

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

ANTES DEL EMBARAZO

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

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

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

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o el Programa de Baby Love
- TRICARE u otro seguro médico militar
- NC Health Choice
- Health Check
- Carolina ACCESS
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

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

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

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

Libras **O** Kilos

2

5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies Y Pulgadas

O Metros

6. ¿En qué fecha nació usted?

/ / 19
Mes Día Año

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

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 11**
 Sí

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.**11. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?****Marque una respuesta**

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

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 15**

13. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 15**

Pase a la Pregunta 14

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

Marque todas las opciones que apliquen

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

DURANTE EL EMBARAZO

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

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 o enfermera le dijo que estaba embarazada.)

____ Semanas O ____ Meses

No recuerdo

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

{ ____ Semanas O ____ Meses

No recibí cuidado prenatal →

**Pase a la Página 4,
Pregunta 18**

Pase a la Página 4, Pregunta 17

4

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 19

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

Cierto Falso

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

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 21.

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o el Programa de Baby Love
- TRICARE u otro seguro médico militar
- NC Health Choice
- Health Check
- Carolina ACCESS
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a 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 con un círculo Sí, si alguien le habló sobre el tema o No, si nadie le habló sobre el tema.

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

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

- No
 Sí
 No sé

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

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

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

6

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 29**
 Sí

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

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

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

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

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

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

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

Marque una respuesta

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

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

30. 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 Pregunta 33**
 Sí

Pase a la Pregunta 31a

31a. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

Pase a la Pregunta 32a

31b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

32a. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

Pase a la Pregunta 33

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

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

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

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

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

34. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo, se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron según su raza?

- No
- Sí

8

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

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

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

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

39. ¿En qué fecha nació su bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
 Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
 Medicaid o el Programa de Baby Love
 TRICARE u otro seguro médico militar
 NC Health Choice
 Health Check
 Carolina ACCESS
 Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

- No
 Sí
 No sé

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

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

44. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 56**
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 56**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 48**

Pase a la Pregunta 47

47. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho
 Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
 Tenía otros niños que cuidar
 Tenía demasiadas tareas domésticas
 No me gustó dar pecho
 Traté pero era demasiado difícil
 No quería dar pecho
 Me daba vergüenza dar pecho
 Regresé al trabajo o a la escuela
 Quería mi cuerpo para mí misma
 Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 11, Pregunta 52b.

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 51**

49. ¿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

50. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
- Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno de dejar de dar pecho
- Me enfermé y no podía dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra \longrightarrow Por favor, escríbala:

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

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

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. El personal del hospital me dio información sobre cómo dar pecho . . . | No | Sí |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | No | Sí |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital . . | No | Sí |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida | No | Sí |
| e. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | No | Sí |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna. | No | Sí |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera. | No | Sí |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche | No | Sí |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | No | Sí |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | No | Sí |
| k. Mi bebé usó un chupón en el hospital. | No | Sí |

52a. ¿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

52b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

Semanas **O** Meses

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

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 56.

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

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

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí →

Pase a la Página 12, Pregunta 58

Pase a la Página 12, Pregunta 57

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 opciones que apliquen

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

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 59.

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

Marque **todas** las opciones que apliquen

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- La píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera[®])
- Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
- Parche anticonceptivo (Orthoevra[®])
- Diafragma, capuchón o esponja cervical
- Anillo vaginal (Nuvaring[®])
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®])
- Método del ritmo o planificación familiar natural
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)
- Otro _____ ➔ Por favor, escríbalo:

59. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:

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

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

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

60. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar, hacer jardinería.)

- Menos de 1 día a la semana
- 1 a 2 días a la semana
- 3 a 4 días a la semana
- 5 ó más días a la semana
- Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijo que no hiciera ejercicio

61. Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal o visitas médicas de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de algunas las siguientes cosas? Para cada cosa, marque con un círculo **Sí**, si alguien le habló sobre el tema o **No**, si nadie le habló sobre el tema.

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| | No | Sí |
| a. La melancolía posparto (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto | No | Sí |
| b. La bacteria Grupo B Estreptococo (o Beta Estreptococo) que las mujeres pueden pasar a sus bebés durante el nacimiento. | No | Sí |
| c. Acostar a su bebé boca arriba o de lado para dormir | No | Sí |
| d. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente. | No | Sí |
| e. Qué pasa si un bebé es sacudido . . . | No | Sí |
| f. Qué podría hacer para calmar a un bebé que está llorando. | No | Sí |
| g. Fumar o usar tabaco. | No | Sí |
| h. Humo de segunda mano. | No | Sí |

62. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe las reglas sobre fumar *dentro* de su casa durante su *más reciente* embarazo?

Marque una respuesta

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

63. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse a usted, vivían en su casa durante su *más reciente* embarazo?

Número de fumadores

64. ¿Con qué frecuencia toma usted una multivitamina ahora?

- Veces al día
- Veces a la semana
- Veces al mes

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado de sus dientes *durante* su más reciente embarazo.

65. ¿Fue usted al dentista o a una clínica dental?

- No → Pase a la Pregunta 67
- Sí

66. Cuando usted fue al dentista o a la clínica dental, ¿tuvo alguno de los siguientes servicios? Para cada cosa, marque con un círculo **Sí**, si tuvo el servicio, o **No**, si no tuvo el servicio.

- | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|
| | No | Sí |
| a. Limpieza | No | Sí |
| b. Rellenar caries | No | Sí |
| c. Extracciones. | No | Sí |
| d. Otro tratamiento. | No | Sí |

67. ¿Necesitaba ir al dentista por un problema dental pero no pudo?

- No
- Sí

68. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana hizo ejercicio o actividad física por lo menos 30 minutos? (Por ejemplo, caminar, bailar, jardinería, o barrer)

- Menos de 1 día a la semana
- De 1 a 4 días a la semana
- 5 ó mas días a la semana
- Me dijo el doctor, la enfermera u otro profesional de salud que no hiciera ejercicio

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 70.

69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿recibiría los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque con un círculo **Sí**, si alguien le hubiera ayudado y **No**, si no.

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

70. Por favor díganos si ha oído hablar de los siguientes programas de Carolina del Norte. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si ha oído sobre el programa, o **No**, si no ha oído del programa.

- | | No | Sí |
|--|-----------|-----------|
| a. El Programa de Baby Love | No | Sí |
| b. Coordinación de Servicios Infantiles | No | Sí |
| c. Línea de Ayuda de Servicios Especializados de los Niños (Children's Specialized Services Help Line 1-800-737-3028). | No | Sí |
| d. Planificación Familiar/ Póngase Listo. | No | Sí |
| e. Red de Apoyo Familiar | No | Sí |
| f. Línea de Ayuda Primer Paso (1-800-FOR-BABY) | No | Sí |
| g. Health Check (Medicaid) y NC Health Choice, seguro médico público para niños | No | Sí |
| h. Línea de Recursos de Salud Familiar de Carolina del Norte (1-800-367-2229). | No | Sí |
| i. QuitlineNC (1-800-QUIT-NOW 1-800-784-8669) | No | Sí |
| j. Smart Start | No | Sí |

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

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

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

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

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

Personas

73. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20
Mes Día Año

Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de Carolina del Norte.

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

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