

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuál es **su** fecha de nacimiento?

	/		/	
MES		DÍA		AÑO

2. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

Marque **una** respuesta

- No terminé la escuela superior
- Me gradué de escuela superior o su equivalente
- Tomé algunos cursos de educación universitaria o cursos técnicos
- Me gradué de educación universitaria
- Tomé algunos cursos posgraduados
- Completé estudios posgraduados (maestría, doctorado)

3. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía al momento del parto?

 Semanas

- No sé

4. ¿En qué municipio reside **actualmente**? (Si usted vive en más de un lugar, por favor escriba el municipio donde vive la **mayoría** del tiempo.)

Nombre del municipio

5. ¿Está casada actualmente?

- Sí
- No

6. ¿Qué tipo de seguro médico tiene para pagar los gastos de **su parto**?

Marque **todas** las que correspondan

- No tengo ningún seguro o plan médico
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado pagado por mí o que otra persona pagó por mí
- Plan de salud del gobierno/ Medicaid (también conocido como Mi Salud o Reforma)
- Otro seguro médico → Por favor, escríbalo:

Las siguientes preguntas son sobre el virus del Zika.

7. **Durante su embarazo más reciente**, ¿cuán preocupada se sintió acerca de infectarse con el virus del Zika?

Marque **una** respuesta

- Muy preocupada
- Algo preocupada
- Nada preocupada

8. **Durante su embarazo más reciente**, ¿cuán preocupada se sintió ante la posibilidad de tener un niño con microcefalia u otro defecto de nacimiento relacionado con el virus del Zika? (La microcefalia es una malformación congénita o defecto de nacimiento en la cual la cabeza es más pequeña de lo esperado al compararla con la de los bebés de la misma edad y sexo.)

Marque **una** respuesta

- Muy preocupada
- Algo preocupada
- Nada preocupada

9. Cuando estaba embarazada, ¿en **CUÁL** de estas fuentes confiaba **más** para recibir información sobre el virus del Zika?

Marque **una** respuesta

- Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar, obstetra/ginecólogo, partera u otros profesionales médicos)
- Otras mujeres embarazadas
- Familia o amigos
- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
- El Departamento de Salud de Puerto Rico
- Las noticias en radio o televisión
- Sitios de redes sociales como Facebook
- WIC, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas, Lactantes, Posparto, Infantes y Niños
- Sitios de la web sobre embarazo u otros temas → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- Otra fuente → Por favor, escríbala:  
\_\_\_\_\_

10. En algún momento **durante su embarazo más reciente**, ¿habló con algún médico, enfermero u otro profesional de la salud acerca del virus del Zika?

Marque **una** respuesta

- Sí, un profesional de la salud me habló del tema sin que yo se lo pidiera
- Sí, un profesional de la salud me habló del tema pero **solo** cuando le pregunté al respecto
- No → **Pase a la Pregunta 16**

11. ¿Algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le **ofreció** hacerse la prueba de detección del virus del Zika durante algunos de los siguientes periodos de tiempo? (Para cada periodo marque **Sí**, si le ofrecieron hacerse la prueba en ese momento o **No**, si no se la ofrecieron.)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Antes de mi embarazo más reciente .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante el 1 <sup>er</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Durante el 2 <sup>do</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Durante el 3 <sup>er</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. ¿Usted se **hizo** la prueba de detección del virus del Zika durante algunos de los siguientes periodos de tiempo? (Para cada periodo marque **Sí**, si se hizo la prueba en ese momento o **No**, si no se la hizo.)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Antes de mi embarazo más reciente .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante el 1 <sup>er</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Durante el 2 <sup>do</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Durante el 3 <sup>er</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si no se hizo la prueba del Zika, pase a la Pregunta 15.**

13. ¿Dónde se hizo la prueba del Zika? (Para cada periodo en que se hizo la prueba del Zika, marque el encasillado del lugar donde usted recibió la prueba.)

Marque:

**OD** si fue en la Oficina del Doctor

**CDS** si fue en una Clínica del Departamento de Salud

**H** si fue en un Hospital

**L** si fue en un Laboratorio, ya sea privado o comercial

**O** si fue en Otro Lugar

- |  | OD                       | CDS                      | H                        | L                        | O                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Antes de mi embarazo más reciente .....   | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante el 1 <sup>er</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> |
| c. Durante el 2 <sup>do</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Durante el 3 <sup>er</sup> trimestre..... | <input type="checkbox"/> |

**14. Después de hacerse la prueba del Zika, ¿cuánto tiempo pasó antes de recibir su resultado?** (Para cada periodo de tiempo en que usted se hizo la prueba, marque el encasillado correspondiente al tiempo que usted tuvo que esperar para recibir el resultado.)

Marque:

**<1M** si fue Dentro del primer mes después de hacerse la prueba

**1M** si fue 1 mes o más después de hacerse la prueba

**NHR** si No ha recibido los resultados

**NR** si No Recuerda

	<b>&lt;1M</b>	<b>1M</b>	<b>NHR</b>	<b>NR</b>
a. Antes de mi embarazo más reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante el 1 <sup>er</sup> trimestre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durante el 2 <sup>do</sup> trimestre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durante el 3 <sup>er</sup> trimestre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. ¿Algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le ha **dicho que tenía** el virus del Zika en algunos de los siguientes periodos de tiempo?** (Para cada periodo marque **Sí**, si le dijeron que tenía el virus del Zika en ese momento o **No**, si no le dijeron.)

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. Antes de mi embarazo más reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante el 1 <sup>er</sup> trimestre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durante el 2 <sup>do</sup> trimestre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durante el 3 <sup>er</sup> trimestre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de evitar las picaduras de mosquitos.

**16. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó alguna de las siguientes medidas para evitar las picaduras de mosquitos en su casa?** (Para cada una, marque **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.)

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. Siempre usó tela metálica ("screens") en puertas abiertas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Siempre usó tela metálica ("screens") en ventanas abiertas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Siempre mantuvo las puertas y ventanas sin tela metálica ("screens") cerradas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Siempre usó abanicos o aire acondicionado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vacío los envases con agua estancada en su casa y patio <b>semanalmente</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Durmió debajo de un mosquitero para la cama .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Montó trampas de mosquitos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió alguno de los siguientes servicios profesionales para el control de los mosquitos?** (Para cada uno, marque **Sí**, si recibió el servicio o **No**, si no lo recibió.)

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. Fumigar el interior de mi casa para combatir los mosquitos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fumigar en las afueras y alrededor de mi casa y mi patio para combatir los mosquitos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aplicación de larvicidas en los exteriores de mi casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia utilizó repelente de mosquitos **sobre su piel expuesta o ropa** cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo?**

Marque **una** respuesta

- Siempre
- Algunas veces
- Rara vez o cuando veía mosquitos
- Nunca

Pase a la **Pregunta 20**

Pase a la **Pregunta 19**

**19.** Cuando usaba repelente de mosquitos sobre **su piel expuesta o ropa**, ¿cuántas veces al día se lo aplicaba?

Marque **una** respuesta

- Más de una vez por día
- Una vez por día

**20.** Cuando **no** usaba repelente de mosquitos durante su embarazo más reciente, ¿cuáles eran sus razones para no usarlo?

Marque **todas** las que correspondan

- No me gustaba su olor o me daba náuseas
- No me gustaba cómo me dejaba la piel
- Me preocupaba que los químicos del repelente me hicieran daño
- Me preocupaba que los químicos del repelente le hicieran daño a mi bebé
- Se me olvidaba aplicármelo
- Me daba alergia o hacía que me picara la piel
- No pensé que lo necesitaba
- Raramente estaba afuera
- El repelente de mosquitos era demasiado costoso
- Otra razón → Por favor, escríbalo:

**21.** Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó mangas largas y pantalones largos?

Marque **una** respuesta

- Todos los días → **Pase a la Pregunta 23**
- Casi todos los días
- Algunos días
- Nunca

**Pase a la Pregunta 22**

**22.** Cuando **no** usaba mangas largas y pantalones largos durante su embarazo más reciente, ¿cuáles eran sus razones?

Marque **todas** las que correspondan

- Hacía demasiado calor para usar mangas largas o pantalones largos
- No tenía ropa de mangas largas o pantalones largos
- Mi ropa de mangas largas y mis pantalones largos ya no me servían por el embarazo
- Raramente estaba afuera
- Otro motivo → Por favor, escríbalo:

Las siguientes preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.

**23.** En algún momento **durante su embarazo más reciente**, ¿tuvo relaciones sexuales con alguna pareja de sexo masculino?

Sí → **Pase a la Pregunta 25**

No  
↓

**24.** ¿Por qué no tuvo relaciones sexuales con una pareja de sexo masculino **durante su embarazo más reciente**?

Marque **una** respuesta

No tenía pareja → **Pase a la Pregunta 29**

Estaba evitando infectarme con el virus del Zika

No quería tener relaciones sexuales → **Pase a la Pregunta 28**

alguna otra razón  
Por favor, escríbala:

25. ¿Tuvo relaciones sexuales en algún momento **durante su embarazo** en:

- |                                     | Sí                       | No,<br>para<br>evitar<br>Zika | No,<br>por<br>otra<br>razón |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Los <b>primeros</b> 3 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    |
| b. Los <b>segundos</b> 3 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    |
| c. Los <b>últimos</b> 3 meses.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    |

26. ¿Con qué frecuencia usó su esposo o pareja un condón cuando tuvo relaciones sexuales juntos **durante su embarazo** en:

- |                                     | Siempre                  | A<br>veces               | Nunca                    |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Los <b>primeros</b> 3 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los <b>segundos</b> 3 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Los <b>últimos</b> 3 meses.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usó un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta 28. De lo contrario, pase a la Pregunta 27.**

27. ¿Cuáles fueron sus motivos para no **siempre** usar un condón cuando tuvo relaciones sexuales **durante su embarazo más reciente**?

Marque **todas** las que correspondan

- No sabía que estaba embarazada
- No creí que fuera necesario usar condones durante el embarazo
- No pensé que un condón podía prevenir la infección por el virus del Zika
- No pensé que el virus del Zika todavía era un problema
- No pensé que mi pareja tuviera el virus del Zika
- No me preocupaba contraer el virus del Zika
- No quería usar condones
- Mi pareja no quería usar condones
- No pude conseguir condones cuando los necesité
- No tenía dinero para comprar condones
- Me olvidé de usar condones
- Me daban alergia o le daban alergia a mi pareja
- Alguna otra razón → Por favor, escríbala:

28. **Durante su embarazo más reciente**, ¿su esposo o pareja de sexo masculino se hizo una prueba de detección del virus del Zika?

- Sí
- No
- No sé

29. **Durante su embarazo más reciente**, ¿un médico, enfermero u otro profesional de la salud le dijo a alguien que vivía con usted que estaban infectados con el virus del Zika? (*Para cada persona, marque **Sí**, si le dijeron que tenía el virus del Zika o **No**, si no le dijeron.*)

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

*Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de su embarazo.*

30. Recordando el momento **justo antes** de que quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿**CUÁL** de las siguientes frases mejor identifica cómo **usted** se sentía acerca de quedar embarazada?

Marque **una** respuesta

- Quería quedar embarazada después y no en ese momento, dado al riesgo asociado al virus del Zika
- Quería quedar embarazada después y no en ese momento, por otra razón
- Quería quedar embarazada desde hace tiempo
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada en ese momento, ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

**31.** 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, pero una pareja fija)
- Era mi novio (una pareja casual)
- Otra → Por favor, escríbala:

**32.** Recordando el momento **justo antes** de que quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía **el padre de su nuevo bebé** con la idea de que usted quedara embarazada?

Marque **una** respuesta

- Él quería que quedara embarazada después y no en ese momento, dado al riesgo asociado al virus del Zika.
- Él quería que quedara embarazada después y no en ese momento, por otra razón
- Él quería que quedara embarazada desde hace tiempo
- Él quería que quedara embarazada en ese momento
- Él no quería que quedara embarazada en ese momento, ni en el futuro
- Él no estaba seguro de lo que quería
- No sé

**33.** Antes de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿un médico, enfermera u otro profesional de la salud habló con usted sobre cómo prepararse para un embarazo y bebé saludable?

- Sí
- No

**34.** Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿usted o su esposo o pareja se estaban cuidando para evitar un embarazo? Algunas cosas que hace la gente para evitar un embarazo incluyen tomar pastillas anticonceptivas, usar condones, interrumpir el acto sexual o la planificación familiar a través de métodos naturales.

- Sí → **Pase a la Pregunta 36**
- No

**Pase a la Pregunta 35**

**35.** ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaban haciendo algo para evitar un embarazo?

Marque **todas** las que correspondan

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

**Si usted o su esposo o pareja no estaban haciendo algo para evitar un embarazo, pase a la Pregunta 37.**

**36.** ¿Qué método de control de la natalidad usaba cuando quedó embarazada?

Marque **todas** las que correspondan

- Pastillas anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®)
- Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo intravaginal (NuvaRing®)
- DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Planificación familiar con métodos naturales (incluido el método del ritmo)
- Interrumpir el acto sexual (el hombre se retira antes de terminar)
- Otro → Por favor, escríbalo:

Las últimas preguntas son acerca del cuidado de salud que usted recibió durante su embarazo y después del parto.

**37.** ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue a su **primera** visita prenatal?

{  Semanas    **O**     Meses

No fui al cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 42**

**38.** Durante su embarazo más reciente, ¿alguien fue con usted a alguna de sus visitas de cuidado prenatal?

Marque **una** respuesta

Sí, mi esposo o pareja  
 Sí, otra persona → **Pase a la Pregunta 41**  
 No

**39.** ¿Cuán frecuentemente fue su esposo o pareja con usted a las visitas de cuidado prenatal?

Marque **una** respuesta

- Siempre  
 Algunas veces  
 Solo cuando me iban a hacer un procedimiento (como un ultrasonido)  
 Nunca

**40.** ¿Cuán frecuentemente intentó coordinar sus visitas de cuidado prenatal de manera que su esposo o pareja pudiera asistir?

Marque **una** respuesta

- Siempre  
 Algunas veces  
 Solo cuando me iban a hacer un procedimiento (como un ultrasonido)  
 Nunca

**41.** Durante alguna de **sus visitas prenatales**, ¿algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le habló de alguno de los siguientes temas? (Para cada uno, marque **Sí**, si lo hicieron o **No**, si no lo hicieron.)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo prevenir las picaduras de mosquitos durante el embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usar condones al tener sexo para prevenir la infección por el virus del Zika.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Los tipos de ropa que debía usar para evitar las picaduras de mosquitos.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Usar el repelente de mosquitos sobre mi piel o ropa.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El riesgo de transmitir el virus del Zika a mi bebé durante el embarazo.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Los defectos de nacimiento asociados con el virus del Zika o el Síndrome de Zika Congénito..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**42.** ¿Usted comenzó (o comenzará) a utilizar algunos de los siguientes métodos de control de la natalidad **antes de ser dada de alta**? (Para cada uno, marque **Sí**, si lo comenzó o comenzará a utilizarlo antes de ser dada de alta, o **No**, si no lo comenzó o comenzará.)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Esterilización femenina (bloquearse o ligarse las trompas).....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. DIU (como Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®).....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon®).....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®).....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Métodos recetados (tales como pastillas anticonceptivas, parchos, anillos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¡Gracias por responder este cuestionario!**  
**Sus respuestas nos ayudarán a cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.**