



OKLAHOMA

PRAMS

PREGNANCY RISK ASSESSMENT MONITORING SYSTEM



Una encuesta de salud acerca de las madres de Oklahoma y sus bebés.

¡COMPARTA SU HISTORIA!



Maternal & Child Health Service

Información importante acerca de PRAMS

¿Qué es PRAMS?

PRAMS es una encuesta que pregunta a las madres acerca de sus experiencias de salud y embarazo. El propósito es aprender por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.

El cuestionario hace preguntas sobre comportamientos y experiencias alrededor del tiempo del embarazo. Sin importar cómo haya sido su embarazo, sus respuestas son importantes y nos ayudarán a aprender formas de mejorar la salud de las madres y los bebés de Oklahoma.

¿Cómo me eligieron para la encuesta PRAMS?

Su nombre fue elegido al azar por computadora del registro de actas de nacimiento de Oklahoma. Usted es uno de los pocos elegidos para ayudar en este estudio.

¿Se mantienen privadas mis respuestas?

¡Sí! Su información personal y sus respuestas no están vinculadas. En los informes no se le identificará por su nombre y sus respuestas se agruparán con las de otras madres. Seguimos reglas estrictas sobre privacidad y confidencialidad.

¿Son realmente importantes mis respuestas?

¡Sí, muy importantes!

Cada madre tiene experiencias únicas, y hay muchas cosas en la vida que pueden afectar un embarazo. También sabemos que las mamás pueden hacer todo bien pero aun así tener problemas con su embarazo. Esta encuesta nos ayuda a obtener un panorama general de los embarazos y nacimientos

en Oklahoma. Al compartir su historia, usted puede ayudar a otras madres y bebés.

¿Qué hace PRAMS con la información?

Respuestas al cuestionario sirven para:

- Ayudar a los profesionales de la salud a mejorar la atención
- Proporcionar una manera de desarrollar y evaluar los programas de salud
- Orientar un mejor uso de los recursos
- Ayudar a las madres a aprender más sobre la salud antes, durante y poco después del embarazo

¿Qué tal si quiero saber más?

Si tiene preguntas o desea contestar el cuestionario por teléfono, llame al 405-521-6918 o al número gratuito 1-800-766-2223. También puede visitar Oklahoma.gov/health/PRAMS para obtener más información.

PRAMS es un proyecto conjunto de investigación del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Lo que las mujeres que contestan el cuestionario dicen acerca de PRAMS:

“Espero que mis respuestas ayuden a otras madres a saber que no están solas”.

“¡Si pudiera hacer una sola cosa para salvar a los bebés, haría todo lo que fuera necesario!”

“Gracias por pedir mi opinión.”

Formulario Aprobado

OMB Nu. 0920-1273

Fecha Exp. 03/31/2026

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-31 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, GA, 30329; ATTN: PRA (0920-1273).

La recopilación de la información solicitada está autorizada bajo la Sección 301 de la Ley de Servicio de Salud Pública (42 USC 241). El brindar esta información es de manera voluntaria. Los CDC utilizarán esta información como parte del Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS). Los datos de PRAMS se utilizan para informar los esfuerzos enfocados en mejorar la salud de las madres y los bebés. La información que nos brinde se mantendrá privada y estará protegida por la Ley de Privacidad (Sistema de Registros 09-20-0136).

Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta o siga las instrucciones en cada pregunta. Es posible que se le pida saltar alguna pregunta que no le aplique o corresponda a usted.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿En qué fecha nació usted?

<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> /	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> /	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Mes	Día	Año

2. Antes de quedar embarazada, ¿usted...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de que quedara embarazada.

3. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

Para cada opción, marque **No**, si no tuvo la enfermedad, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta o hipertensión.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Chequeo regular con un médico de familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Visita por depresión o ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Visita para una limpieza dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra opción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

Si **no** fue a una visita de atención médica en los **12 meses antes** de quedar embarazada, pase a la pregunta 6.

5. En alguna de las visitas médicas que tuvo en los **12 meses antes** de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica **hizo** alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

Habló conmigo acerca de...	No	Sí
a. Mi peso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Chequearme la presión arterial regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mis deseos de tener o no tener hijos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Métodos anticonceptivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preguntó...		
g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Si me sentía deprimida o ansiosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de su **seguro médico**.

6. Durante el **mes antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (SoonerCare u otros programas de Medicaid)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés)
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

7. **Durante** su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (SoonerCare u otros programas de Medicaid)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés)
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted actualmente?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid (SoonerCare u otros programas de Medicaid)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés)
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

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

Marque UNA respuesta

- Quería quedar embarazada más adelante
- Hubiera querido quedar embarazada antes
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un médico, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo. (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas).

10. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?

No → **Pase a la página 4, pregunta 12**

Sí

Pase a la página 4, pregunta 11

11. Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

Habló conmigo acerca de...

- a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo
- b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia
- c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento).....
- d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé..

Me preguntó...

- e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé
- f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé.....
- g. Si estaba tomando medicamentos recetados
- h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo
- i. Si estaba tomando alcohol
- j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente.....
- k. Si estaba usando drogas ilegales.....
- l. Si estaba usando marihuana
- m. Si quería hacerme la prueba del VIH..

12. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)
- b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina)
- c. Vacuna contra el COVID-19

13. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:

A, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo

D, si se la puso **Durante** el embarazo o marque **N**, si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

A D N

- a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)
- b. Vacuna Tdap
- c. Vacuna contra el COVID-19

14. Durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

- No
- Sí

15. **Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Diabetes gestacional (diabetes que **comenzó** durante *este* embarazo)
- b. Presión arterial alta (que **comenzó** durante *este* embarazo), preeclampsia o eclampsia
- c. Depresión
- d. Ansiedad

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 16. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 17.

16. **Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión arterial alta?** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica
- b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente **durante** el embarazo
- c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable **después** del embarazo
- d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente **después** del embarazo
- e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas **después** del embarazo

17. **Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo, ya que requerirían atención médica inmediata?** Algunos de estos “signos de advertencia de una urgencia” incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

No → **Pase a la pregunta 19**

Sí

18. **Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia de una urgencia de alguna de las siguientes fuentes?** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Un proveedor de atención médica (como un doctor, una enfermera o una partera)
- b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)
- c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan “**Hear Her**” o “**Escúchela**” (como sitios web, redes sociales o folletos)
- d. Familiares o amigos

Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos y otros productos del tabaco.

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

No → **Pase a la página 6, pregunta 23**

Sí

Pase a la página 6, pregunta 20

20. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

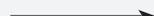
21. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

22. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumo actualmente

23. En los *últimos 2 años*, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- No  **Pase a la pregunta 27**
- Sí 

24. Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

25. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

26. En los *últimos 2 años*, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

- No
- Sí

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser una copa de vino, una lata o botella de cerveza, un refresco alcohólico carbonatado ("Hard Seltzer"), un trago de licor o un cóctel.

27. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 ^{er} trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 29.

28. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 ^{er} trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

29. ¿Ocurrió alguna de las siguientes cosas durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me separé o divorcié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Yo estuve en la cárcel/prisión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. En los 12 meses *antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo(a) o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. *Durante* su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo(a) o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

32. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?

- Menos de 3 días
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está

en el hospital → **Pase a la pregunta 35**

Pase a la pregunta 33

33. ¿Está vivo su bebé?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
 Sí → **Pase a la página 10, pregunta 43**

34. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 10, pregunta 43**
 Sí

35. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio leche materna a su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- No amamanté a mi bebé → **Pase a la pregunta 37**
- Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- Amamanté a mi bebé:
 semana(s) **O** mes(es)
- Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

36. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que bebió un líquido que no fuera leche materna (como fórmula, agua, jugo o leche de vaca)?

Marque UNA respuesta

- Mi bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé tenía:
 semana(s) **O** mes(es)

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 10, pregunta 43.

37. En las últimas 2 semanas, ¿en qué posición ha acostado a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas? Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. De lado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Boca arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Boca abajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con qué frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

Pase a la pregunta 40

39. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado la cuna o cama de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

- No
 Sí

40. En las últimas 2 semanas, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?

Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, cuna portátil o moisés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, butaca o sillón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento de bebé para el auto ("car seat")..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard")..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro lugar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

41. En las últimas 2 semanas, ¿acostó a su nuevo bebé para dormir con alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En un saco de dormir (manta tipo bolsa)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una manta en la que envolvió a su bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Protectores de cuna (con o sin malla)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

42. ¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su nuevo bebé para dormir de alguna de las siguientes fuentes?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi médico de familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ginecólogo obstetra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una enfermera o partera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Una <i>doula</i> (asistente de parto) o una educadora del parto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El médico o proveedor de atención médica de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sitios web o aplicaciones acerca del embarazo o el cuidado del bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otras fuentes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

43. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo? Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- No
 Sí
 Estoy embarazada

Pase a la pregunta 45

Pase a la pregunta 46

Pase a la pregunta 44

44. ¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada
 Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
 Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
 No quiero usar anticonceptivos
 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
 Mi esposo(a) o pareja no quiere usar condones
 Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos
 Mi esposo(a) o pareja es del mismo sexo
 Tengo problemas para obtener los anticonceptivos que quiero
 No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando
 No estoy teniendo relaciones sexuales
 Otra opción —————> Por favor, díganos:

Si usted no está haciendo algo para evitar un embarazo actualmente, pase a la pregunta 46.

45. ¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo(a) o pareja actualmente para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- Pastillas anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (él eyacula afuera)
- Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)
- Otra opción → Por favor, díganos:

46. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

- No → **Pase a la pregunta 48**
- Sí

Pase a la pregunta 47

47. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque No o Sí.

No Sí

Hablé conmigo acerca de...

- a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo
- b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez.....
- c. Métodos anticonceptivos.....
- d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo.....
- e. Tomarme la presión arterial regularmente
- f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa

Me preguntó...

- g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos de tabaco sin humo
- h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente.....

Un proveedor de atención médica...

- i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes
- j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad.....

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

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

49. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

50. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

51. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse o no ha podido controlar su preocupación?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

52. ¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Durante mi embarazo más reciente..
- b. Desde que nació mi nuevo bebé.....

53. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?

- No → **Pase a la pregunta 56**
- Sí ↓

54. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- No ↓
- Sí → **Pase a la pregunta 56**

Pase a la pregunta 55

55. ¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

Marque TODAS las que correspondan

- No podía pagar el costo
- No pude conseguir una cita cuando la necesitaba
- Mi seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental
- Mi seguro médico no paga lo suficiente para servicios de salud mental
- No sabía a donde ir para obtener servicios
- Me preocupaba que la información que compartiera no se mantuviera confidencial
- No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento
- Me preocupaba que me internaran en un hospital psiquiátrico
- Me preocupaba que tuviera que tomar medicamentos
- No tenía transporte, el tratamiento estaba demasiado lejos o el horario no era conveniente
- No tenía tiempo (por el trabajo, cuidado de niños u otros compromisos)
- Otra _____ → Por favor, díganos:

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

56. Por favor, díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

- a. Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más
 - A menudo A veces Nunca
- b. La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más
 - A menudo A veces Nunca

57. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ir a citas médicas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacer mandados o diligencias..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana?

- Diariamente
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana
- 2-3 días al mes
- Un día al mes o menos
- No usaba marihuana en ese momento

59. **Durante su embarazo más reciente, ¿a qué tipos de citas de cuidado prenatal asistió?**

Marque UNA respuesta

- Citas en persona solamente
 Citas virtuales (video o teléfono) solamente
 Ambas, citas en persona y virtuales
 No tuve cuidado prenatal

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la pregunta 62.

60. **Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia el papá de su bebé u otro padre contribuye con cosas como dinero, comida, ropa, vivienda o cuidado médico para cubrir las necesidades básicas del bebé?**

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta 62.

61. **Cuando su nuevo bebé viaja en un automóvil, camión o camioneta, ¿con qué frecuencia va en un asiento de seguridad para bebés?**

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

62. **Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?**

Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

No Sí

- a. Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel.....
 b. Mi estado de discapacidad.....
 c. Mi estatus de inmigración.....
 d. Mi edad.....
 e. Mi peso.....
 f. Mi salario o ingresos.....
 g. Mi sexo o género.....
 h. Mi orientación sexual.....
 i. Mi religión.....
 j. Mi idioma o acento.....
 k. Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico.....
 l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas).....
 m. Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión).....
 n. Otra razón.....
 Por favor, díganos:

63. **Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?**

- Muy a menudo
 A menudo
 No tan a menudo
 Nunca

64. ¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Trabajo (contratación, ascenso o despido) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los tribunales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En la escuela o la escuela de mi hijo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Al recibir atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

65. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.

- \$0 a \$18,000
- \$18,001 a \$23,000
- \$23,001 a \$27,000
- \$27,001 a \$32,000
- \$32,001 a \$37,000
- \$37,001 a \$42,000
- \$42,001 a \$48,000
- \$48,001 a \$60,000
- \$60,001 a \$85,000
- \$85,001 o más

66. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de estos ingresos?

Número de personas

67. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /
 Mes Día Año

**¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!
¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus
experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor, utilice
este espacio para contarnos.**

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

Sus respuestas ayudarán a que las madres y los bebés en Oklahoma sean más sanos.

Debido a que completó PRAMS, se puede seleccionar a usted para participar en un cuestionario adicional que se llama TOTS (The Oklahoma Toddler Survey). El cuestionario pregunta cómo les va a usted y a su hijo en dos años. Si no desea que la contacte acerca de este cuestionario, por favor, llame al 1-800-766-2223 y quitaremos su nombre de la lista de posibles participantes.



OKLAHOMA



PREGNANCY RISK ASSESSMENT MONITORING SYSTEM

Esta publicación fue emitida por el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH, por sus siglas en inglés), un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Se imprimieron XXX copias por XXX a un costo de \$xxx. Se ha depositado un archivo digital en Publications Clearinghouse del Departamento de Bibliotecas de Oklahoma de conformidad con la sección 3-114 del Título 65 de los Estatutos de Oklahoma y está disponible para descargar en www.documents.ok.gov. | Emitido en abril de 2023