

Por favor, marque sus respuestas. Siga las instrucciones que se incluyen en las preguntas. Si no hay instrucciones, marque el cuadro junto a su respuesta o escríbala sobre la línea. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Primero quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de *usted* y del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

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

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso | No | Sí |
| b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos | No | Sí |
| d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes | No | Sí |
| e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta | No | Sí |
| f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar . . . | No | Sí |
| h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental . . | No | Sí |

2. Durante el *mes antes* de su embarazo de su nuevo bebé, ¿tenía usted algún tipo de cobertura de seguro médico que aparecen en la lista a continuación?

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 pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- _____
- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

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

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

4. *Justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

_____ Libras O _____ Kilos

5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

____ Pies Y ____ Pulgadas

O ____ Metros

6. ¿En qué fecha nació usted?

____ / ____ / 19____
Mes Día Año

7. Antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía diabetes tipo 1 o tipo 2? Esto no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes del embarazo que empieza durante el embarazo.

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 11**
 Sí

9. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé pesó más de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) al nacer?

- No
 Sí

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

- No
 Sí

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

11. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?

Marque una respuesta

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

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

13. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo? (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 15**
- Pase a la Pregunta 14**

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

Marque todas las opciones que apliquen

- 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 que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta 16.

15. 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
- Condones
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera[®])
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

DURANTE EL EMBARAZO

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

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

_____ Semanas O _____ Meses

No recuerdo

17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

{ _____ Semanas O _____ Meses

No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Página 4, Pregunta 19

Pase a la Página 4, Pregunta 18

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

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 20**

19. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal o que lo obtuviera tan pronto como lo hubiera querido? Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si le pasó a usted, o **Falso**, si no le pasó, o si no le aplica.

Cierto Falso

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

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 22.

20. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por su *cuidado prenatal*?

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 pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- PCAP
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

21. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque con un círculo Sí, si alguien le habló sobre el tema o No, si nadie le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé. | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé. | No | Sí |
| c. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . | No | Sí |
| d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo . . . | No | Sí |
| e. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo . . . | No | Sí |
| f. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé. | No | Sí |
| g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia. | No | Sí |
| h. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto) | No | Sí |
| i. Qué hacer si el parto comienza antes de tiempo | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) . . . | No | Sí |
| k. Qué hacer si me llevo a sentir deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé . . . | No | Sí |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres . . | No | Sí |

22. En cualquier momento durante su más reciente embarazo o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
 Sí
 No sé

23. Durante su más reciente embarazo, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
 Sí

24. Durante su más reciente embarazo, ¿alguna vez le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante este embarazo)?

- No
 Sí

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

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

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

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

- No
- Sí

→ **Pase a la Pregunta 30**

↓ **Pase a la Pregunta 27**

27. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

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

28. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

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

29. ¿Cuántos cigarrillos fuma ahora en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

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

30. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa ahora?

Marque una respuesta

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

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

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

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 34**
 Sí

32a. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- 14 ó más bebidas a la semana
 De 7 a 13 bebidas a la semana
 De 4 a 6 bebidas a la semana
 De 1 a 3 bebidas a la semana
 Menos de 1 bebida a la semana
 No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 33a**

32b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

- 6 veces o más
 De 4 a 5 veces
 De 2 a 3 veces
 1 vez
 No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

33a. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- 14 ó más bebidas a la semana
 De 7 a 13 bebidas a la semana
 De 4 a 6 bebidas a la semana
 De 1 a 3 bebidas a la semana
 Menos de 1 bebida a la semana
 No tomaba en ese entonces → **Pase a la Página 8, Pregunta 34**

33b. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

- 6 veces o más
 De 4 a 5 veces
 De 2 a 3 veces
 1 vez
 No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su más reciente embarazo.

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

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . | No | Sí |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja. | No | Sí |
| c. Me mudé a otra dirección | No | Sí |
| d. No tenía en donde vivir | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo . . | No | Sí |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando | No | Sí |
| g. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal | No | Sí |
| h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada . . . | No | Sí |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar. | No | Sí |
| j. Me peleé físicamente con otra persona. | No | Sí |
| k. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí . . . | No | Sí |

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

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

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

39. ¿En qué fecha nació su bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

41. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por *el parto* de su nuevo bebé?

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 pagaba (no por parte de un trabajo)
 Medicaid
 TRICARE u otro seguro médico militar
 PCAP
 Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi parto

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

42. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo?

- No
 Sí
 No sé

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

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
 De 3 a 5 días
 De 6 a 14 días
 Más de 14 días
 Mi bebé no nació en un hospital
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Página 10, Pregunta 46**

44. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 54**
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 54**
 Sí

Pase a la Página 10, Pregunta 46

46. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 51b**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 50**

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

____ Semanas O ____ Meses

- Menos de 1 semana

49. ¿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:

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 51a.

50. 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. Mí 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 |

51a. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?

_____ Semanas **O** _____ Meses

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

51b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

_____ Semanas **O** _____ Meses

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

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 54.

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

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

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

- No
- Sí

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

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 56**

Pase a la Página 12, Pregunta 55

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

Marque todas las opciones que apliquen

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Creo que no puedo quedar embarazada (esterilidad)
- No tengo dinero para comprar anticonceptivos
- Estoy embarazada ahora
- Otra _____ ➔ Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 57.

56. ¿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
- Condones
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera[®])
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro _____ ➔ Por favor, escríbalo:

57. 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
- Sí

58. 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:

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre

- a. Me sentí decaída, deprimida o triste. . . ____
- b. Me sentí sin esperanzas ____
- c. Sentí que hacía menos que antes ____

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

59. 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

60. ¿Recibió usted tratamiento médico para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé?

- No → **Pase a la Pregunta 62**
- Sí

61. ¿Qué tipo de tratamiento(s) recibió?

Marque todas las opciones que apliquen

- Medicamentos que mejorán la ovulación
- Inseminación intrauterina o artificial
- Fertilización en Vitro
- Donación de óvulos
- Otro → Por favor, escríbalo:

62. Durante su cuidado prenatal, trabajo de parto o parto, ¿se sintió usted que personas del equipo médico le habían tratado diferente debido a alguna de las siguientes razones?

Para cada una, marque con un círculo Sí, si le sucedió eso, o No, si le no sucedió.

	No	Sí
a. Mi raza	No	Sí
b. Mi cultura.	No	Sí
c. Mi habilidad de hablar o entender inglés	No	Sí

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 66.

63. Por lo general, ¿en dónde duerme su nuevo bebé?

Marque una respuesta

- En una cuna, cuna mecedora o moises
- En una cama de adultos o colchón
- En algún otro sitio? → Por favor, escríbalo:

64. Por lo general, ¿duerme su nuevo bebé con almohadas, juguetes de peluche o protectores de cuna (bumpers)?

- No
- Sí

65. Por lo general, ¿duerme su nuevo bebé en una cama/cuna con usted o con otro adulto/niño?

- No
- Sí

66. 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 69**
- Sí

67. 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 69**

68. ¿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

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

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 71**
- Sí

Pase a la Página 14, Pregunta 70

70. ¿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

71. ¿Actualmente está usted estudiando en algún tipo de escuela o colegio?

- No
 Sí

72. ¿Actualmente trabaja usted fuera de su casa?

- No
 Sí

73. ¿Qué lenguaje se habla con más frecuencia en su hogar?

Marque una respuesta

- Inglés
 Español
 Ruso
 Chino (incluye mandarín y cantonés)
 Indio (incluye hindi y tamil)
 Creole
 Francés
 Otro → Por favor, escríbalo:

74. ¿Nació usted fuera de los Estados Unidos (incluya Puerto Rico como un lugar fuera de los Estados Unidos)?

- No → **Pase a la Pregunta 76**
 Sí

Pase a la Pregunta 75

75. ¿Cuántos años tenía usted cuando se mudó a los Estados Unidos?

_____ Edad en años

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

- No
 Sí

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

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

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

- Menos de \$10,000
 De \$10,000 a \$14,999
 De \$15,000 a \$19,999
 De \$20,000 a \$24,999
 De \$25,000 a \$34,999
 De \$35,000 a \$49,999
 De \$50,000 a \$74,999
 \$75,000 ó más

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

_____ Personas

79. ¿Cuál es la fecha de hoy?

____ / ____ / 20____
 Mes Día Año

Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de New York City.

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

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