

Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en los que semen se colecta y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos)

Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro [IVF], transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT], inyección de semen intracitoplásmica [ICSI], transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donante)

Otro tratamiento médico → Por favor, escríbalo:

No estaba usando ningún tratamiento para la fertilidad *durante el mes* cuando quedé embarazada de mi nuevo bebé

A3 cambio a Q7.

A4. ¿Cuánto tiempo llevaba usted tratando de quedar embarazada antes de tomar medicamentos para la fertilidad o antes de utilizar algún procedimiento médico para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? No cuente periodos de tiempo largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales.

De 0 a 5 meses

De 6 a 11 meses

De 1 a 2 años

De 3 a 4 años

De 4 a 6 años

Más de 6 años

A5. ¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) recibió usted antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

1 ciclo

2 a 3 ciclos

4 a 6 ciclos

7 ó más ciclos

NOTA: Omite B1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

Omite B1 si la madre dio pecho al bebé (Core 45).

DESPUÉS de B1, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”

B1. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos

Tenía otros niños que cuidar

Tenía demasiadas tareas domésticas

No me gustó dar pecho

Traté pero era demasiado difícil

No quería dar pecho

Regresé al trabajo o a la escuela

Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: Omite B2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

Omite B2 si la madre no dio pecho o sigue dando pecho (Core 45 y/o Core 46).

B2. ¿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:

NOTA: Omite B3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

Omite B3 si el bebé no nació en un hospital (Core 42).

ANTES de B3, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta...”

Omite B3 si la madre no dio pecho (Core 45).

B3. 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 | | |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | | |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | | |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida | | |
| e. Le di pecho a mi bebé en el hospital | | |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | | |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | | |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche | | |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | | |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | | |
| k. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé | | |

B4. 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

NOTA: Omite B5-B6 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44). B5 es un requisito para B6, pero B5 se puede usar sola.

B5. ¿Alguna persona le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé?

- No = **Pase a la Pregunta #**
 Sí

B6. ¿Quién le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo o pareja
 Mi madre, padre o suegros
 Otro miembro de la familia o pariente
 Mis amigos(as)
 El doctor, enfermera u otro profesional de salud que atendió a mi bebé
 Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud
 Otra →Por favor, escríbala:

NOTA: Omite B7-B8 si la madre no recibía beneficios de WIC durante su embarazo (Core 26).

B7. Cuando fue a sus citas de WIC durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió información sobre dar pecho?

No
Sí

B8. 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

B9. Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿sucedió algo de lo siguiente? Marque TODAS las que correspondan

- Alguien aclaró mis dudas sobre dar pecho
- Me ofrecieron una clase sobre dar pecho
- Asistí a una clase sobre dar pecho
- Decidí o planeé darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con mi familia sobre darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con mi proveedor de salud sobre darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Planifiqué darle pecho a mi bebé durante su primera hora de vida

B10. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?

___ Semanas **O** ___ Meses

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

B11. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

___ Semanas **O** ___ Meses

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

NOTA: Omita C1–C3 si el bebé no está vivo, si no vive con la madre, o si todavía está en el hospital (Core 43 y/o Core 44, Core 42).

C1 es un requisito para C2 & C3, pero C1 se puede usar sola. Si C1 se usa sola, no hay que omitirla si el bebé no está vivo o no vive con la madre.

C1. En este momento, ¿asiste usted a la escuela o trabaja?

No, yo no asisto a la escuela ni trabajo → **Pase a la Pregunta ##**
Sí, yo asisto a la escuela o trabajo fuera del hogar
Sí, yo asisto a la escuela o trabajo de mi hogar

NOTE: Si C2 se utiliza con C3, ponga una instrucción para saltar C3 en la última respuesta de C2 (“Mi bebé está conmigo cuando estoy en la escuela o en el trabajo”).

C2. ¿Cuál de las siguientes personas cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo? Marque UNA respuesta

Mi esposo o pareja

Los abuelos de mi bebé

Otro miembro de la familia o pariente cercano

Un(a) amigo(a) o vecino(a)

Una persona que se dedica a cuidar niños, una niñera u otro proveedor de servicios de cuidados de niños

El personal de una guardería

Otra → Por favor, escríbala:

Mi bebé está conmigo cuando estoy en la escuela o en el trabajo → **Pase a la Pregunta ##**

C3. Cuando usted no está con su nuevo bebé porque usted tiene que estar en a la escuela o trabajando, ¿con qué frecuencia siente que están cuidando bien de él o ella? Marque UNA respuesta

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

C4. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

No → **Pase a la Pregunta ##**

Sí

NOTA: C4 es un requisito para C5 & C6, pero C4 se puede usar sola.

C5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuántas horas trabajó por semana en su empleo *principal*?

40 horas o más por semana

30 a 39 horas por semana

20 a 29 horas por semana

10 a 19 horas por semana

Menos de 10 horas por semana

C6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su horario de trabajo durante el *último mes* de su embarazo *más reciente*? Marque UNA respuesta

Trabajé hasta el momento del parto sin ningún cambio de horario

Trabajé menos horas

Me tomé un tiempo libre antes del nacimiento de mi bebé

Dejé de trabajar por indicación de mi médico

Renuncié a mi trabajo → **Pase a la Pregunta ##**

Perdí mi trabajo o me despidieron → **Pase a la Pregunta ##**

NOTA: C4 es un requisito para C7, pero C4 se puede usar sola. Si la respuesta de C7 es “NO,” omita C8-C10.

C7. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo *más reciente*? Marque UNA respuesta

No → **Pase a la Pregunta ##**

No, pero voy a regresar

Sí

C8. ¿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*

State-specific option (Leave or disability programs)

No me tomé licencia

C9. ¿Qué le pareció la cantidad de tiempo de licencia que se pudo tomar *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Marque UNA respuesta

Muy poco tiempo

El tiempo suficiente

Demasiado tiempo

C10. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia *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
- b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo
- c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo
- d. Mi trabajo no tiene licencia pagada
- e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles
- f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo

C11. ¿Tomó el padre de su nuevo bebé licencia de su trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Marque UNA respuesta

No, él no tomó licencia

Sí, él tomó licencia *pagada* de su trabajo

Sí, él tomó licencia *no pagada* de su trabajo

Sí, él tomó licencia *pagada y no pagada* de su trabajo

El padre de mi bebé no tenía trabajo

No sé

NOTA: Omita D1–D2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

D1 es un requisito para D2, pero D1 se puede usar sola.

D1. ¿Su nuevo bebé es niño o niña?

Niño

Niña → **Pase a la Pregunta ##**

D2. ¿Le hicieron la circuncisión a su nuevo bebé?

No

Sí

E2. Después de que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre el uso de anticonceptivos?

No

Sí

NOTA: Omita E3 si la madre no estaba usando un anticonceptivo cuando quedó embarazada (Core 13). ANTES de E3, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta...”

E3. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando? Marque TODAS las que correspondan

Píldora anticonceptiva

Condomes

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)

Otro → Por favor, escríbalo:

E4. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez del control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)? Esta combinación de píldoras se usa para prevenir el embarazo hasta cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

No

Sí

NOTA: Omita F1 & F3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 43 y/o Core 44, Core 42).

Omita F2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

F1. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?

Siempre
Frecuentemente
A veces
Rara vez
Nunca

F2. ¿Le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre cómo acostar a su nuevo bebé para dormir?

No
Sí

F3. 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 | | |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro | | |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas | | |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales | | |
| e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores gruesos o de felpa | | |
| f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche | | |
| g. Mi nuevo bebé duerme con almohadas especiales para controlar la postura (infant positioner) | | |
| h. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona | | |

G1. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar una vitamina con ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

NOTA: Omita G2 si la madre nunca ha escuchado o leído del ácido fólico (Standard G1). G1 es un requisito para G2, pero G1 se puede usar sola.

G2. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes? Marque TODAS las que correspondan

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

G3. De entre las siguientes razones, ¿cuál es la razón por la que algunos expertos de la salud recomiendan tomar ácido fólico? Marque TODAS las que correspondan

Para fortalecer los huesos
Para prevenir defectos de nacimiento
Para prevenir la alta presión sanguínea
No sé

G4. ¿Cuáles de las siguientes razones haría que usted tomara multivitaminas, vitaminas prenatales, o vitaminas con ácido fólico? Marque TODAS las que correspondan

Si por lo general no comiera los alimentos adecuados
Si previniera las enfermedades cardíacas
Si fuera bueno para mi salud en general
Si algún día me ayudara a tener un bebé sano
Si mi familia o amigos me dijeran que es una buena idea tomarla
Si mi doctor o enfermera me dijera que es una buena idea tomarla

G5. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

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

G6. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

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

G7a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de fruta consumía en un día? Marque UNA respuesta

Cero porciones (ninguna)
1 ó 2 porciones al día
3 ó 4 porciones al día
5 ó más porciones al día

G7b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de verduras consumía en un día? Marque UNA respuesta

Cero porciones (ninguna)
1 ó 2 porciones al día
3 ó 4 porciones al día
5 ó más porciones al día

NOTA: Omite G8 si la madre no tomó vitaminas una vez o más de la semana (Core 3).

G8. Durante el *mes antes* de embarazarse de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico? Marque TODAS las que correspondan

No estaba planeando embarazarme

No pensé que necesitara tomar vitaminas

Las vitaminas eran demasiado caras

Las vitaminas me producían efectos secundarios (tal como estar estreñida)

Otra → Por favor, escríbala: _____

NOTA: Omite H1 y H2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

H1. ¿Tiene seguro médico o Medicaid para su nuevo bebé?

No

Sí

H2. ¿Qué tipo de *seguro médico* tiene su nuevo bebé 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 (required: state Medicaid name)

State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés o health reform)

State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)

State option (TRICARE u otro seguro médico militar)

State option (IHS o tribal)

Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

NOTA: Omite H3–H4 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

H3 es un requisito para H4, pero H3 se puede usar sola.

H3. ¿Está inscrito su nuevo bebé en el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)?

No

Sí → **Pase a la Pregunta ##**

H4. ¿Por qué no inscribió a su nuevo bebé en el programa CHIP? Marque TODAS las que correspondan

No sabía que existía el programa

Ya tenía seguro

No creí que mi bebé cumpliera con los requisitos

Otra → Por favor, escríbala:

H5. ¿El costo del seguro médico para su nuevo bebé le causa problemas económicos para usted o su familia *ahora*?

No

Sí

H6. ¿Usted u otra persona realiza pagos regulares al seguro médico que tiene su nuevo bebé *ahora*, incluidos descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?

No

Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

H7. Cuando usa el seguro médico para las visitas al consultorio para su nuevo bebé *ahora*, ¿tiene que hacer copagos?

No

Sí

NOTA: Omite I2 si la madre indicó en I6 que se había hecho la prueba antes de este embarazo.

Omite I2–I3 si la madre indicó en Core 21 que le habían hecho la prueba durante el embarazo o el parto. NO omita estas preguntas si la madre indicó Core 21 “no sé” si me hicieron la prueba durante el embarazo o el parto.

I2 es un requisito para I3, pero I2 se puede usar sola.

I2. ¿Le hicieron una prueba para detectar el VIH *antes* de este embarazo?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

No sé → Pase a la Pregunta ##

I3. ¿Cuándo se hizo la prueba *antes* de este embarazo? Marque UNA respuesta

Menos de 6 meses antes de quedar embarazada

De 6 meses a 1 año antes de quedar embarazada

Más de 1 año antes de quedar embarazada

NOTA: Omite I4–I6 si la madre indicó en Core 20 que le habían hecho la prueba durante el embarazo o el parto. NO omita estas preguntas si la madre indicó en Core 20 “no sé” si me hicieron la prueba durante el embarazo o el parto.

I4 es un requisito para I5–I6, pero I4 se puede usar sola.

No hay que usar I5 & I6 juntas

I4. Durante su embarazo más reciente o parto, ¿le ofrecieron hacerle una prueba para detectar el VIH?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

I5. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

I6. ¿Por qué rechazó la prueba para detectar el VIH? Marque TODAS las que correspondan

No pensaba que estaba en riesgo de contraer VIH

No quería que la gente pensara que estaba en riesgo de contraer VIH

Tenía miedo de saber el resultado

Me hice la prueba antes de este embarazo y no creí que fuera necesario hacerla otra vez → Pase a la pregunta ##

Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: Omite I7 si la madre indicó en Core 20 que le habían hecho la prueba durante el embarazo o el parto.**Omite I7 si la madre indicó en Core 20 “no sé” si me hicieron la prueba durante el embarazo o el parto.****DESPUES de I7, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si le hicieron la prueba para detectar el VIH durante el embarazo o el parto, pase a la Pregunta #”****I7. ¿Cuándo fue su más reciente prueba para detectar el VIH? Marque UNA respuesta**

Durante los primeros 3 meses de embarazo

Durante los segundos 3 meses de embarazo

Durante los últimos 3 meses de embarazo

No estoy segura, pero fue durante el embarazo y antes del parto

Durante el parto

Después del parto pero antes de salir del hospital

NOTA: Omite J1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).**J1. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque No, si nadie le habló sobre el tema, o Sí, si alguien le habló.**

No Sí

- Ayuda o información sobre dar pecho
- Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada
- Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar después del parto
- Depresión posparto
- Grupos de apoyo para nuevos padres
- Recursos en mi comunidad tales como programas de visita de una enfermera, líneas telefónicas de ayuda, orientación, etc
- Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo

NOTA: Omite K1 si la madre no ha tenido un bebé anteriormente que haya nacido vivo (Core 8).

K1. *Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿había tenido algún bebé por cesárea o c-section (cuando el doctor hace una cortada por medio del vientre de la madre para sacar al bebé)?*

No
Sí

K3. *¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?*

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

NOTA: Omite K4 si la madre no obtuvo cuidado prenatal (Core 16).

K4. *¿Cómo le sugirió el doctor, enfermera u otro profesional de salud que le proporcionó cuidado prenatal, que tuviera a su nuevo bebé? Marque UNA respuesta*

Me sugirió que tuviera a mi bebé por la vagina (naturalmente)
Me sugirió que me hiciera una cesárea
No me sugirió como dar a luz a mi bebé

NOTA: Omite K5 si la madre no tuvo al bebé en el hospital (Core 42 o K14).

K5. *Después de que fue admitida al hospital para el nacimiento de su nuevo bebé, ¿se le trasladó a otro hospital antes de que naciera su bebé?*

No
Sí
Mi bebé no nació en el hospital

**NOTA: Omite K6-K7 si la madre no tuvo un parto por cesárea (K3).
K3 es un requisito para K7 & K6, pero K3 se puede usar sola.**

K6. *¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea? Marque UNA respuesta*

Mi proveedor de salud recomendó la cesárea *antes* de mi parto
Mi proveedor de salud recomendó la cesárea durante mi parto
Yo pedí la cesárea

K7. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)? Marque TODAS las que correspondan

Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)
Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
Se había pasado la fecha esperada del parto
A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
El parto estaba tomando demasiado tiempo
El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
Deseaba programar el parto
No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
Otra → Por favor, escríbala

K8. ¿Planificó o programó un parto por cesárea (c-section) por lo menos una semana antes de que naciera su nuevo bebé?

No
Sí

NOTA: K9 es un requisito para K10, pero K9 se puede usar sola.

K9. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí
No sé → Pase a la Pregunta ##

K10. ¿Por qué su doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)? Marque TODAS las que correspondan

Se rompió mi fuente y había miedo de una infección
Se había pasado la fecha esperada del parto
A mi proveedor le preocupaba el tamaño del bebé
El bebé no estaba bien y necesitaba nacer
Tuve una complicación del embarazo (como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia)
El parto se interrumpió o no estaba progresando
Deseaba programar mi parto
Deseaba que me atendiera cierto proveedor en particular
Otra → Por favor, escríbala

NOTA: Omite K11-K12 si la madre no tuvo al bebé en el hospital (Core 42).

DESPUES de K11 y/o K12 incluye “ Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta ##”

K11. Después de que dio a luz a su bebé, ¿se le trasladó a él o ella a otro hospital?

No
Sí

K12. Después de que dio a luz a su bebé, ¿se le trasladó a usted a otro hospital?

No
Sí

K13. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?

Mes/ Día/Año

K14. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?

Mes/ Día/Año

No tuve a mi bebé en un hospital

K15. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

Mes/ Día/Año

No tuve a mi bebé en un hospital

L1. Aparte de las vitaminas prenatales, ¿tomó alguna medicina con receta o sin receta durante su embarazo, aunque hubiera sido por un corto período de tiempo?

No
Sí

L2. ¿Ha tenido alguna vez rubéola o le han puesto la vacuna contra la rubéola?

No
Sí

L3. ¿Ha tenido alguna vez varicela o le han puesto la vacuna contra la varicela?

No
Sí

L4. ¿Alguna vez ha tomado medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

NOTA: Omita L5–L7 si la madre nunca ha tomado medicinas para controlar las convulsiones o la epilepsia. L4 es un requisito para L5-L7, pero L4 se puede usar sola.

L5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tomó medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

NOTA: L5 es un requisito para L6-L7, pero L5 se puede usar sola.

L6. ¿Cuándo empezó a tomar la medicina?

Comencé a tomar la medicina durante mi embarazo

Comencé a tomar la medicina durante el año antes de quedar embarazada

Comencé a tomar la medicina más de un año antes de quedar embarazada

L7. ¿Cuántas convulsiones (ataques) tuvo durante su embarazo *más reciente*?

Ninguna

1

2

3 ó más

L8 cambió a Core 53.

NOTA: Omita L9 si la madre no tuvo un chequeo posparto (Core 53).

L9. En esa consulta, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre la planificación familiar o los métodos anticonceptivos?

No

Sí

L10. Antes de quedar embarazada, diría usted que, en general, su salud era—

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

L11. 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

L12 cambió a Core 21

L13 cambió a Core 22

NOTA: Omite L14 si la madre se puso la vacuna contra la influenza (Core 22).

ANTES de L14, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si usted recibió la vacuna contra la influenza, pase a la Pregunta #”

L14. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada una, marque **No**, si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

No Sí

- a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza
- b. Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza me podría causar
- c. Estaba preocupada de que la vacuna contra la influenza podría afectar a mi bebé
- d. No me preocupaba enfermarme de influenza
- e. No creo que la vacuna contra la influenza funcione
- f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza
- g. Otra
Por favor, escríbala:

L15. ¿Alguna vez se ha puesto la vacuna contra la influenza cuando *no* estaba embarazada?

No
Sí

NOTA: Omite L16 si la madre no ha ido a un chequeo posparto (Core 53).

L16. En esa consulta posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que tomara una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

No
Sí

NOTA: Omite L18 si nadie habló con la mamá acerca de mejorar la salud antes de un embarazo (Core 10).

L17 cambió a Core 10.

L18. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los temas que aparecen en la lista a continuación? *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien habló acerca de eso.*

No Sí

- a. Tomar vitaminas con ácido fólico antes del embarazo
- b. Tener un peso saludable antes del embarazo
- c. Poner al día mis vacunas antes del embarazo
- d. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo
- e. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia
- f. Controlar cualquier enfermedad tal como la diabetes o la presión alta
- g. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad
- h. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo
- i. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé
- j. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé
- k. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé

L19. ¿Dónde se fue a vacunar contra la influenza? Marque UNA respuesta

- El consultorio de mi obstetra o ginecólogo
- El consultorio de mi médico general o en otro consultorio médico
- Una clínica del departamento de salud o de un centro comunitaria
- Un hospital
- Una farmacia, o supermercado con farmacia
- Mi trabajo o escuela
- Otro lugar → Por favor, escríbalo:

L20. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿estuvo enferma con una fiebre?

No
Sí

L21. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía la influenza?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

NOTA: Omita L22 & L23 si nadie le dijo al madre que tuvo influenza (L21).

L22. ¿Estuvo hospitalizada debido a la influenza durante su embarazo *más reciente*?

No
Sí

L23. ¿Tomó un medicamento recedato por su doctor u otro profesional de salud llamado Tamiflu® u oseltamivir, o un medicamento inhalado llamada Relenza® o Zanamivir *durante* su embarazo como tratamiento para la influenza?

No
Sí

L24. ¿Recibió usted la vacuna Tdap antes, durante o después de su embarazo más reciente? La vacuna Tdap protege contra el tétano, difteria y la tos ferina. Tdap era nueva en el año de 2005. Marque UNA respuesta

No
Sí, recibí Tdap antes de mi embarazo
Sí, recibí Tdap durante mi embarazo
Sí, recibí Tdap después de mi embarazo
No sé

M2. En algún momento durante su embarazo *más reciente* o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

No
Sí

M3. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *dijo que tenía* depresión?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

M4. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?

No
Sí

M5. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *dijo que tenía* depresión?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

M6. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?

No
Sí

M7. ¿Cómo describiría su época durante su embarazo *más reciente*? Marque UNA respuesta

- Una de las épocas más felices de mi vida
- Una época feliz con ciertos problemas
- Una época un poco difícil
- Una época muy difícil
- Una de las épocas más difíciles de mi vida

NOTA: M3 es un requisito para M8 y M9, pero M3 se puede usar sola.

M8. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomo un medicamento recetado para su depresión?

- No
- Sí

M9. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿obtuvo consejería para su depresión?

- No
- Sí

NOTA: M5 es un requisito para M10 y M11, pero M5 se puede usar sola.

M10. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

- No
- Sí

M11. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?

- No
- Sí

M12. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido pánico?

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

M13. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía ansiedad?

- No → Pase a la Pregunta ##
- Sí

M14. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la ansiedad?

No
Sí

M15. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía ansiedad?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

M16. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la ansiedad?

No
Sí

NOTA: M13 es un requisito para M17 y M18, pero M13 se puede usar sola.

M17. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomo un medicamento recetado para su ansiedad?

No
Sí

M18. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿obtuvo consejería para su ansiedad?

No
Sí

NOTA: M15 es un requisito para M19 y M20, pero M15 se puede usar sola.

M19. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su ansiedad?

No
Sí

M20. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su ansiedad?

No
Sí

NOTA: Hay que usar M21 y M12 junto.

M21. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido inquieta o intranquila?

Siempre
Frecuentemente
A veces
Rara vez
Nunca

N1. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que se quedara en cama al menos 1 semana?

No → **Pase a la Pregunta ##**
Sí

NOTA: N1 es un requisito para N2 y N3, pero N1 se puede usar sola. No hay que usar N2 y N3 juntas.

N2. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando le dijeron que se quedara en cama?

___ Semanas **O** ___ Meses

N3. ¿Qué tan seguido pudo seguir las instrucciones de su proveedor médico de que se quedara en cama?

Siempre → **Pase a la Pregunta ##**
Frecuentemente → **Pase a la Pregunta ##**
A veces
Rara vez
Nunca

NOTA: N3 es un requisito para N4.

N4. ¿Qué tipos de apoyo le hubieran ayudado a quedarse en cama por el tiempo indicado? Para cada uno, marque **No, si no le hubiera ayudado a usted o si no le corresponde, o **Sí**, si le hubiera ayudado.**

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Ayuda con el cuidado de niños | | |
| b. Ayuda con tareas domésticas | | |
| c. Saber que no perdería mi trabajo | | |
| d. Dinero que compensara el hecho de no trabajar | | |
| e. Otro | | |
- Por favor, escríbalo:

N5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿trató su doctor, enfermera u otro profesional de salud de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé por medio de una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado Progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona)?

No
Sí
No sé

N6. Durante su embarazo *más reciente*, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le sugirió que hiciera una cita con un doctor diferente debido a su diabetes gestacional?

No
Sí

N7. Durante su embarazo *más reciente*, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo alguna de las cosas que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No, si nadie lo hizo, o **Sí**, si alguien lo hizo.**

No Sí

- a. La refirió a un especialista en nutrición
- b. Le habló sobre la importancia de hacer ejercicio
- c. Le habló sobre cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo
- d. Le recomendó que le diera pecho a su nuevo bebé
- e. Le habló sobre su riesgo de la diabetes tipo 2

NOTA: Omite N8 si la madre no tuvo ninguno de los problemas durante este embarazo (Core 24). ANTES de N8, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si no tuvo ninguno de los problemas que aparecen en la lista anterior, pase a la Pregunta...”

N8a. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud la aconsejó que se quedara en cama en su casa más de 2 días debido a cualquiera de los problemas que aparece en la lista anterior?

No
Sí

N8b. ¿Fue usted al hospital o sala de emergencia debido a cualquiera de los problemas que aparece en la lista anterior?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

N8c. ¿Cuántas veces fue usted al hospital o sala de emergencia debido a cualquiera de los problemas?

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 ó más veces

N9. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo *más reciente*? Para cada uno, marque No, si no tuvo el problema, o Sí, si lo tuvo.

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

O1. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido algún problema médico por el que tuvo que ir al hospital y quedarse hasta el día siguiente?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

NOTA: O1 es un requisito para O2 y O3, pero O1 se puede usar sola. No hay que usar O2 y O3 juntas.**O2. Después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿en qué fecha tuvo que ir al hospital por *primera vez* y quedarse hasta el día siguiente?**

Mes/ Día/Año

No sé

O3. ¿Qué tipo de problema médico hizo que usted fuera al hospital? Marque TODAS las que correspondan

Sangrado vaginal

Fiebre o infección

Otro → Por favor, escríbalo:

O4. 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 ##

Sí

**NOTA: O4 es un requisito para O5, pero O4 se puede usar sola.
O6 necesita ambos O4 y O5**

O5. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes?

No

Sí → Pase a la Pregunta ##

O6. ¿Le dijo el doctor, enfermera u otro proveedor de salud que usted tenía pre diabetes, diabetes limítrofe o un nivel de azúcar alto en la sangre?

No

Sí

P1. Cuando usted quedó embarazada, ¿vivía con usted el padre de su nuevo bebé?

No

Sí

**P2. Cuando usted quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con el padre de su nuevo bebé?
Marque UNA respuesta**

Era mi esposo (casados legalmente)

Era mi pareja (no casados legalmente)

Era mi novio

Era un amigo

Otra → Por favor, escríbala:

P3. Cuando usted quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿quién vivía en la misma casa con usted?

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

Vivía sola

P4. ¿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

P5. ¿Tiene un esposo o pareja que vive con usted *ahora*?

No

Sí

P6. Cuando *quedó embarazada*, ¿cuántos años tenía el padre de su nuevo bebé?

_____ Años de edad

No sé

P7. ¿Cuántos años tenía usted cuando le bajó la regla (la menstruación, el período) por primera vez?

_____ Años de edad

P8. ¿Cuántos años tenía usted cuando *quedó embarazada* de su *primer* bebé?

_____ Años de edad

P9. ¿Tiene en su casa un teléfono que estuvo en funcionamiento (en servicio) durante el *último mes*?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

NOTA: P9 es un requisito para P10, pero P9 se puede usar sola.

P10. ¿Aparece su número telefónico en el directorio telefónico más reciente bajo su apellido y dirección actual?

Sí

No aparece en el directorio

Aparece bajo otro nombre o dirección

P11. ¿Qué clase de cuartos tiene la casa, el apartamento o el tráiler donde vive? Marque TODAS las que correspondan

Sala
Comedor separado
Cocina
Baño(s)
Cuarto de juegos, cuarto de estar, cuarto de familia
Sótano habitable
Dormitorios → ¿Cuántos?

P12. Contándose usted, ¿cuántas personas viven en su casa, apartamento o tráiler?

___ Adultos (personas de 18 años de edad o mayores)

___ Bebés, niños o adolescentes (personas de 17 años de edad o menores)

NOTA: No hay que usar P13a y P13b juntas

ANTES de P13b, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si no tiene instalaciones de tubería completa en su hogar, pase a la Pregunta ##.”

P13a. ¿Cuál de los siguientes servicios públicos tiene en su casa, apartamento o tráiler? Para cada servicio, marque **No**, si no tiene este servicio, o **Sí**, si lo tiene.

No Sí

- a. Instalaciones de tubería completa (incluyendo agua caliente y fría en tubería, inodoro al que puede jalársele y ducha o tina de baño)
- b. Electricidad
- c. Un teléfono con el que puede hacer y recibir llamadas (incluyendo teléfonos celulares)

P13b. ¿El agua que usa en su casa, apartamento o tráiler proviene de una tubería de la ciudad, el condado o de un pozo privado?

Tubería de la ciudad o del condado
Pozo privado

P14. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

No
Sí

P15. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez → **Pase a la Pregunta ##**

Nunca → **Pase a la Pregunta ##**

NOTA: P15 es un requisito para P16, pero P15 se puede usar sola.

P16. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿hizo alguna de las siguientes cosas porque creyó que era peligroso salir o regresar a la comunidad donde vivía? Para cada una, marque **No**, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.

No Sí

- a. Falté a una cita con mi doctor o a otras citas
- b. Limité ir al supermercado o hacer otras compras
- c. Me quedé con otros familiares o amigos

P17. Durante los 12 meses antes del nacimiento su nuevo bebé, ¿alguna vez recibió alimentos de una iglesia, de una despensa de comida, del banco de alimentos o comió en un comedor de beneficencia debido a una emergencia?

No

Sí

P18. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar? Marque TODAS las que correspondan

Dinero de familiares o amigos

Dinero de un negocio, inversiones o dinero por propiedades que tiene alquiladas

Un sueldo o salario de un trabajo

Cupones de alimentos o WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)

Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, asistencia pública, asistencia general, o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)

Beneficios por desempleo

Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia

Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, discapacidad, beneficios de veteranos o pensiones

Otra → Por favor, escríbala:

Q1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los 3 meses antes de que quedara embarazada? Marque UNA respuesta

Estaba tratando de quedar embarazada

Estaba tratando de evitar quedar embarazada pero no estaba tratando mucho

Estaba tratando mucho de evitar quedar embarazada

Q2. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor a su esposo o pareja durante los 3 meses antes de que quedara embarazada? Marque UNA respuesta

Él quería que yo quedara embarazada

Por una parte, él quería que yo quedara embarazada y por otra parte, no quería

A él le daba igual si yo quedaba embarazada o no

Él preferiría que yo no quedara embarazada

Él no quería de ninguna manera que yo quedara embarazada

Q3. Recordando *justo antes* de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía su esposo o pareja de que usted quedara embarazada? Marque UNA respuesta

Él hubiera querido que quedara embarazada más pronto

Él no quería que quedara embarazada en ese momento, sino después

Él quería que quedara embarazada en ese momento

Él no quería que quedara embarazada ni en ese momento ni nunca

No sé

No tenía esposo ni pareja

Q4 cambió a Core 13.

Q5. Esta pregunta trata sobre las emociones y preocupaciones que a veces tienen las mujeres sobre quedar embarazadas. Para cada una, marque **No**, si no le correspondió cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé o **Sí**, si le correspondió.

No Sí

- a. Me preocupaba no saber lo suficiente sobre cómo cuidar a un bebé
- b. Pensé que un nuevo bebé me impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir
- c. Me gustaba la idea de enseñar y cuidar a un nuevo bebé
- d. Esperaba con gusto las nuevas experiencias que tendría con un nuevo bebé
- e. Esperaba con gusto decirle a mis amigas que estaba embarazada
- f. Me preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé
- g. No quería decirle a mis amigas que estaba embarazada
- h. Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé

Q6. ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé?

Estaba—

Muy infeliz de estar embarazada

Infeliz de estar embarazada

No estaba segura

Feliz de estar embarazada

Muy feliz de estar embarazada

**NOTA: Omita la pregunta Q7 si la madre no estaba tratando de quedar embarazada (Core 17).
DESPUÉS de Q7, inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si usted estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”**

Q7. ¿Por cuántos meses estaba tratando de quedar embarazada? No cuente periodos de tiempo largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales.

- De 0 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- De 7 a 12 meses
- De 13 a 24 meses
- Más de 24 meses

NOTA: Omita R1–R18 si la madre no obtuvo cuidado prenatal (Core 18).

R1. ¿Qué le pareció el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo *más reciente*? Si fue a más de un lugar para recibir cuidado prenatal, responda sobre el lugar en el que recibió *la mayoría* de su cuidado. Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si lo estuvo.

¿Estuvo satisfecha con—

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. El tiempo que tenía que esperar al llegar al lugar para las consultas? | | |
| b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba con usted durante las consultas? | | |
| c. El consejo que recibió sobre cómo cuidarse usted misma? | | |
| d. La comprensión y el respeto que el personal le demostró? | | |

R2 cambió a Core 19a.

R3. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó si usted estaba fumando cigarrillos?

- No
- Sí

R4. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó si estaba tomando bebidas alcohólicas (cerveza, vino, refresco con vino [*wine cooler*] o licor)?

- No
- Sí

R5. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó---

No Sí

- a. Cuánto alcohol estaba tomando
- b. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente
- c. Si estaba usando drogas ilegales (marihuana o hachís, cocaína, crack, etc.)
- d. Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)
- e. Si estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé

R6. ¿Ha oído alguna vez de la bacteria estreptococo grupo B (o beta estreptococo) que las madres pueden pasar a sus bebés durante el nacimiento?

No
Sí

R7. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre la bacteria estreptococo grupo B (o beta estreptococo)?

No
Sí

R8. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba para detectar la bacteria estreptococo grupo B (o beta estreptococo)?

No
Sí
No sé

R9. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre hacerse una prueba de sangre para detectar la enfermedad llamada toxoplasmosis?

No
Sí

R10. *Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cualquiera de las cosas que aparecen a continuación? Por favor, sólo cuente las conversaciones, no el material de lectura ni los videos. Para cada una, marque **No**, si nadie le habló sobre esto o **Sí**, si alguien le habló sobre esto.*

No Sí

- a. No tocarse la boca o los ojos cuando está preparando o tocando carne cruda
- b. Cocer la carne hasta que quede “bien cocida”
- c. Lavarse las manos y los utensilios después de preparar o tocar carne cruda
- d. Lavarse las manos después de tocar tierra, arena, arena para gatos o cualquier otro material que pudiera estar contaminado con heces de gatos
- e. No dar de comer a los gatos carne cruda o carne que no esté bien cocida

R11. *En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba de sangre para detectar la enfermedad llamada toxoplasmosis?*

No
Sí
No sé

R12. *Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre tomarse multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico durante su embarazo?*

No
Sí

R13. *En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿su proveedor de cuidado prenatal regular le pidió que consultara a un doctor especialista para obtener ayuda con algún(os) problema(s) de salud?*

No
Sí

R14. *Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cómo el comer pescado que contiene altos niveles de mercurio podría afectar a su bebé?*

No
Sí

R15. *¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado prenatal? No incluya las consultas relacionadas con WIC. Marque UNA respuesta*

Clínica de un hospital
Clínica del departamento de salud
Consultorio médico privado
State-specific
State-specific
Otro → Por favor, escríbalo:

R16. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente? *Por favor, sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque No, si nadie le habló del tema, o Sí, si alguien le habló del tema.*

No Sí

- a. Alimentación saludable durante el embarazo
- b. Ejercicio durante el embarazo
- c. Programas o recursos para ayudarme a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo
- d. Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo

NOTA: R2 es un requisito para R17, pero R2 se puede usar sola.

ANTES de R17, inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si un doctor, enfermera u otro profesional de salud no le dijo cuánto peso debía aumentar durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta ##.”

R17. ¿Cuánto peso le dijo el doctor, enfermera u otro profesional de salud que debía aumentar durante su embarazo *más reciente*? *Por favor marque UNA respuesta y escriba la cantidad de peso en la línea(s) que corresponde a su respuesta.*

Entre _____ Libras y _____ Libras

Entre _____ Kilos y _____ Kilos

Exactamente _____ Libras **O** _____ Kilos

No recuerdo

R18. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que no tomara bebidas alcohólicas durante su embarazo?

No

Sí

R19. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? *Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.*

___ Semanas **O** ___ Meses

No recuerdo

R20. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

No

Sí → Pase a la Pregunta ##

NOTA: R21 necesita R20, pero R20 se puede usar solo.

DESPUÉS de R21 (o R20 si se usa solo), inserte un recuadro de instrucciones que diga, “Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta...”

R21. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

No Sí

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

NOTA: Omita S1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44). No se utilizan S16 & S17 con S1.

S1. 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

S2. ¿Se preocupaba usted de que usar el cinturón de seguridad durante su embarazo podría lastimar a su nuevo bebé?

No
Sí

NOTA: Omita S3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre, o todavía está en el hospital (Core 43, Core 44, y/o Core 42).

S3. A continuación aparece una lista de declaraciones sobre los asientos de seguridad de carro. Para cada una, marque **Cierto**, si está de acuerdo con la declaración, o **Falso**, si no lo está.

Cierto Falso

- a. Los nuevos bebés deben ir sentados en asientos de seguridad viendo hacia atrás del carro
- b. Los asientos de seguridad no deben colocarse frente a la bolsa de aire

S4. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó un cinturón de seguridad cuando manejaba o viajaba en un carro?

Siempre
Frecuentemente
A veces
Rara vez
Nunca

S5. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad cuando maneja o viaja en un carro?

Siempre
Frecuentemente
A veces
Rara vez
Nunca

NOTA: Omita S6–S9 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 43, Core 44, y/o Core 42).

S6. Cuando su nuevo bebé viaja en un carro o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja en un asiento de seguridad para bebés?

Siempre
Frecuentemente
A veces
Rara vez
Nunca → **Pase a la Pregunta ##**

**NOTA: Omita S7–S9 si el bebé no viaja en un asiento de seguridad para bebés (S6)
S6 es un requisito para S7, S8, S9, pero S6 se puede usar sola.**

S7. Cuando su nuevo bebé viaja en un asiento de seguridad para bebés, ¿por lo general viaja en el asiento de adelante o de atrás del carro o camioneta?

Asiento de adelante
Asiento de atrás

S8. Cuando su nuevo bebé viaja en un asiento de seguridad para bebés, ¿por lo general viaja viendo hacia la parte de adelante o hacia la parte de atrás del carro o de la camioneta?

Viendo hacia adelante
Viendo hacia atrás

S9. El carro o la camioneta en el que *por lo general* viaja su nuevo bebé, ¿tiene una bolsa de aire en el lado del asiento del pasajero?

No
Sí

**NOTA: Omita S10–S13 si el bebé no está viv, si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 43, Core 44, y/o Core 42).
S10 es un requisito para S11 y S12, pero S10 se puede usar sola.**

S10. ¿Tiene un(os) asiento(s) de seguridad que usted pueda utilizar para su nuevo bebé?

No → **Pase a la Pregunta ##**
Sí

S11. ¿Cómo obtuvo el(los) asiento(s) de seguridad para su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

Compré el asiento *nuevo*
Lo recibí nuevo como un regalo para este bebé
Tenía un asiento de otro de mis hijos
Compré el asiento *usado*
Le pedí prestado el asiento a un familiar o amigo(a)
Pedí prestado o renté el asiento de un programa de préstamos de asientos
El hospital en donde nació mi nuevo bebé me dio el asiento
Un programa de la comunidad me dio el asiento
Otro → Por favor, escríbalo:

S12. ¿Cómo aprendió a instalar y usar el(los) asiento(s) de seguridad para bebés? Marque TODAS las que correspondan

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

S13. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?

No
Sí

S14. La casa o apartamento en donde usted vive actualmente, ¿fue construido después de 1977?

No
Sí → **Pase a la Pregunta ##**
No sé → **Pase a la Pregunta ##**

S15. A continuación aparece una lista de cosas que pudieran haber pasado desde que se mudó a su casa o departamento. Para cada una, marque **No**, si eso no corresponde a su situación o **Sí**, si eso le corresponde.

No Sí

- a. Hice una prueba para detectar plomo en mi vivienda
- b. Hice cambios en mi vivienda para quitar pintura u otros objetos que tuvieran algún contenido de plomo
- c. La vivienda fue remodelada antes de que yo me mudara ahí

**NOTA: Omite S16–S17 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
S16 es un requisito para S17, pero S16 se puede usar sola. No se utiliza S1 con S16 y S17.**

S16. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado (por ejemplo cunas, medicinas, juguetes)?

No → **Pase a la Pregunta ##**

Sí

S17. ¿De dónde recibió la información sobre los productos infantiles que se deben retirar del mercado?
Marque TODAS las que correspondan

- De los fabricantes de los productos
- De un doctor, enfermera u otro trabajador de la salud
- De un periódico, radio, televisión o Internet
- De familiares o amigo(a)s
- Anuncios en las tiendas sobre retiro del mercado
- Otra → Por favor, escríbala: _____

NOTA: Omite T1–T3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o todavía está en el hospital (Core 43, Core 44, y/o Core 42).

T1. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo?

___ Veces

Ninguna → **Pase a la Pregunta ##**

Mi bebé no se ha enfermado → **Pase a la Pregunta ##**

NOTA: T1 es un requisito para T2 y T3, pero T1 se puede usar sola.

T2. ¿A dónde ha llevado usted a su nuevo bebé cuando ha estado enfermo y ha necesitado atención médica? Marque TODAS las que correspondan

- Una clínica de un hospital
- Una clínica del departamento de salud
- Una sala de emergencia de un hospital
- Un consultorio médico privado
- State-specific*
- State-specific*
- Otro → Por favor, escríbalo:

T3. Cuando su bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?

No
Sí

NOTA: Omite T4–T5 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

T4 es un requisito para T5, pero T5 se puede usar sola. Si se utilizan juntos, omita T5 si el bebé todavía está en el hospital (Core 42).

DESPUES DE T4 (si se utiliza con T5) ponga la instrucción, “Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta ##”

T4. ¿Su nuevo bebé tuvo bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)?

No → **Pase a la Pregunta ##**
Sí

T5. ¿Tuvo que volver a internar a su nuevo bebé en el hospital a causa de la bilirrubina/ictericia?

No
Sí

T6. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé a la sala de emergencia de un hospital debido a su salud?
Por favor, incluya las visitas a la sala de emergencia que resultaron en una admisión al hospital

_____ Veces

Ninguna → **Pase a la Pregunta ##**

No sé → **Pase a la Pregunta ##**

NOTA: ANTES de T7, ponga una cuadro de instrucciones que diga: “Si su nuevo bebé nunca ha estado en la sala de emergencia de un hospital debido a su salud, pase a la Pregunta XX”. Omite T7 si el bebé nunca estuvo en la sala de emergencia (T6=0).

T7. ¿Cuántas visitas fueron debido a accidentes, heridas o envenenamientos?

_____ Visitas

Ninguna
No sé

NOTA: AA7 es un requisito para U1 y U2, pero AA7 se puede usar sola. Omite U1-U2 si no se permite fumar dentro de la casa (AA7).

U1. ¿Su esposo o pareja fuma dentro de su casa?

No
Sí

U2. Sin incluirse a usted ni a su esposo o pareja, ¿hay alguna otra persona que fuma cigarrillos dentro de su casa?

No
Sí

V1a & c cambiaron a Core 25a y 25b

V1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió usted alguno de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque **No, si no recibió el servicio o **Sí**, si lo recibió.**

No Sí

- a. Clases sobre la crianza de los hijos
- b. Consejería para la depresión o la ansiedad

NOTA: Omite V2 y V3 si el bebé no está vivo, o no vive con la madre (Core 43 y/o, Core 44).

Unas respuestas anteriores de V2 cambiaron a Core 49.

V2. 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
- b. Consejería para la depresión o la ansiedad

V3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha utilizado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?

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

V4. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿usted o algún miembro de su hogar ha pensado en solicitar ayuda del gobierno porque gana poco dinero?

No
Sí

V5. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿usted o algún miembro de su hogar solicitó pagos del gobierno, como de asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública?

No

Sí → Pase a la Pregunta ##

NOTA: V5 es un requisito para V6, V7, V9, pero V5 se puede usar sola.

V6. ¿Algunas de las siguientes cosas le impidieron a usted solicitar ayuda del gobierno? Marque TODAS las que correspondan

Pensé que no podía recibir ayuda porque en mi hogar se ganaba demasiado dinero

No sabía como solicitarla

Era necesario hacer demasiado papeleo

Pensaba que no podía recibir ayuda porque soy de otro país

Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: Si V6 se usa, ANTES de V7 inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si usted o algún miembro de su hogar no solicitó pagos del gobierno, pase a la Pregunta X”

V7. ¿Alguna de las siguientes cosas le sucedió cuando usted solicitó ayuda del gobierno? Marque TODAS las que correspondan

Recibí asistencia

Me dijeron que ganaba demasiado dinero como para recibir asistencia

Me dijeron que no debía solicitar los beneficios ahora porque podría necesitarlos después

Me dijeron que no podía recibir asistencia porque soy de otro país

NOTA: V9 es un requisito para V10, pero V9 se puede usar sola.

V9. ¿Recibió usted asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública?

No

Sí → Pase a la Pregunta ##

V10. ¿Por qué no recibió asistencia social, welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública? Marque TODAS las que correspondan

- No cumplí con los requisitos debido a lo que ganaba
- Ya había llegado al límite de mi tiempo
- Tenía que cumplir los requisitos de trabajo o de otro tipo
- Tenía que regresar otro día para hacer la solicitud
- Anteriormente había perdido la TANF por otra razón (razones administrativas, sanciones, etc.)
- No soy ciudadana de los Estados Unidos
- Otra → Por favor, escríbala:

V11. Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó cualquiera de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque No, si no necesitó el servicio, o Sí, si lo necesitó.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Estampillas para alimentos, cupones de WIC o dinero para comprar comida | | |
| b. Información sobre orientación para problemas familiares y personales | | |
| c. Ayuda para dejar de fumar | | |
| d. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar | | |
| e. Otro | | |
| Por favor, escríbalo: | | |

V12. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque No, si no recibió el servicio, o Sí, si lo recibió.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Estampillas para alimentos, cupones de WIC o dinero para comprar comida | | |
| b. Información sobre orientación para problemas familiares y personales | | |
| c. Ayuda para dejar de fumar | | |
| d. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar | | |
| e. Otro Por favor, escríbalo: | | |

NOTA: Omita V13, V14, V15 si la madre no tuvo una visitante a domicilio (Core 26).

V13. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar durante su embarazo más reciente?

- Una enfermera
- Una asistente de enfermería
- Una maestra o educador de salud
- Una trabajadora social
- Otra → Por favor, escríbala
- No sé

V14. Durante su embarazo más reciente, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender cómo prepararse para su nuevo bebé?

- Una vez
- De 2 a 4 veces
- 5 veces o más

V15. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque **No**, si no le habló sobre el tema o **Sí**, si le habló sobre el tema.

No Sí

- a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé
- b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé
- c. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia
- d. La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual
- e. El maltrato físico o emocional que algunos esposos o parejas dan a las mujeres
- f. Darle pecho a mi bebé
- g. Mi bienestar emocional

V16. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar *desde que nació su nuevo bebé*?

Una enfermera

Una asistente de enfermería

Una maestra o educador de salud

Una trabajadora social

Otra → Por favor, escríbala

No sé

V17. Desde que nació su nuevo bebé, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender cómo cuidarse de usted y su nuevo bebé?

Una vez

De 2 a 4 veces

5 veces o más

V18. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque **No**, si no le habló sobre el tema o **Sí**, si le habló sobre el tema.

No Sí

- a. Darle pecho a mi bebé
- b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada.
- c. Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos
- d. Depresión posparto
- e. Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres nuevos
- f. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo
- g. Cómo dejar de fumar o evitar fumar
- h. Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi nuevo bebé

W1. 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 religiosa (de mi iglesia o templo)
Otra persona → Por favor, escríbala:
Nadie me hubiera ayudado

W2. 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 | | |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama | | |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte | | |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas | | |

W3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿quién le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema? Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si usted hubiera necesitado 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 religiosa (de mi iglesia o templo)
Otra persona → Por favor, escríbala:
Nadie me ayudaría

NOTA: Omita W4 si el bebé no está vivo, si no vive con la madre, o si el bebé todavía está en el hospital (Core 43 y/o Core 44, Core 42).

W4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿recibiría los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque **No**, si no la hubiera recibido, o **Sí**, si la hubiera recibido.

No Sí

- a. Alguien que me prestara \$50
- b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama
- c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas
- d. Alguien que me cuidara a mi bebé
- e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé

NOTA: Omite X1–X9 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre o si el bebé todavía está en el hospital (Core 43 y/o Core 44, Core 42).

X9 es un requisito para X1-X2, X4, X7, X8

X2 se puede usar sin X1

X1. ¿Fue su nuevo bebé a chequeos de rutina todas las veces que usted quiso?

No

Sí → **Pase a la Pregunta ##**

X2. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que su bebé recibiera chequeos de rutina? Marque TODAS las que correspondan

No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por los chequeos

No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio del doctor

No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos

No pude conseguir una cita

Mi bebé estaba demasiado enfermo para recibir atención de rutina

Otra → Por favor, escríbala:

X3. ¿Le pusieron a su nuevo bebé algunas de las vacunas de rutina antes de que cumpliera 3 meses de edad? No cuente las vacunas que le pusieron en el hospital después de que nació.

No

Sí

Mi niño no ha recibido ninguna vacuna de rutina, pero todavía no cumple 3 meses de edad

NOTA: X9 es un requisito para X4, pero X9 se puede usar sola. Omite X4 si el bebé no ha ido a ningún chequeo de rutina (X9).

X4. ¿Tenía usted seguro médico paga por los chequeos de rutina de su bebé?

No

Sí

X5. ¿Cuándo piensa que sería el mejor momento para obtener información de su doctor o enfermera sobre las vacunas de los bebés? Marque UNA respuesta

Durante las consultas prenatales

En el hospital o centro de maternidad, después de que haya nacido mi bebé

Durante la primera consulta con el doctor de mi bebé

NOTA: Omite X6 si el bebé no tuvo una consulta médica durante la primera semana después de nacer. X10 es un requisito para X6.

X6. ¿La consulta de su nuevo bebé fue en su casa o en un centro de atención médica?

En casa

En un consultorio médico, clínica u otro centro de atención médica

NOTA: X9 es un requisito para X7 & X8, pero X9 se puede usar sola. Omite X7–X8 si el bebé no ha ido a un chequeo de rutina.

X7. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé al doctor o a una enfermera para un chequeo de rutina? (Podría serle útil usar el calendario).

___ Veces

X8. ¿A dónde lleva *generalmente* a su nuevo bebé para los chequeos de rutina? Marque UNA respuesta

Clínica de un hospital

Clínica del departamento de salud

Consultorio médico privado

State-specific

State-specific

Otro → Por favor, escríbalo:

X9. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

No→ **Pase a la Pregunta ##**

Sí

X10. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?

No

Sí

Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

X11. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con que frecuencia se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para él o ella?

Nunca → **Pase a la Pregunta ##**

Rara vez → **Pase a la Pregunta ##**

A veces

Frecuentemente

Siempre

X12. ¿Por qué se sintió frustrada al tratar de conseguir servicios de atención médica para su nuevo bebé?
Marque TODAS las que correspondan

Los servicios que necesitaba no estaban disponibles en mi zona

Habían listas de espera u otros problemas para conseguir citas

Mi seguro médico no cubre los servicios que necesitaba

Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: Ordene de preguntas: Y3, Y2, Y4. Y2 es un requisito para Y4, pero Y2 se puede usar sola.

Y1 cambió a Core 24 con unos cambios.

Y2. Alguna vez, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?

No → **Pase a la Pregunta ##**

Sí

Y3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?

No

Sí

Y4. ¿Hace cuánto tiempo fue usted a un dentista o higienista dental para que le hiciera una limpieza dental?

Dentro de este año (menos de 12 meses)

De 1 a menos de 2 años (12-23 meses)

De 2 a menos de 5 años

5 años o más

NOTA: ANTES DE Y5, incluye “Si usted no tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante el embarazo, pase a la Pregunta ##.”

Y5. Durante su embarazo más reciente, ¿que tipo de problema tenía con sus dientes o encías? Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema durante el embarazo, o **Sí**, si lo tuvo.

No Sí

- a. Tuve una o más caries que necesité rellenar
- b. Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas
- c. Me dolía uno o más dientes
- d. Necesité sacarme un diente
- e. Me lastimé mi boca, dientes o encías
- f. Tuve algún otro problema con mis dientes o encías

Por favor, escríbalo:

Y6. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que fuera al dentista o clínica dental para el problema que tuvo durante su embarazo más reciente? Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista durante su embarazo, o **Sí**, si le impidió.

No Sí

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

Z1. Esta pregunta es sobre cosas que le pudieron haber sucedido durante su embarazo más reciente. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

No Sí

- a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera
- b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja
- c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir
- d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería

Z2. Esta pregunta es sobre cosas que le pudieron haber sucedido desde el nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

No Sí

- a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera
- b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja
- c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir
- d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería

Z3. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

No
Sí

Z4. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

No
Sí

Z5. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

No
Sí

Z6. Durante su embarazo más reciente, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

No
Sí

Z7. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿faltó usted a alguna cita con un doctor porque le preocupaba la reacción de su pareja si usted hubiera asistido a la cita?

No
Sí

Z8. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada? Por ejemplo, ¿le escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

No
Sí

Z9. Durante alguno de los períodos de tiempo que aparecen en la lista a continuación, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, marque **No, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.**

No Sí

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

Z10. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

No
Sí

Z11. *Desde que nació 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

Z12. *Desde que nació su nuevo bebé, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?*

No
Sí

NOTA: Omita AA1-AA3 si la madre no fumó durante los 3 meses anteriores a que quedara embarazada (Core 29).

ANTES de AA1, AA2 y AA3, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta....”

AA1. *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

AA2. **A continuación aparece una lista con algunas cosas acerca de dejar de fumar.** Para cada una, marque **No**, si no hizo eso durante su embarazo más reciente, o **Sí**, si lo hizo.

Durante su embarazo más reciente, usted---

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Fijó una fecha específica para dejar de fumar | | |
| b. Usó folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarlo a dejar de fumar | | |
| c. Llamó a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fue a un sitio en Internet | | |
| d. Asistió a una clase o programa para dejar de fumar | | |
| e. Fue a sesiones de consejería para ayudarlo a dejar de fumar | | |
| f. Utilizó un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, “nasal spray” o un inhalador | | |
| g. Tomó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o Bupropion®) o Chantix® (también se conoce como Varenicline) para dejar de fumar | | |
| h. Trató de dejar de fumar por su cuenta (por ejemplo, total y repentinamente) | | |
| i. Otra | | |

Por favor, escríbala:

NOTA: Omite AA3 si la madre no recibió atención prenatal (Core 17).

ANTES de AA3, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta....”

AA3. 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 le correspondió a usted durante cualquiera de sus consultas prenatales, o **Sí**, si le correspondió.

Durante alguna de sus consultas prenatales, un doctor, enfermera u otro profesional de salud—

No Sí

- a. Dedicó tiempo para hablar con usted sobre cómo dejar de fumar
- b. Le sugirió que fijara una fecha específica para dejar de fumar
- c. Le sugirió que asistiera a una clase o programa para dejar de fumar
- d. Le dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarla a dejar de fumar por sí sola ..
- e. La refirió a consejería para que le ayudaran a dejar de fumar
- f. Le preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría su decisión de dejar de fumar
- g. La refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal
- h. Le recomendó que usara el chicle de nicotina
- i. Le recomendó que usara el parche de nicotina
- j. Le recetó “nasal spray” o un inhalador de nicotina
- k. Le recetó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o Bupropion®) o Chantix® (también se conoce como Varenicline) para dejar de fumar

AA4. Durante su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, estaba usted en el mismo cuarto o automóvil con una persona que estaba fumando?

___ Horas

Una hora al día o menos

Nunca estuve en el mismo cuarto o automóvil con una persona que estaba fumando

AA5. ¿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

NOTA: Omite AA6 si la madre no fumó durante los últimos 3 meses del embarazo (Core 29).

ANTES de AA6, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”

AA6. ¿Dejó usted de fumar durante el tiempo antes o durante su embarazo *más reciente*?

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

AA7. ¿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

AA8. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse a usted, vivían en su casa durante su embarazo *más reciente*?

___ Número de fumadores

AA9. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse a usted, viven en su casa *ahora*?

___ Número de fumadores

NOTA: Omita AA10 si la madre fumó durante los últimos 3 meses del embarazo (Core 29).

ANTES de AA10, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”

AA10. A continuación aparece una lista de razones por las que a las personas se les hace difícil dejar de fumar. Para cada una, marque **No, si no es una razón para usted, o **Sí**, si es una razón para usted.**

No Sí

a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar

b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar

c. Miedo de aumentar de peso

d. Pérdida de la manera en que controla el estrés

e. Otras personas fumando alrededor de mí

f. Antojo de cigarrillo

g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar

h. Depresión que se empeora

i. Ansiedad que se empeora

j. Otra razón

Por favor, escríbala:

AA11. ¿Cuántas horas al día, en promedio, está su nuevo bebé en el mismo cuarto o automóvil con una persona que está fumando?

___ Horas

Una hora al día o menos

Mi bebé nunca está en el mismo cuarto o automóvil con una persona que está fumando

BB1. 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

BB2. Cuando recuerda su niñez, ¿diría que su familia estaba bien económicamente, tenía un ingreso común o eran pobres?

Económicamente bien

Ingreso común

Pobres

Variaba la situación económica

No sé

BB3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada sobre tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

CC1. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más? Por ejemplo, caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar o hacer jardinería.

Menos de 1 día a la semana

1 a 2 días a la semana

3 a 4 días a la semana

5 ó más días a la semana

Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijo que no hiciera ejercicio

NOTA: Si el estado no escoge CC1 junto con CC2, hay que incluir la lista de ejemplos en la pregunta CC2.

CC2. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?

Menos de 1 día a la semana

1 a 2 días a la semana

3 a 4 días a la semana

5 ó más días a la semana

Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijo que no hiciera ejercicio

NOTA: Omita DD1–DD3 si la madre estaba recibiendo beneficios de Medicaid antes de quedar embarazada (Core2).

DD1 es un requisito para DD2 y DD3, pero DD1 se puede usar sola.

ANTES de AA10, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted estaba recibiendo beneficios de Medicaid antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”

DD1. ¿Trató de obtener beneficios de Medicaid durante su embarazo más reciente?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

DD2. ¿Tuvo algún problema para obtener Medicaid durante su embarazo más reciente?

No

Sí

DD3. Durante su embarazo más reciente, ¿cuándo comenzó a recibir beneficios de Medicaid?

Durante los primeros 3 meses de mi embarazo

Durante los segundos 3 meses de mi embarazo

Durante los últimos 3 meses de mi embarazo

No obtuve Medicaid durante mi embarazo

NOTA: Omita DD4–DD6 si la madre no tenía seguro médico antes del embarazo (Core 8).

ANTES de DD4–DD6, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta...”

DD4. ¿Usted u otra persona realizaron pagos regulares al seguro médico que tenía antes de quedar embarazada, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?

No

Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

DD5. Cuando usaba su seguro médico para las visitas al consultorio antes de quedar embarazada, ¿tenía que hacer copagos?

No

Sí

DD6. ¿El costo del seguro médico causó problemas económicos para usted o su familia *antes* de su embarazo?

No
Sí

NOTA: Omita DD7 si la madre tenía seguro médico antes del embarazo (Core 8).
ANTES de DD7, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted tenía seguro médico durante el mes *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta....”

DD7. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el mes *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico era demasiado caro
No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía
Solicité el seguro médico, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica preexistente
Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico
Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar
No sabía cómo obtener seguro médico
State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)
Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: Omita DD8–DD10 si la madre no tenía seguro médico para el cuidado prenatal (Core 18).
ANTES de DD8–DD10, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico para pagar su *cuidado prenatal*, pase a la Pregunta....”

DD8. ¿Usted u otra persona realizaron pagos regulares al seguro médico que tenía para pagar su *cuidado prenatal*, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?

No
Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

DD9. Cuando usaba su seguro médico para las visitas al consultorio para su *cuidado prenatal*, ¿tenía que hacer copagos?

No
Sí

DD10. ¿El costo del seguro médico para su *cuidado prenatal* causó problemas económicos para usted o su familia?

No
Sí

NOTA: Omita DD11 si la madre tenía seguro médico para su cuidado prenatal (Core 18).

ANTES de DD11, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted tenía seguro médico para pagar su *cuidado prenatal*, pase a la Pregunta...”

DD11. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico para pagar su *cuidado prenatal*? Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico era demasiado caro

No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Solicité el seguro médico, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica preexistente

Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico

Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar

No sabía cómo obtener seguro médico

State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)

Otra → Por favor, escríbala:

DD12. ¿Qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *parto*? 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 (required: state Medicaid name)

State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés o health reform)

State option (Otro tipo de plan o programa del gobierno además de los programas arriba, por ejemplo MCH program, indigent care, family planning program)

State option (TRICARE u otro seguro médico militar)

State option (IHS o tribal)

Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

No tenía ningún seguro médico para pagar por *mi parto*

NOTA: Omita DD13-DD15 si la madre no tenía seguro médico para el parto (DD12).

ANTES de DD13 - DD15, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tenía seguro médico para pagar su *parto*, pase a la Pregunta...”

DD13. ¿Usted u otra persona realizaron pagos regulares al seguro médico que tenía para su *parto*, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?

No

Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

DD14. Cuando usaba su seguro médico para las visitas al consultorio para su *parto*, ¿tenía que hacer copagos?

No
Sí

DD15. ¿El costo del seguro médico para su *parto* causó problemas económicos para usted o su familia?

No
Sí

NOTA: Omite DD16 si la madre tenía seguro médico para su parto (DD12).

ANTES de DD16, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted tenía seguro médico para pagar su *parto*, pase a la Pregunta....”

DD16. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico para pagar su *parto*? Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico era demasiado caro

No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Solicité el seguro médico, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica preexistente

Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico

Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar

No sabía cómo obtener seguro médico

State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)

Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: Omite DD17–DD19 si la madre no tiene seguro médico ahora (Core 56).

ANTES de DD17 - DD19, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tiene seguro médico *ahora*, pase a la Pregunta....”

DD17. ¿Usted u otra persona realiza pagos regulares al seguro médico que tiene usted *ahora*, incluido descuentos mensuales en su salario o en el salario de su esposo, su pareja o sus padres?

No
Sí → Aproximadamente ¿cuánto por mes?

DD18. Cuando usa su seguro médico para las visitas al consultorio *ahora*, ¿tiene que hacer copagos?

No
Sí

DD19. ¿El costo del seguro médico le causa problemas económicos para usted o su familia *ahora*?

No
Sí

NOTA: Omite DD20 si la madre tiene seguro médico ahora (DD12).

ANTES de DD20, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted tiene seguro médico *ahora*, pase a la Pregunta...”

DD20. ¿Cuál es la razón por la que no tiene seguro médico *ahora*? Marque TODAS las que correspondan

El seguro médico es demasiado caro

No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja

Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía

Solicité el seguro médico, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica preexistente

Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico

Mi ingreso es demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar

No sé cómo obtener seguro médico

State-specific (No tengo la ciudadanía estadounidense o no tengo los documentos de residencia adecuados)

Otra → Por favor, escríbala:

DD21. En los últimos 12 meses, ¿el costo del seguro médico le ha causado problemas económicos para usted o su familia?

No

Sí

No he tenido seguro médico

NOTA: EE1 es un requisito para EE2, pero EE1 se puede usar sola.

EE1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía una infección de las vías urinarias, una enfermedad de transmisión sexual o una infección vaginal, incluyendo vaginosis bacteriana o estreptococo grupo B (beta estrep)?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

EE2. ¿Qué infección o enfermedad le dijeron que tenía? Marque TODAS las que correspondan

Verrugas genitales (VPH)

Herpes

Clamidia

Gonorrea

Enfermedad inflamatoria pélvica

Sífilis

Estreptococos grupo B (beta estrep)

Vaginosis bacteriana

Tricomoniasis

Infección vaginal causada por hongos

Infección de las vías urinarias

Otra → Por favor, escríbala:

NOTA: FF1 es un requisito para FF2 y FF3, pero FF1 se puede usar sola.

DESPUÉS de FF1, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si tuvo más de un aborto espontáneo, muerte fetal o bebé que nació muerto en los 12 meses antes de su embarazo más reciente, conteste las próximas dos preguntas para el más reciente”.

FF1. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

FF2. ¿Cuánto duró ese embarazo?

Menos de 20 semanas (menos de 4 meses)

De 20 a 28 semanas (de 4 a 6 meses)

Más de 28 semanas (más de 6 meses)

FF3. ¿Hace cuándo terminó ese embarazo?

Menos de 6 meses antes de quedar embarazada de mi nuevo bebé

De 6 a 12 meses antes de quedar embarazada de mi nuevo bebé

NOTA: Omita FF4 si la madre no ha tenido ningún otro bebé que nació vivo (Core 8).

FF4. ¿Cuál es la diferencia de edad entre su nuevo bebé y el hijo a quien usted dio a luz justo antes de tener a su nuevo bebé?

De 0 a 12 meses

De 13 a 18 meses

De 19 a 24 meses

Más de 2 años pero menos de 3 años

De 3 a 5 años

Más de 5 años

GG1. ¿Alguien en su familia tiene anemia falciforme (la enfermedad de la célula falciforme)?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

No sé → Pase a la Pregunta ##

NOTA: Omita GG2 si nadie en la familia tiene anemia falciforme (GG1).

GG2. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió orientación o información sobre la anemia falciforme (enfermedad de la célula falciforme)?

No
Sí

HH1. ¿Alguno de sus familiares directos o de sangre (madre, padre, hermanas o hermanos) ha tenido alguna de las condiciones que aparecen en la lista a continuación? Para cada condición, marque **No, si nadie en su familia ha tenido esa condición, **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **No sé**, si usted no sabe al respecto.**

	No	Sí	No sé
a. Diabetes			
b. Problemas del corazón			
c. Presión sanguínea alta (hipertensión)			
d. Depresión			
e. Depresión posparto			
f. Ansiedad			

HH2a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *diabetes*?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

HH2b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que ellos tenían *diabetes*?

A mi padre
A la madre de mi padre
Al padre de mi padre
A mi madre
A la madre de mi madre
Al padre de mi madre
A mi hermano o hermana o hermanos
Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): _____

HH3a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *problemas cardíacos*?

No → Pase a la Pregunta ##
Sí

HH3b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que ellos tenían *problemas cardíacos* ?

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): _____

HH4a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *presión alta (hipertensión)*?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

HH4b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que ellos tenían *presión alta (hipertensión)*?

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): _____

HH5a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *depresión*?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

HH5b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que ellos tenían *depresión*?

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): _____

HH6a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelas, madre, o hermanas) que ellas tenían *depresión posparto*?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

HH6b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que ellas tenían *depresión posparto*?

A la madre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

A mi(s) hermana(s)

Otra → Por favor, escríbala (tías, primas, hijas, etc.): _____

HH7a. ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le informó a alguno de sus familiares directos o de sangre (abuelos, madre, padre, hermanas o hermanos) que ellos tenían *ansiedad*?

No → Pase a la Pregunta ##

Sí

HH7b. ¿A quién o quiénes les informó un doctor, enfermera u otro profesional de salud que ellos tenían *ansiedad*?

A mi padre

A la madre de mi padre

Al padre de mi padre

A mi madre

A la madre de mi madre

Al padre de mi madre

A mi hermano o hermana o hermanos

Otro → Por favor, escríbalo (tíos, tías, primos, hijos, etc.): _____

HH8. ¿Tuvo su madre o alguna hermana directa o de sangre cualquiera de los siguientes problemas *durante algún embarazo*? Para cada uno, marque **No**, si ninguna de ellas tuvo ese problema durante un embarazo, **Sí**, si alguna de ellas tuvo ese problema durante un embarazo, o **No sé**, si no sabe al respecto.

No Sí No sé

- a. Un bebé que nació más de 3 semanas antes de la fecha esperada para su nacimiento
- b. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante el embarazo)
- c. Presión sanguínea alta durante el embarazo

III cambió a Core 39 con unos cambios.

NOTA: Omita JJ1 si la madre no tomaba durante los 3 meses antes del embarazo (Core 34).

JJ1. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

6 veces o más

De 4 a 5 veces

De 2 a 3 veces

1 vez

No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

NOTA: Omita JJ2 si la madre no tomaba durante los últimos 3 meses de su embarazo (Core 35).

JJ2. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

6 veces o más

De 4 a 5 veces

De 2 a 3 veces

1 vez

No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

KK1. En actualidad, ¿tiene usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre? Por ejemplo, usted y su familia han hablado de como estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

No

Sí

KK2. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre? Por ejemplo, usted y su familia han hablado de como estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

No

Sí

KK3. ¿Qué tan frecuentemente se preocupa usted de la posibilidad de que un desastre le ocurra a usted o a su familia?

Siempre

A veces

Nunca