

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

Preguntas Estándares de la Fase 6

12/31/08

**NOTA: Omita las preguntas A1-A5 si la madre no estaba tratando de quedar embarazada (Core 12).
A1 es un requisito para usar A2, A4, 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 opciones que apliquen.

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:

[BOX]

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: Omíta B1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
Omíta 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 opciones que apliquen

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho
 - 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
 - Me daba vergüenza dar pecho
 - Regresé al trabajo o a la escuela
 - Quería mi cuerpo para mí misma
 - Otra = Por favor escríbala:
- [BOX]**

**NOTA: Omíta B2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
Omíta 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 opciones que apliquen

- 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
 - Tenía demasiadas tareas domésticas
 - Consideré que era el momento oportuno de dejar de dar pecho
 - Me enfermé y no podía dar pecho
 - 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:
- [BOX]**

**NOTA: Omíta B3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
Omíta B3 si el bebé no nació en un hospital (Core 37).**

Omita B3 si la madre no dio pecho (Core 45)

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

B3. Esta pregunta trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque con un círculo **Sí, si sucedió eso, o **No**, si no sucedió.**

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre cómo dar pecho | No | Sí |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | No | Sí |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | No | Sí |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida | No | Sí |
| e. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | No | Sí |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna..... | No | Sí |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera..... | No | Sí |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche..... | No | Sí |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | No | Sí |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | No | Sí |
| k. Mi bebé usó un chupón en el hospital | No | Sí |

B4. Durante su *más reciente* embarazo, ¿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: Omita 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 opciones que apliquen

- 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:
- [BOX]**

| |
|--|
| NOTA: Omita B7-B8 si la madre no recibía beneficios de WIC durante su embarazo (Core 22). |
|--|

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

- No
- Sí

B8. Durante su *más reciente* embarazo, 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 opciones que apliquen.

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

| |
|--|
| NOTA: Omita C1–C3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core). |
|--|

| |
|--|
| 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 fuera del hogar?

- No, yo no trabajo ni asisto a la escuela ≡ **Pase a la Pregunta ##**
- No, yo estoy tomando un descanso de maternidad, pero planeo regresar a trabajar ≡ **Pase a la Pregunta ##**
- Sí

C2. ¿Cuál de las siguientes personas cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted va al trabajo o a la escuela? 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

Mi bebé está conmigo cuando voy al trabajo o a la escuela

Otra = Por favor, escríbala:

[BOX]

C3. Cuando deja a su nuevo bebé para ir a trabajar o a la escuela, ¿con qué frecuencia siente que están cuidando bien de él o ella? Marque una respuesta.

Siempre

Frecuentemente

A veces

Rara vez

Nunca

**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

**NOTA: Omita E1 si la madre no está usando un anticonceptivo ahora (Core 51).
ANTES de E1, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted o su esposo o pareja no está
haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta....”**

E1. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?
Marque todas las opciones que apliquen.

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- La píldora anticonceptiva
- Condomes
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera[®])
- Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
- Parche anticonceptivo (Orthoevra[®])
- Diafragma, capuchón o esponja cervical
- Anillo vaginal (Nuvaring[®])
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®])
- Método del ritmo o planificación familiar natural
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)
- Otro ≡ Por favor, escríbalo:

[BOX]

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 de su nuevo bebé, ¿qué método estaba usando usted o su esposo o pareja para evitar un embarazo? Marque todas las opciones que apliquen

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- La píldora anticonceptiva
- Condomes
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo (Implanon®)
- Parche anticonceptivo (Orthoevra®)
- Diafragma, capuchón o esponja cervical
- Anillo vaginal (Nuvaring®)
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®)
- Método del ritmo o planificación familiar natural
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)
- Otro ≡ por favor escríbalo:

[BOX]

E4. Antes de que quedara 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 tres 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 (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 con un círculo **Cierto** si es lo normal para su bebé, o **Falso** si no es lo normal para su bebé.

Cierto Falso

- a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil Cierto Falso
- b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro Cierto ... Falso

- c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas Cierto Falso
- d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... Cierto Falso
- e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores o cobijas peluches Cierto Falso
- f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche Cierto Falso
- g. Mi nuevo bebé duerme con otra persona Cierto Falso

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 opciones que apliquen.

- 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:

[BOX]

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

- 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 opciones que apliquen.

- 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 más reciente embarazo, ¿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 más reciente embarazo, ¿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 más reciente embarazo, ¿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: Omita G8 si la madre no tomó vitaminas una vez o más de la semana (Core 3). ANTES de G8, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no tomaba ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico durante el mes antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”

G8. ¿Cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico en el mes antes de embarazarse de su nuevo bebé? Marque todas las opciones que apliquen.

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: Omíta H1–H2 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
H1 es un requisito para H2, pero H1 se puede usar sola.**

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

No ≡ **Pase a la Pregunta ##**

Sí

H2. ¿Qué tipo de cobertura de los seguros médicos tiene su nuevo bebé? Marque todas las opciones que apliquen.

Seguro médico por parte de un trabajo (su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres)

Seguro médico que usted o alguien más paga (no por parte de un trabajo)

Medicaid

TRICARE u otro seguro médico militar

State option (IHS, etc.)

State option (Programa de Seguro Médico Infantil [CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés])

Otro recurso(s) → Por favor, escríbalo:

No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

**NOTA: Omíta 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 opciones que apliquen.

No sabía que existía el programa

Ya tenía seguro

No creí que mi bebé cumpliera con los requisitos

Otra ≡ Por favor, escríbala:

[BOX]

**NOTA: Omíta I2 si la madre indicó en I6 que se había hecho la prueba antes de este embarazo.
Omíta I2–I3 si la madre indicó en Core 21 que le habían hecho la prueba durante el embarazo o el parto. NO omíta 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 que quedara embarazada

De 6 meses a 1 año antes de que quedara embarazada

Más de 1 año antes de que quedara embarazada

NOTA:

Omita I4–I6 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 en Core 21 “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 *más reciente* embarazo 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 opciones que apliquen.

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:

[BOX]

NOTA: Omita I7 si la madre indicó en Core 21 que le habían hecho la prueba durante el embarazo o el parto.

Omita I7 si la madre indicó en Core 21 “no sé” si me hicieron la prueba durante el embarazo o el parto.

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: Omita J1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
 ANTES de J1, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta...”**

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 con un círculo **SÍ, si alguien le habló sobre el tema, o **No** si nadie le habló sobre el tema.**

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Ayuda o información sobre dar pecho..... | No | Sí |
| b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada. | No | Sí |
| c. Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar después del parto..... | No | Sí |
| d. Depresión posparto..... | No | Sí |
| e. Grupos de apoyo para nuevos padres | No | Sí |
| f. Recursos en mi comunidad tales como programas de visita de una enfermera, líneas telefónicas de ayuda, orientación, etc. | No | Sí |
| g. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo..... | No | Sí |

NOTA: Omita 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

K8 reemplaza K2

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

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

NOTA: Omita 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 37).

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

**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 *antes* de comenzar mi parto

Yo pedí la cesárea durante mi parto

K7. ¿Cuál fue la razón por la que su *nuevo* bebé nació por cesárea? Marque todas las opciones que apliquen

Había tenido anteriormente un parto por cesárea
Mi bebé estaba en una posición mala
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
Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
El parto estaba tomando demasiado tiempo
El monitor fetal demostró que había problemas con mi bebé durante el parto
Deseaba programar el parto
No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
Otra(s) razón(es): Por favor escríbala
[BOX]

K8. ¿Planificó o programó un parto por cesárea por lo menos una semana antes de que naciera su *nuevo* bebé?

No
Sí

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 opciones que apliquen.

Se rompió mi fuente y había peligro 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 un problema de salud y necesitaba dar a luz
Deseaba programar mi parto
Deseaba que me atendiera cierto proveedor en particular
Otra → Por favor, escríbala
[BOX]

| |
|--|
| NOTA: Omita K11-K12 si la madre no tuvo al bebé en el hospital (Core 37). |
|--|

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

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 *más reciente* embarazo, ¿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 que quedara embarazada
Comencé a tomar la medicina más de un año antes de que quedara embarazada

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

Ninguna
1
2
3 ó más

L8. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? (Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 6 semanas después de dar a luz.)

No ≡ Pase a la Pregunta ##
Sí

NOTA: L8 es un requisito para L9, pero L8 se puede usar sola.

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. Diría usted que, en general, su salud es—

Excelente
Muy buena
Buena
Regular
Mala

L11. Durante los 3 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguno de los siguientes problemas de salud? Para cada problema, marque con un círculo **Sí**, si tuvo ese problema, o **No**, si no lo tuvo.

| | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Asma..... | No | Sí |
| b. Presión sanguínea alta (hipertensión) | No | Sí |
| c. Anemia (falta de hierro) | No | Sí |
| d. Problemas cardíacos | No | Sí |
| e. Epilepsia (convulsiones)..... | No | Sí |
| f. Problemas de la glándula tiroides..... | No | Sí |
| g. Depresión..... | No | Sí |
| h. Ansiedad..... | No | Sí |

L12. En cualquier momento durante su *más reciente* embarazo, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna contra la influenza (flu o gripe) o le dijo que se la pusiera?

No
Sí

L13. ¿Se puso la vacuna contra la influenza (flu o gripe) durante su *más reciente* embarazo?

No
Sí ≡ **Pase a la Pregunta ##**

NOTA: L13 es un requisito para L14, pero L13 se puede usar sola.

L14. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza (flu o gripe) durante su *más reciente* embarazo? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si fue una razón para usted, o **No**, si no fue una razón o si no le corresponde.

| | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza (flu) durante mi embarazo | No | Sí |
| b. Me preocupaban los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza (flu) tendrían en mí..... | No | Sí |
| c. Me preocupaba que la vacuna contra la influenza (flu) pudiera hacerle daño al bebé | No | Sí |
| d. No estaba embarazada durante la temporada de la influenza (noviembre-febrero)..... | No | Sí |
| e. Estaba en mi primer trimestre durante la temporada de la influenza (noviembre-febrero) | No | Sí |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza (flu)..... | No | Sí |
| g. OtraNo..... | Sí | |

Por favor escríbala:
[BOX]

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

- No
- Sí

NOTA: Omita L16 si la madre no ha ido a un chequeo posparto (L8).

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

- No
- Sí

NOTA: Omita L18 si nadie habló con la mamá acerca de cómo prepararse por un embarazo saludable (L17). L17 es un requisito para L18, pero L17 se puede usar sola.

L17. Antes de quedar embarazada de su *nuevo* bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo y bebé saludable?

- No
- Sí

L18. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los siguientes 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 con un círculo Sí, si alguien habló con usted acerca de eso, o No si nadie le habló de eso.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Tomar una vitamina con ácido fólico antes del embarazo..... | No | Sí |
| b. Tener peso saludable antes del embarazo..... | No | Sí |
| c. Poner al día mis vacunas antes del embarazo..... | No | Sí |
| d. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo..... | No | Sí |
| e. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia... | No | Sí |
| f. Controlar cualquier enfermedad tal como la diabetes o la presión alta..... | No | Sí |
| g. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad..... | No | Sí |
| h. Saber si hay riesgos de tomar medicinas con receta o sin receta durante el embarazo..... | No | Sí |
| i. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé..... | No | Sí |
| j. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé..... | No | Sí |
| k. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé.... | No | Sí |

Core 53 toma el lugar de M1a &M1b

M2. En algún momento durante su *más reciente* embarazo 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 *más reciente* embarazo, ¿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 *más reciente* embarazo, ¿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 *más reciente* embarazo? 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 *más reciente* embarazo, ¿tomo un medicamento recetado para su depresión?

No

Sí

M9. En algún momento durante su *más reciente* embarazo, ¿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. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

- a. Sentí pánico. 1 2 3 4 5
- b. Me sentí inquieta o intranquila. 1 2 3 4 5

M13. En algún momento durante su *más reciente* embarazo, ¿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 *más reciente* embarazo, ¿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 más reciente embarazo, ¿tomo un medicamento recetado para su ansiedad?*

No

Sí

M18. *En algún momento durante su más reciente embarazo, ¿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

N1. En cualquier momento durante su *más reciente* embarazo, ¿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?

[BOX] Semanas O [BOX] 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 con un círculo **Sí**, si le hubiera ayudado a usted, o **No**, si no le hubiera ayudado o si no le corresponde.

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

Por favor, escríbalo:

[BOX]

N5. Durante su *más reciente* embarazo, ¿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, Gestiva® o 17P (17 alfa-hidroxiprogestero)?

- No
- Sí
- No sé

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

- No
- Sí

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

| | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. La refirió un especialista en nutrición | No | Sí |
| b. Le habló sobre la importancia de hacer ejercicio | No | Sí |
| c. Le habló sobre cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo..... | No | Sí |
| d. Le recomendó que le diera pecho a su nuevo bebé..... | No | Sí |
| e. Le habló sobre su riesgo de la diabetes tipo 2..... | No | Sí |

NOTA: Omita 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 problema(s) que aparece en la lista anterior?

- No

Sí

N8b. ¿Fue usted al hospital o sala de emergencia debido a cualquiera de los problema(s) 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

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?

[BOX] [BOX] [BOX]
Mes Día Año

O3. ¿Qué tipo de problema médico hizo que usted fuera al hospital? Marque todas las opciones que apliquen.

Sangrado vaginal

Fiebre o infección

Otro ≡ Por favor, escríbalo:

[BOX]

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

05. 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 ##**

06. ¿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:

[BOX]

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

Marque todas las opciones que apliquen

Mi esposo o pareja

Niños menores a 12 meses de edad → ¿Cuántos niños? [BOX]

Niños de 1 a 5 años de edad → ¿Cuántos niños? [BOX]

Niños de 6 años de edad o más → ¿Cuántos niños? [BOX]

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

Otro ≡ Por favor, escríbala

[BOX]

Vivía sola

P4. ¿Quién *actualmente* vive con usted en la misma casa? Marque todas las opciones que apliquen.

Mi esposo o pareja

Niños menores a 12 meses de edad → ¿Cuántos niños? [BOX]

Niños de 1 a 5 años de edad → ¿Cuántos niños? [BOX]

Niños de 6 años de edad o más → ¿Cuántos niños? [BOX]

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:

[BOX]

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?

[BOX] Años de edad

No sé

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

[BOX] Años de edad

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

[BOX] 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 opciones que apliquen.

- Sala
- Comedor separado
- Cocina
- Baño(s)
- Cuarto de juegos, cuarto de estar, cuarto de familia
- Sótano habitable
- Dormitorios ≡ ¿Cuántos? **[BOX]**

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

[BOX] Adultos (personas de 18 años o mayores)

[BOX] 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 con un círculo **Sí, si tiene este servicio, o **No**, si no 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) | No | Sí |
| b. Electricidad..... | No | Sí |
| c. Un teléfono con el que puede hacer y recibir llamadas (incluyendo teléfonos celulares) | No | Sí |

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 con un círculo **Sí**, si lo hizo, o **No**, si no lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Falté a una cita con mi doctor o a otras citas | No | Sí |
| b. Limité ir al supermercado o hacer otras compras | No | Sí |
| c. Me quedé con otros familiares o amigos | No | Sí |

P17. Durante los 12 meses antes de que naciera 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 opciones que apliquen.

- Dinero de familiares o amigos
- Dinero de un negocio, inversiones o dinero por propiedades que tiene alquiladas
- Un sueldo o salario de un trabajo (de usted o el de su esposo o pareja)
- 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:
- [BOX]**

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

NOTA: Omita Q4 si la madre quería quedar embarazada antes, en ese momento o no quería quedar embarazada nunca (Core11).
ANTES de Q4, inserte recuadro de instrucciones que diga: “Si usted quería quedar embarazada después, conteste la Pregunta ##, si no pase a la Pregunta ##.”

Q4. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a menos de 4 años
- 4 años o más

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

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

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 12).

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. (Anteriormente A3). ¿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 16).

R1. Nos gustaría saber cómo usted se sintió sobre el cuidado prenatal que recibió durante su *más reciente embarazo* 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 con un círculo **Sí**, si estuvo satisfecha, o **No**, si no lo estuvo.

¿Estuvo satisfecha con—

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

R2. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cuantos kilos o libras debería aumentar durante su embarazo?

- No
- Sí

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? | No | Sí |
| b. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente? | No | Sí |
| c. Si estaba usando drogas ilegales (marihuana o hachís, cocaína, crack, etc.)? | No | Sí |
| d. Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)? | No | Sí |
| e. Si estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé? | No | Sí |

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 *más reciente* embarazo, ¿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 con un círculo **SÍ**, si alguien le habló sobre esto, o **No**, si nadie le habló sobre esto.*

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

R11. *En cualquier momento durante su **más reciente** embarazo, ¿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 una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico durante su embarazo?*

No
Sí

R13. *En cualquier momento durante su **más reciente** embarazo, ¿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 o clínica de una HMO
- State-specific
- State-specific
- Otro = Por favor, escríbalo:
- [BOX]

R16. Durante su *más reciente* embarazo, ¿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 con un círculo **Sí**, si alguien le habló del tema, o **No**, si nadie le habló del tema.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Alimentación saludable durante el embarazo..... | No | Sí |
| b. Cuánto peso se debe aumentar durante el embarazo..... | No | Sí |
| c. Ejercicio durante el embarazo..... | No | Sí |
| d. Programas o recursos para ayudarme a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo..... | No | Sí |
| e. Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo... No..... | No | Sí |

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

R17. ¿Cuánto peso le dijo el doctor, enfermera u otro profesional de salud que debía aumentar durante su *más reciente* embarazo? 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 _____ 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

NOTA: Omite S1 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

S1. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad. Para cada declaración, marque con un círculo **Sí**, si corresponde a su situación, o **No**, si no le corresponde.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Cuando salí del hospital, llevé a mi bebé a la casa en un asiento de seguridad..... | No | Sí |

- b. Siempre, o casi siempre, pongo a mi bebé en un asiento de seguridad cuando viajo en carro No Sí
- c. En mi casa hay un detector de humo que funciona..... No Sí
- d. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego *cargadas* No Sí

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 (Core 43 y/o Core 44).

S3. A continuación aparece una lista de declaraciones sobre los asientos de seguridad de carro. Para cada una, marque con un círculo **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..... Cierto Falso
- b. Los asientos de seguridad no deben colocarse frente a la bolsa de aire..... Cierto Falso

S4. Durante los últimos 3 meses de su más reciente embarazo, ¿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 (Core 43 y/o Core 44).

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: Omite 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: Omite S10–S13 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44). 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 opciones que apliquen.

- 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:

[BOX]

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

Leí 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:

[BOX]

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
- No sé

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 con un círculo **Sí**, si eso corresponde a su situación, o **No**, si eso no le corresponde.

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| | No | Sí |
| a. Hice una prueba para detectar plomo en mi vivienda..... | No | Sí |
| b. Hice cambios en mi vivienda para quitar pintura u otros objetos que tuvieran algún contenido de plomo | No | |
| | Sí | |
| c. La vivienda fue remodelada antes de que yo me mudara ahí | No | Sí |

NOTA: Omita T1-T3 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).

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

[BOX] 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 opciones que apliquen.

Una clínica de 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:

[BOX]

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: Omita 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.**

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

NOTA: Omita U1-U2 si no se permite fumar dentro de la casa (Core 29).

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

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

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Clases sobre el parto..... | No | Sí |
| b. Clases sobre la crianza de los hijos | No | Sí |
| c. Visitas a su casa de una enfermera u otro profesional de salud..... | No | Sí |
| d. Consejería para la depresión o la ansiedad..... | No | Sí |

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

V2. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes? Marque con un círculo **Sí, si usted usó el servicio, o **No**, si no lo usó.**

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos | No | Sí |
| b. Visitas a su casa de una enfermera u otro profesional de salud..... | No | Sí |
| c. Consejería para la depresión o la ansiedad..... | No | Sí |

V3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha utilizado los servicios del programa WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) 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 opciones que apliquen.

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:

[BOX]

V7. ¿Alguna de las siguientes cosas le sucedió cuando usted solicitó ayuda del gobierno? Marque todas las opciones que apliquen.

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

V8 fue borrado porque es igual a la Pregunta V5.

| |
|---|
| 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 opciones que apliquen.

- 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:

[BOX]

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

¿Necesitó—

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

Por favor, escríbalo:

[BOX]

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

¿Recibió—

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

Por favor, escríbalo:

[BOX]

W1. Durante su *más reciente* embarazo, ¿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 opciones que apliquen.

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad de mi iglesia o templo
- Otra persona ≡ Por favor, escríbala:
- [BOX]**

Nadie me hubiera ayudado

W2. Durante su *más reciente* embarazo, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque con un círculo **Sí**, si la hubiera recibido, o **No**, si no.

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

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 opciones que apliquen.

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad de mi iglesia o templo
- Otra persona ≡ Por favor, escríbala:
- [BOX]**

Nadie me ayudaría

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

W4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿recibiría los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque con un círculo **Sí**, si alguien le hubiera ayudado y **No**, si no.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Alguien que me prestara \$50 | No | Sí |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama | No | Sí |
| c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas | No | Sí |
| d. Alguien que me cuidara a mi bebé | No | Sí |
| e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé | No | Sí |

**NOTA: Omita X1–X9 si el bebé no está vivo o si no vive con la madre (Core 43 y/o Core 44).
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

X2. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que su bebé recibiera chequeos de rutina? Marque todas las opciones que apliquen.

- 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
- 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:

[BOX]

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: Omita X4 si el bebé no ha ido a ningún chequeo de rutina.

X4. ¿Qué tipo de cobertura de seguros médicos paga por los chequeos de rutina? Marque todas las opciones que apliquen.

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más paga (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar

State option (IHS, etc.)

State option (Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés))

Otro recurso(s) → Por favor, escríbalo:

No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

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 nuevo bebé

Durante la primera consulta con el doctor de mi nuevo bebé

NOTA: Omita X6 si el bebé no tuvo una consulta médica durante la primera semana después de haber salido del hospital.

X6. ¿La consulta de su nuevo bebé fue en su casa o en un centro de atención médica? Marque todas las opciones que apliquen.

En casa

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

NOTA: Omita 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).

[BOX] Veces

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

Clínica de un hospital

Clínica del departamento de salud

Consultorio médico privado o clínica de una HMO

State-specific

State-specific

Otro ≡ Por favor, escríbalo:

[BOX]

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

Sí

Y1. Esta pregunta trata sobre el cuidado dental durante su *más reciente* embarazo. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si es cierta, o **No**, si no lo es.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Necesité ir al dentista por un problema | No | Sí |
| b. Fui a un dentista o clínica dental | No | Sí |
| c. Un profesional de atención dental o médica de otro tipo me habló acerca de cómo cuidarme los dientes y las encías | No | Sí |

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

No ≡ **Pase a la Pregunta ##**
 Sí

Y3. ¿Un dentista o higienista dental le hizo una limpieza dental a usted durante alguno de los periodos de tiempo que aparecen en la lista a continuación? Para cada de los períodos de tiempo, marque con un círculo **Sí**, si le hicieron una limpieza dental en ese tiempo, o **No**, si no le hicieron una limpieza dental en ese tiempo.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. Durante mi más reciente embarazo | No | Sí |
| b. Después de mi más reciente embarazo | No | Sí |

NOTA: Y2 es un requisito para Y4.

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

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

Durante su *más reciente* embarazo—

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir temerosa de alguna manera | No | Sí |
| b. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja | No | Sí |
| c. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir | No | Sí |
| d. Su esposo o pareja la forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería..... | No | Sí |

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

Desde el nacimiento de su nuevo bebé —

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| c. Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir temerosa de alguna manera | No | Sí |
| d. Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo o pareja | No | Sí |
| e. Su esposo o pareja trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir | No | Sí |
| f. Su esposo o pareja la forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería..... | No | Sí |

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 más reciente embarazo, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

No
Sí

(anteriormente Core 32a)

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

(anteriormente Core 33a)

Z6. Durante su más reciente embarazo, ¿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 de que naciera 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 con un círculo **Sí**, si le sucedió en ese tiempo, o **No**, si no le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo..... | No | Sí |
| b. Durante mi más reciente embarazo..... | No | Sí |
| c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé | No | Sí |

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: Omite AA1-AA3 si la madre no fumó durante los 3 meses anteriores a que quedara embarazada (Core 26). 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
Dejé de fumar antes de mi primera consulta de atención prenatal
No recibí cuidado prenatal

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

Durante su más reciente embarazo, usted---

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

Por favor, escríbala:

[BOX]

**NOTA: Omita AA3 si la madre no recibió atención prenatal (Core 16).
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 con un círculo **SÍ**, si eso le sucedió durante cualquiera de sus consultas prenatales, o **No**, si no le sucedió.

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 | No..... | Sí |
| b. Le sugirió que fijara una fecha específica para dejar de fumar | No..... | Sí |
| c. Le sugirió que asistiera a una clase o programa para dejar de fumar | No..... | Sí |
| d. Le dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarla a dejar de fumar por sí sola | No..... | Sí |
| e. La refirió a consejería para que le ayudaran a dejar de fumar | No..... | Sí |
| f. Le preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría su decisión de dejar de fumar | No..... | Sí |
| g. La refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal | No..... | Sí |
| h. Le recomendó que usara el chicle de nicotina | No..... | Sí |
| i. Le recomendó que usara el parche de nicotina..... | No..... | Sí |
| j. Le recetó “nasal spray” o un inhalador de nicotina | No..... | Sí |
| 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 | No..... | Sí |

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

[BOX] Horas

Menos de una hora al día

Nunca estuve en la misma habitación o automóvil con una persona que estaba fumando

AA5. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe las reglas sobre fumar *dentro* de su casa durante su *más reciente* embarazo? 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: Omita AA6 si la madre fumó durante los últimos 3 meses del embarazo (Core 26). ANTES de AA6, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba durante los 3 mese antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta....”

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

- 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 was promoted to core

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

[BOX] Número de fumadores

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

[BOX] Número de fumadores

NOTA: Omita AA10 si la madre fumó durante los últimos 3 meses del embarazo (Core 26). ANTES de AA10, inserte un recuadro de instrucciones que diga “Si usted no fumaba durante los 3 mese 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 con un círculo **Sí**, si esa fue una razón para usted, o **No**, si no fue una razón para usted.

- | | | |
|---|-----------|------------|
| | No | Sí |
| a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar | No | Sí |
| b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar | No | Sí |
| c. Miedo de aumentar de peso | No | No Sí |
| d. Pérdida de la manera en que controla | | |

| | | |
|--|----|----|
| el estrés | No | Sí |
| e. Otras personas fumando alrededor de mí | No | Sí |
| f. Antojo de cigarrillo | No | Sí |
| g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar | | |
| h. Depresión que se empeora. | No | Sí |
| i. Ansiedad que se empeora | No | Sí |
| j. Otra razón | No | Sí |
| Por favor, escríbala: | | |

(Anteriormente Core 47)

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

[BOX] Horas

Menos de 1 hora al día

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

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, 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 más reciente embarazo, ¿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 *más reciente* embarazo?

No ≡ Pase a la Pregunta ##

Sí

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

No

Sí

DD3. Durante su *más reciente* embarazo, ¿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: EE1 es un requisito para EE2, pero EE1 se puede usar sola.

EE1. Durante su *más reciente* embarazo, ¿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 opciones que apliquen.

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 escribala:

[BOX]

**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 más reciente embarazo, 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: Omite FF4 si la madre no ha tenido ningún otro bebé que nació vivo (Core 8).

FF4. Cuando su nuevo bebé nació, ¿qué edad tenía su hijo(a) que tuvo 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

NOTA: GG2 se usa antes de GG1.

GG1. Durante su *más reciente* embarazo, ¿recibió orientación o información sobre la anemia falciforme (enfermedad de la célula falciforme)?

No

Sí

GG2. ¿Alguien en su familia tiene anemia falciforme (la enfermedad de la célula falciforme)?

- No
- Sí
- No sé

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 con un círculo **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **No**, si nadie en su familia ha tenido esa condición; o seleccione **No sé**, si usted no sabe al respecto.

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

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*? Marque todas las opciones que apliquen

- 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, escriba quién (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* ? Marque todas las opciones que apliquen

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, escriba quién (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)*? Marque todas las opciones que apliquen

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, escriba quién (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*? Marque todas las opciones que apliquen

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, escriba quién (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*? Marque todas las opciones que apliquen

- A la madre de mi padre
- A mi madre
- A la madre de mi madre
- A mi(s) hermana(s)
- Otro → Por favor, escriba quién (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*? Marque todas las opciones que apliquen

- 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, escriba quién (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 problema, marque con un círculo **Sí**, si alguna de ellas tuvo ese problema durante un embarazo, o **No**, si ninguna de ellas tuvo ese problema durante un embarazo; o seleccione **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 | No..... | Sí | No sé |
| b. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante el embarazo)..... | No | Sí | No sé |
| c. Presión sanguínea alta durante el embarazo..... | No | Sí | No sé |

III. ¿Cuánto peso aumentó durante su *más reciente* embarazo?

___ Libras **O** ___ Kilos

Yo **BAJÉ** de peso durante mi embarazo

Mantuve el mismo peso

No sé

Emergency Preparedness (state-specific questions)

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

Durante su más reciente embarazo, ¿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

¿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