

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
 Sí

→ Pase a la Pregunta 7

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 aparte de anticonceptivos
- d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes
- e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui a 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 (Diamond State Partners, Unison, o Delaware Physicians Care)
- Delaware Healthy Children Program (DHCP/SCHIP)
- CHAP—Community Healthcare Access Program
- TRICARE u otro seguro médico militar
- 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 (<u>NO</u> 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"/> |

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Anemia (falta de hierro)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Problemas cardíacos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Epilepsia (convulsiones)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas de la glándula tiroides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

13. 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 lo que quería

Pase a la
Pregunta 15

14. ¿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

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

- No
- Sí

Pase a la Página 4,
Pregunta 18

Pase a la Pregunta 16

16. 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 19

17. ¿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:

Si **no estaba** tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 19.

18. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.

- 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.)

19. ¿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

20. ¿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 22**

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

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 23**
Pase a la Pregunta 22

22. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid (Diamond State Partners, Unison, o Delaware Physicians Care) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 26.

23. 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 (Diamond State Partners, Unison, or Delaware Physicians Care)
- Delaware Healthy Children Program (DHCP/SCHIP)
- CHAP—Community Healthcare Access Program
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- _____
- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

24. 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"/> |

25. ¿Qué le pareció el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente?

Si fue a más de un lugar para recibir cuidado prenatal, responda sobre el lugar en el que recibió *la mayoría* de su cuidado. Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si lo estuvo.

¿Estuvo satisfecha con—

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. El tiempo que tenía que esperar al llegar al lugar para las consultas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba con usted durante las consultas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El consejo que recibió sobre cómo cuidarse usted misma?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La comprensión y el respeto que el personal le demostró? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. 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

27. 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

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

Marque UNA respuesta

No → Pase a la Pregunta 30

Sí, antes del embarazo

Sí, durante el embarazo

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

____ / ____ 20____

Mes Año

No me acuerdo

30. 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.....
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías.....
- c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....
- d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....
- e. Necesité consultar a un dentista por un **problema**.....
- f. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**.....

31. 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

32. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla 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

Sí

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

No

Sí

34. 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

35. ¿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 graves que tuvo que ir al doctor o al hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluye la hipertensión inducida por el embarazo), preeclampsia o toxemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas [PROM]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me hicieron una transfusión de sangre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me lastimé en un accidente de automóvil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

No → **Pase a la Pregunta 40**

Sí ↓

37. 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

38. 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

39. ¿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

40. ¿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.

41. 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 10, Pregunta 44**
- Sí

42. 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

43. 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.

44. 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. Redujeron 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"/> |

45. 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

46. 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.

47. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

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

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es 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.

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

- No
 Sí
 No sé

50. 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 53**

51. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
 Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 60**

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 59**
 Sí

53. ¿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 56**
 Sí

Pase a la Pregunta 54

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 56**

55. ¿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 todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 59.

56. 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

57. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

58. ¿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

59. *Desde que nació su nuevo bebe, ¿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

60. ¿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 62

Pase a la Pregunta 61

61. ¿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 63.

62. ¿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:

63. 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
- Si

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

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

65. 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

66. ¿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 (Diamond State Partners, Unison, o Delaware Physicians Care)
- Delaware Healthy Children Program (DHCP/SCHIP)
- CHAP—Community Healthcare Access Program
- TRICARE u otro seguro médico militar
- 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.

67. ¿Cuántos años tenía usted cuando quedó embarazada de su *primer* bebé?

Años de edad

68. Durante los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?

No —————→ **Pase a la Pregunta 70**
 Sí

Si tuvo más de un aborto espontáneo, muerte fetal o bebé que nació muerto en los *12 meses antes* de su embarazo más reciente, conteste la próxima pregunta para el más reciente.

69. ¿Hace cuándo *terminó* ese embarazo?

- Menos de 6 meses antes de quedar embarazada de mi nuevo bebé
 De 6 a 12 meses antes de quedar embarazada de mi nuevo bebé

70. ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé?

Estaba—

- Muy infeliz de estar embarazada
 Infeliz de estar embarazada
 No estaba segura
 Feliz de estar embarazada
 Muy feliz de estar embarazada

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 72.

71. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de salud le habló sobre cómo contar las veces que el feto (bebé) *patea*? Por favor solo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos.

- No
 Yes

72. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *fruta* consumía en un día?

Marque UNA respuesta

- Cero porciones (ninguna)
 1 ó 2 porciones al día
 3 ó 4 porciones al día
 5 ó más porciones al día

73. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *verduras* consumía en un día?

Marque UNA respuesta

- Cero porciones (ninguna)
 1 ó 2 porciones al día
 3 ó 4 porciones al día
 5 ó más porciones al día

74. Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía:

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Verrugas genitales (VPH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Herpes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Clamidia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Gonorrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Enfermedad inflamatoria pélvica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Estreptococos grupo B (beta estrep)... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Vaginosis bacteriana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tricomoniasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Infección vaginal causada por hongos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Infección de las vías urinarias..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Otra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor escríbala: _____

75. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios? Para cada servicio, marque No, si no recibió el servicio, o Sí, si lo recibió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Estampillas para alimentos, cupones de WIC o dinero para comprar comida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Información sobre orientación para problemas familiares y personales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayuda para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbalo: _____

76. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada uno, 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 que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

77. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes?

Para cada servicio, marque No, si no usó el servicio o Sí, si lo usó.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consejería para la depresión o la ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. ¿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

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

79. 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 \$10,000
- De \$10,001 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
- De \$79,001 a \$99,999
- \$100,000 ó más

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

Personas

81. ¿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 Delaware.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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