

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)
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....
- c. Depresión.....
- d. Asma.....
- e. Anemia (falta de hierro)
- f. Problemas de la glándula tiroides.....
- g. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....
- h. Ansiedad.....

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. 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"/> |

13. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo?

- No → **Pase a la Página 4, Pregunta 15**
- Sí

Pase a la Pregunta 14

14. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los temas a continuación sobre cómo prepararse para un embarazo? *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner al día mis vacunas antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <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*.

15. 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 Delaware (choosehealthde.com) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Diamond State Health Plan, Highmark Health Options, United Healthcare)
- Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP/SCHIP)
- CHAP – Community Healthcare Access Program
- 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

16. 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 17**
- 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 Delaware (choosehealthde.com) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Diamond State Health Plan, Highmark Health Options, United Healthcare)
- Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP/SCHIP)
- CHAP – Community Healthcare Access Program
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

17. ¿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 Delaware (choosehealthde.com) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Diamond State Health Plan, Highmark Health Options, United Healthcare)
- Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP/SCHIP)
- CHAP – Community Healthcare Access Program
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

18. 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

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 21

Pase a la Pregunta 20

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

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí

DURANTE EL EMBARAZO

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

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 **O** _____ Meses

- No recuerdo

22. ¿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 Página 6, Pregunta 24

Pase a la Página 6, Pregunta 23

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

- No
 Sí

Pase a la Pregunta 25

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 (Diamond State Health Plan, Highmark Health Options, United Healthcare)..... | <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 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*, ¿recibió usted la vacuna Tdap? La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.

- No
 Sí
 No sé

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

- No
 Sí

30. 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. Fuí a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No
 Sí

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sangrado vaginal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan graves que tuve que ir al doctor o al hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me cosieron el cuello del útero (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas pretérmino [PPROM en inglés]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me hicieron una transfusión de sangre ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me lastimé en un accidente de automóvil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía alguna de las infecciones que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no le dijeron que tenía la infección, o **Sí**, si le dijeron que la tenía.

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

Por favor, escríbala:

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 39**
- Sí

36. 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

37. 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

38. ¿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

39. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma?

Marque UNA respuesta

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

Las siguientes preguntas son acerca del 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.

40. ¿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, tabaco sin humo, o rapé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros..... | <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 41. Sino, pase a la Pregunta 43.

41. 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

42. 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.

43. 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 46**
- Sí

44. 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

45. 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.

46. 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"/> |

47. 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. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. 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. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

49. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

50. ¿Cuánto subió de peso durante su embarazo *más reciente*?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté Libras Kilos
- No subí de peso durante mi embarazo
- No sé

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

- No
- Sí
- No sé

52. 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 Página 12, Pregunta 55

53. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 66**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 65**
- Sí

Pase a la Página 12, Pregunta 55

55. 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:

56. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

No → **Pase a la Pregunta 59**

Sí

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

No

Sí → **Pase a la Pregunta 59**

58. ¿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 65.

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 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"/> |

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

- No
 Sí
 Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

65. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

66. ¿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 Página 14, Pregunta 68

67. ¿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 69.

68. ¿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:

69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No _____ → **Pase a la Pregunta 71**
- Sí

Pase a la Pregunta 70

70. 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. Hablé conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablé conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablé 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"/> |

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

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

72. 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.

73. ¿Cuántos años tenía usted cuando quedó embarazada por primera vez?

_____ Años de edad

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

- No
 Sí

Pase a la Pregunta 76

75. ¿Hace cuándo terminó ese embarazo?

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

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 77.

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

- No
 Sí

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Estampillas para alimentos o dinero para comprar comida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Orientación para problemas familiares y personales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escríbalo:

78. Durante su embarazo más reciente, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada uno, marque **No**, si no la hubiera recibido, o **Sí**, si la hubiera recibido.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 80.

79. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes? Para cada servicio, marque **No**, si no usó el servicio, o **Sí**, si lo usó.

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

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

80. 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 \$99,000
- De \$99,001 a \$109,000
- \$109,001 ó más

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

Número de Personas

82. ¿Cuál es la fecha de hoy?

	/		/	20
Mes		Día		Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Delaware.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

