

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

- No
 Sí

Pase a la Pregunta 7

Pase a la Pregunta 5

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

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para mejorar mi salud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un profesional de salud me chequeó para la diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. 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 (no 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"/> |

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

10. 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 13**
- Sí

11. ¿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:

12. 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. Hablé conmigo sobre mantener un peso saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablé conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablé conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hablé conmigo sobre cómo podía mejorar mi salud antes de un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hablé 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*.

13. 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 de North Carolina, de www.ncdhhs.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid, Baby Love o Health Check
- Health Choice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

14. 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 Pregunta 15**
- 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 de North Carolina, de www.ncdhhs.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid, Baby Love o Health Check
- Health Choice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

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

15. ¿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 de North Carolina, de www.ncdhhs.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid, Baby Love o Health Check
- Health Choice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

16. 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

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 21

18. 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

Pase a la Pregunta 20

Pase a la Pregunta 19

19. ¿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 usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta 21.

20. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?

Marque TODAS las que correspondan

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Sklya®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

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.)

21. ¿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

22. ¿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 24

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

No

Sí

Pase a la Página 6, Pregunta 25

Pase a la Pregunta 24

24. ¿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, Baby Love o Health Check | <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.

25. 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"/> |

26. 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

27. 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

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

- No
 Sí

29. Esta pregunta es sobre otro cuidado de sus dientes durante su embarazo más reciente.

Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

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

30. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente? Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista, o **Sí**, si le impidió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. 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 comenzó durante <i>este</i> embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 36

33. 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

34. 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

35. ¿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

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

_____ Número de fumadores

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.

37. ¿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 38. Sino, pase a la Pregunta 40.

38. 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 o otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

39. 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 o otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

40. 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 43**
- Sí

41. 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

42. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿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

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.

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

44. 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

45. 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"/> |

46. 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.

47. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

48. 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 51**

49. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 64**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 64**
- Sí

51. 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 amigas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

52. ¿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 54**

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

Marque TODAS las que correspondan

- 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
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 59.

54. Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted algún tipo de asistencia para amamantar de los que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no recibió este tipo de asistencia para amamantar, o **Sí**, si la recibió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que respondiera mis preguntas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ayuda para poner al bebé en la posición correcta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Información sobre dónde conseguir una bomba o extractora de leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para usar la bomba o extractora de leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escríbala:

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

- No
 Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 58**

56. ¿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

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

Marque TODAS las que correspondan

- 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, o era demasiado doloroso
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo o pareja no apoyaba que diera pecho
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 59.

58. 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. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 64.

59. 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

60. 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 62

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

- No
 Sí

62. 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.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

63. ¿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.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebe boca arriba..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebe 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"/> |

64. ¿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 66**

65. ¿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 67.

66. ¿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:

67. 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 Página 14, Pregunta 69**
 Sí

Pase a la Página 14, Pregunta 68

68. 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 gané 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"/> |

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

70. 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.

71. 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 de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. La melancolía posparto (conocida en inglés como "baby blues") o la depresión posparto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Qué pasa si un bebé es sacudido..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Qué podría hacer para calmar a un bebé que está llorando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Fumar o usar tabaco..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Humo de segunda mano..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No → Pase a la Pregunta 77
 Sí

Pase a la Pregunta 73

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

Marque UNA respuesta

No, y no estoy planeando regresar

→ Pase a la Pregunta 77

No, pero voy a regresar

Sí

74. ¿Se tomó tiempo de licencia *después del nacimiento de su nuevo bebé*?

Marque TODAS las que correspondan

Me tomé licencia *pagada*

Me tomé licencia *no pagada*

No me tomé

licencia

→ Pase a la Pregunta 76

75. ¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?

_____ Semanas **O** _____ Meses

Menos de una semana

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

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

77. ¿Tomó el padre de su nuevo bebé licencia de su trabajo *después del nacimiento de su nuevo bebé*?

Marque UNA respuesta

No, él no tomó licencia

Sí, él tomó licencia *pagada* de su trabajo

Sí, él tomó licencia *no pagada* de su trabajo

Sí, él tomó licencia *pagada y no pagada* de su trabajo

El padre de mi bebé no tenía trabajo

No sé

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 79.

78. *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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien que cuidara a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 \$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

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

Número de Personas

81. ¿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 Carolina del Norte.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

