

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

2. *Justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

/ /
Mes Día Año

4. *Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No → **Pase a la Pregunta 7**

Sí

5. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?

No
 Sí

6. ¿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 *antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé.

7. 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 **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

No Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos
- d. Fui con un profesional de salud y me chequearon para la diabetes
- e. Fui con un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui con un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental

8. 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 de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o SoonerCare
- SoonerPlan
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

9. Durante el *mes antes* de quedar 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 en el *mes antes* de mi embarazo
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo mejorar su salud antes de un embarazo?

- No
- Sí

11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

Para cada una, marque No, si no tuvo la condición, o Sí, si la tuvo.

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (NO es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo).....
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión...
- c. Depresión.....

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

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

Marque UNA respuesta

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

**Pase a la
Pregunta 14**

Pase a la Pregunta 13

13. ¿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 5 años
- Más de 5 años

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

15. 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 quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

Pase a la Pregunta 16

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

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. 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.)

17. ¿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

18. ¿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 Pregunta 21

Pase a la Pregunta 19

19. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o SoonerCare
- SoonerPlan
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

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

20. 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 **No, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.**

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

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

- No
 Sí
 No sé

22. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna contra la influenza o le aconsejó que se la pusiera?

- No
 Sí

23. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No → **Pase a la Página 6, Pregunta 25**
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

24. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

- | | | |
|-----|---|-----|
| | / | 20 |
| Mes | | Año |
- No me acuerdo

25. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes *durante* su embarazo *más reciente*.
Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

27. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No —————> **Pase a la Pregunta 29**
 Sí

Pase a la Pregunta 28

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

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

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

- No
 Sí

30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿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

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

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

- No —————> **Pase a la Pregunta 35**
 Sí

Pase a la Pregunta 32

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

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

34. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? 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

35. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma?

Marque UNA respuesta

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

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

36. 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 39**
- Sí

37. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 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

38. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 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

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. 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

41. Durante su embarazo *más reciente*, ¿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.

42. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

43. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si sea necesario

- Aumenté libras
 No aumenté peso, pero bajé libras
 Mi peso no cambió durante mi embarazo
 No sé

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

44. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
 Sí
 No sé

45. 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 Pregunta 48**

46. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
 Sí → **Pase a la Página 11, Pregunta 56**

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

- No → **Pase a la Página 10, Pregunta 54**
 Sí

48. ¿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 Página 10, Pregunta 53**
 Sí

Pase a la Página 10, Pregunta 49

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

No

Sí

→ Pase a la Pregunta 51

50. ¿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

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 52.

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

No Sí

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

52. ¿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

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

53. 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

54. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse y a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

No

Sí

→ Pase a la Pregunta 56

↓
Pase a la Pregunta 55

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

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

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

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 58**

57. ¿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 que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
 Quiero quedar embarazada
 No quiero usar ningún método anticonceptivo
 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
 Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
 Tengo problemas para conseguir anticonceptivos cuando los necesito
 Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
 Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
 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 59.

58. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure®, Adiana®)
 Vasectomía (esterilización masculina)
 Píldora anticonceptiva
 Condones
 Inyección (Depo-Provera®)
 Un implante anticonceptivo (Implanon®)
 Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
 IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o ParaGard®)
 Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
 El hombre se retira (Coitus interruptus)
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
 Otro → Por favor, escríbalo:

59. 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 4–6 semanas después de dar a luz.

- No
 Sí

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

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

61. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

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

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

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

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

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

64. ¿Qué tipo de *seguro médico* tiene *usted* ahora?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o SoonerCare
- SoonerPlan
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

65. Durante los 12 meses antes de embarazarse de su nuevo bebé, ¿tuvo una consulta con un proveedor de servicios médicos?

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 18**

- Sí

Pase a la Pregunta 66

66. ¿Qué tipo de consulta médica tuvo antes de embarazarse?

Marque TODAS las que correspondan

- Un chequeo anual (regular) de salud
- Para recibir sugerencias o consejos sobre cómo prepararse para un embarazo
- Un chequeo para una lesión, enfermedad o condición específica
- Para anticonceptivos o planificación familiar
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

67. ¿Habló con usted su proveedor de servicios médicos acerca de cualquiera de los siguientes temas ANTES de su embarazo?

Para cada uno, marque **No**, si no le habló del tema o **Sí**, si le habló del tema.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El tomar ácido fólico o una multivitamina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El tomar alcohol..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Enfermedades crónicas (como diabetes, presión alta, tiroides, PKU)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si mis vacunas están al día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mis medicamentos actuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Infecciones de transmisión sexual (como VIH, sífilis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. El uso de sustancias ilegales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Defectos de nacimiento o enfermedades que hay en mi familia.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Condiciones crónicas de salud mental y los medicamentos que se usan para tratarlos (como depresión, ansiedad, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Embarazos previos y cualquier inquietud o problema sobre embarazos previos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. El exponerse a sustancias químicas o toxinas en el trabajo o la casa que podrían hacer daño a un feto en desarrollo (radiación, plomo, vapor tóxico, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Anticonceptivos o planificación familiar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. El comer saludable o nutrición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 72**

69. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo *más reciente*?

Marque UNA respuesta

- No → **Pase a la Pregunta 72**
 No, pero voy a regresar
 Sí

70. ¿Cuáles de las siguientes opciones describe el tiempo de licencia que se tomó *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Me tomé licencia *pagada*
 Me tomé licencia *no pagada*
 No me tomé licencia

71. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada una, marque **No**, si no tiene relación con usted o **Sí**, si está relacionado.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia pagada ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 80.

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 73.

72. En el hospital después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez habló usted con un profesional de salud o leyó sobre qué puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
 Sí

Si usted está dando pecho a su nuevo bebé actualmente, pase a la Pregunta 74.

73. ¿Cuáles fueron las razones por las que usted dejó de dar pecho a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi bebé tuvo dificultad para tomar pecho o para prenderse del pecho
 Mi bebe estuvo muy enfermo/a o estuvo hospitalizado/a
 No tuve suficiente leche (o se me acabó la leche)
 Fue demasiado doloroso
 Regresé al trabajo o a la escuela
 Estuve enferma o hospitalizada
 No tuve a quien llamar o contactar acerca de dar pecho
 Tomaba demasiado tiempo
 Otra → Por favor, escríbala:

74. **¿Hay alguien que usted considera como doctor o enfermera personal para su bebé?** Un doctor o enfermera personal es un profesional de salud, quien conoce muy bien a su bebé y está familiarizado con su historial médico. (Esto podría ser un doctor general, un pediatra, un doctor especialista, enfermera, o asistente médico).

- No
 Sí

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

- No
 Sí
 Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

76. **Cuando está llorando o quejándose su bebé, ¿por lo general que tan fácil es de calmarlo/la?**

- Muy fácil
 Un poco fácil
 Un poco difícil
 Muy difícil

77. **La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*.** Para cada una, marque **No**, si no corresponde a su bebé normalmente, o **Sí**, si corresponde a su bebé normalmente.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas y/o con juguetes de peluche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi nuevo bebé duerme con un cobertor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

No Sí

- a. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada...
- b. Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar después del parto.....
- c. Depresión posparto.....
- d. Grupos de apoyo para nuevos padres....
- e. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo ...

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

Marque UNA respuesta

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

81. Cuando nació su *primer* hijo, ¿cuántos años tenía usted?

_____ Años de edad

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

82. 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.

- De \$0 a \$15,000
- De \$15,001 a \$19,000
- De \$19,001 a \$22,000
- De \$22,001 a \$26,000
- De \$26,001 a \$29,000
- De \$29,001 a \$37,000
- De \$37,001 a \$44,000
- De \$44,001 a \$52,000
- De \$52,001 a \$56,000
- De \$56,001 a \$67,000
- De \$67,001 a \$79,000
- \$79,001 ó más

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

_____ Personas

84. ¿Cuál es la fecha de hoy?

_____ / _____ / 20____
Mes Día Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Oklahoma.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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