

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

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

### 4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asma.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Anemia (falta de hierro).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas cardíacos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Problemas de la glándula tiroides.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. 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 quedar embarazada
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

6. En los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

No → **Pase a la Pregunta 9**

Sí  
↓

7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

**Marque TODAS las que correspondan**

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra → Por favor, escríbala:

8. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo* bebé.

9. 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 o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o SoonerCare
- SoonerPlan
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

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

Marque **TODAS** las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Página 4, Pregunta 11**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o SoonerCare
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

### 11. ¿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 o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o SoonerCare
- SoonerPlan
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

### 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

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

- No
- Sí

**Pase a la Pregunta 15**

### 14. 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 incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí

## 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.)

### 15. ¿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, enfermera u otro profesional de salud le dijo que estaba embarazada.

- Semanas   Meses
- No recuerdo

**16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?**

Semanas   Meses  
 No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 18**

**17. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque No, si no le preguntaron, o Sí, si le preguntaron.**

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. 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

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

**Marque UNA respuesta**

- No  
 Sí, antes de mi embarazo  
 Sí, durante mi embarazo

**20. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió usted la vacuna Tdap? La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.**

- No  
 Sí  
 No sé

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

- No  
 Sí

**22. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo) .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo *más reciente*?**

Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema, o **Sí**, si lo tuvo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sangrado vaginal .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuvo que ir al doctor o al hospital .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 28**
- Sí ↓

**25. 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

**26. 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

**27. ¿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

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.**

**E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina**

(tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

**28. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años?** Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 29. Sino, pase a la Página 8, Pregunta 31.**

**29. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**30. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

Sí

→ **Pase a la Pregunta 34**

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

14 ó más bebidas a la semana

De 8 a 13 bebidas a la semana

De 4 a 7 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 34**

**33. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 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 un período de 2 horas

**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.**

**34. 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 divorcí de mi esposo o pareja .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja perdió su trabajo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Murió alguien muy cercano a mí .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**35. En los 12 meses *antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- |                                  | No                       | Sí                       |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**36. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- |                                  | No                       | Sí                       |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**37. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	20
Mes		Día		Año

**38. 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 41**

**39. ¿Su bebé está vivo?**

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 52**

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 52**
- Sí → **Pase a la Página 10, Pregunta 41**

**41. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?** Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**42. ¿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 47**

Sí

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

No

Sí —————→ **Pase a la Pregunta 45**

**Pase a la Pregunta 44**

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

Menos de 1 semana

Semanas   Meses

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 46.**

**45. Esta pregunta se 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. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida.....                                      | <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"/> |

46. ¿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 o leche de vaca)?

Semanas   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 Página 12, Pregunta 52.**

47. 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

48. En las *últimas 2 semanas*, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

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

**Pase a la Pregunta 50**

49. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme *usted*?

- No
- Sí

50. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo *usualmente* durmió su nuevo bebé en las *últimas 2 semanas*?

Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si *normalmente* durmió así.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir ( <i>sleeping sack</i> ) o saquito cobertor.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna ( <i>bumper pads</i> ) transpirables o no transpirables..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las siguientes cosas? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**52. ¿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 incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí →

**Pase a la Pregunta 54**

**53. ¿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**

- Quiero quedar embarazada
- Estoy embarazada ahora
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- Otra → Por favor, escríbala:

---

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 55.**

**54. ¿Qué clase de anticonceptivos 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 o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

---

**55. 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 →

**Pase a la Pregunta 57**

Sí

**Pase a la Pregunta 56**

**56. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**57. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido algún problema médico por el que tuvo que ir al hospital y quedarse hasta el día siguiente?**

- No → **Pase a la Pregunta 59**
- Sí ↓

**58. ¿Qué tipo de problema médico hizo que usted fuera al hospital?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Sangrado vaginal
- Fiebre o infección
- La presión alta (hipertensión)
- Otro → Por favor, escríbalo:

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

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

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

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

## OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

**61. ¿Por alguna razón, durante su embarazo más reciente usted tomó o usó cualquiera de los siguientes medicamentos para el dolor?** Para cada uno, marque **No**, si no lo usó, o **Sí**, si lo usó.

No Sí

- a. Medicinas para dolor sin receta médica tales como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® .....
- b. Medicinas para dolor con receta médica tales como hidrocodona (Vicodin®), oxycodona (Percocet®) o codeína.....

**Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 65.**

**62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitara?** Para cada uno, marque **No**, si no la tendría, o **Sí**, si la tendría.

No Sí

- a. Alguien que me prestara \$50 .....
- b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama .....
- c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas.....
- d. Alguien que cuidara a mi bebé .....
- e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé.....

**63. ¿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 → **Pase a la Pregunta 65**

Sí

**64. ¿Usted puede contactar al doctor o enfermera personal de su bebé las 24 horas al día, siete días a la semana?** Por favor incluye el servicio de localización después de horas de oficina o alguna otra forma para contactar a su proveedor de servicios médicos después de horas de oficina.

No

Sí

**65. ¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primer hijo?**

Años de edad

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

**66. 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 \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

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

Número de Personas

**68. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  /

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.***



