

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 6**

↓ **Pase a la Pregunta 5**

#### 5. ¿Cuál es la diferencia de edad entre su nuevo bebé y el hijo a quien usted dio a luz justo antes de tener a su nuevo bebé?

- De 0 a 12 meses  
 De 13 a 18 meses  
 De 19 a 24 meses  
 Más de 2 años pero menos de 3 años  
 De 3 a 5 años  
 Más de 5 años

#### 6. 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"/> |
| f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. 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) .....
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....
- c. Depresión.....
- a. Asma.....
- b. Problemas de la glándula tiroides.....
- c. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....
- d. Ansiedad.....

**8. 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

**9. 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 12**
- Sí

**10. ¿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:

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

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

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

**12. 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 CT (Access Health CT), [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (HUSKY Salud)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o servicios de salud de la tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

**13. 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 14**
- 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 CT (Access Health CT), [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (HUSKY Salud)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o servicios de salud de la tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

**14. ¿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 CT (Access Health CT), [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (HUSKY Salud)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o servicios de salud de la tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

**15. 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

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 19**

**17. 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 Página 6, Pregunta 21**

**Pase a la Pregunta 18**

**18. ¿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 21.**

**19. ¿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 → **Pase a la Página 6, Pregunta 21**
- Sí

**Pase a la Pregunta 20**

**20. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad durante el mes que quedó embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid®, Serophene®, Pergonal® u otros medicamentos que estimulan la ovulación)
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en los que semen se colecta y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos)
- Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro [IVF], transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT], inyección de semen intracitoplásmica [ICSI], transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donante)
- Otro tratamiento médico \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

---

- No estaba usando ningún tratamiento para la fertilidad *durante el mes* cuando quedé embarazada de mi nuevo bebé

## 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 fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

{ \_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

No recibí cuidado prenatal

→ **Pase a la Pregunta 23**

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

No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 24**

**Pase a la Pregunta 23**

23. ¿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 o HUSKY Salud.....                                   | <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 Pregunta 25.**

**24. 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"/> |

**25. 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

**26. 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

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

- No  
 Sí

**28. 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. <b>Necesité</b> consultar a un dentista por un <b>problema</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Fui</b> a un dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. ¿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"/> |

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

- No  
 Sí

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 <b>comenzó</b> durante este embarazo).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Problemas de la glándula tiroides.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ansiedad.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dio a **usted** una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?

- No  
 Sí  
 No sé

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 37**  
 Sí

34. 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

35. 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

36. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

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



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

**E-cigarillos (cigarillos 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-cigarillos (cigarillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar, rapé o snus.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cigarros, cigarillos, cigarillos de clavo de olor, cigarritos.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarillos 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-cigarillos 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-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**39. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos 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-cigarillos u 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 Página 10, 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 divorcié de mi esposo o pareja .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**44. 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"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**45. 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"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

	/		/	20
Mes		Día		Año

**47. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?**

- Parto vaginal → Pase a la Pregunta 49
- Parto por cesárea (c-section)

Pase a la Pregunta 48

#### 48. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)
- Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
- Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

#### 49. 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 52**

#### 50. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**

**Pase a la Pregunta 51**

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
- Sí

#### 52. 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.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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:

#### 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 Página 12, Pregunta 56**
- Sí

#### 54. ¿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 56**

**Pase a la Página 12, Pregunta 55**

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

Menos de 1 semana

Semanas   Meses

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 61.**

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. 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 59**

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

- No  
 Sí

59. 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"/> |

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

61. ¿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 63**

**Pase a la Pregunta 62**

**62. ¿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 64.**

**63. ¿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:

**64. 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 66**

Sí

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

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

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**67. 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

**68. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?**

- No  
 Sí

**69. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?**

- No  
 Sí

## OTRAS EXPERIENCIAS

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**70. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usted experimentó discriminación, acoso, o le hicieron sentir inferior a causa de su raza, etnicidad o cultura?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**71. Durante su embarazo, probablemente tuvo que obtener distintos tipos de servicios relacionados con la salud. Entre estos pudo haber necesitado consultas en la clínica, en el consultorio del doctor o la enfermera, pudo haber solicitado un seguro de salud o Medicaid, o pudo haber solicitado ayuda por un problema familiar.**

**Al obtener esos servicios, ¿alguna vez sintió que le trataron injustamente por alguna de las siguiente razones?** Para cada una, marque **No**, si no le trataron injustamente, o **Sí**, si le trataron injustamente.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi edad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El idioma que hablo.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi ciudadanía.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi estatus de seguro o Medicaid.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me sentí que me trataron injustamente por otras razones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escríbalas:

**72. Esta pregunta trata sobre cosas que le pudieron haber pasado durante su embarazo más reciente.** Para cada opción, marque **No**, si no le pasó, o **Sí**, si le pasó.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sentí que mi raza o etnicidad aumentó el estrés en mi vida .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me sentí emocionalmente perturbada (por ejemplo, enojada, triste, o frustrada) por la manera en la que me trataron a razón de mi raza o etnicidad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sentí síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, molestias estomacales, tensión de los músculos o palpitaciones del corazón) que yo creí estaban relacionados con la manera en la que me trataron a razón de mi raza o etnicidad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**73. Desde que nació su nuevo bebé, ¿quién le ayudaría si usted tuviera algún problema?** Por ejemplo, ¿quién le ayudaría si usted necesitara pedir prestados \$50 o si se enfermara y tuviera que quedarse en cama por varias semanas?

**Marque TODAS las que correspondan**

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Otra persona —————> Por favor, escríbala:

- Nadie me ayudaría

**74. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia le proporciona su esposo o pareja estímulo y apoyo emocional a usted?**

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

**Si su bebé no está vivo, pase a la Página 16, Pregunta 78.**

**75. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia contribuye el padre de su nuevo bebé cosas tales como dinero, comida, ropa, refugio o cuidado de la salud para satisfacer las necesidades básicas de su nuevo bebé?**

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

**76. Cuando el padre de su nuevo bebé está con su bebé, ¿con qué frecuencia él abraza, besa, carga, o juega con el nuevo bebé?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El padre de mi nuevo bebé normalmente no pasa tiempo con mi bebé

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 78.**

**77. 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"/> |

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

**78. 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 \$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
- De \$85,001 a \$99,999
- \$100,000 ó más

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

Número de Personas

**80. ¿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 Connecticut.**

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!***

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

