



District of Columbia  
Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

# Una encuesta de salud sobre las madres y bebés en el Distrito de Columbia

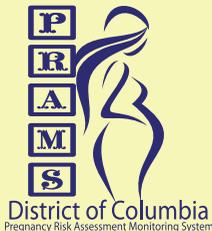


GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA



Con su ayuda, más bebés  
podrían ser más saludables





## Información Importante Sobre PRAMS

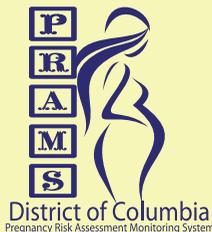
***Por favor, lea antes de empezar el cuestionario***

- PRAMS es el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). PRAMS es un proyecto de investigación realizado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de Distrito de Columbia.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiendo a 1300 mujeres en Distrito de Columbia que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 15-20 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo o el uso de bebidas alcohólicas durante el embarazo.
- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud de otras fuentes.
- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación. Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).
- Nadie será identificado por nombre en los informes de PRAMS. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de PRAMS será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de Distrito de Columbia.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a Dr. Fern Johnson-Clarke al 1(855)-772-6732

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a Sandra Johnson, el Coordinador del proyecto PRAMS de DC

Al 1- 855-PRAMSDC (855-772-6732)

La llamada es gratis.



## Preguntas Más Comunes Sobre PRAMS

### ***¿Qué es PRAMS?***

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (sigla PRAMS) es un proyecto de investigación del Departamento de Salud de DC y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Nuestro objetivo es averiguar por qué algunos bebés nacen sanos y otros no. Con este fin, cuestionamos a las nuevas madres sobre sus embarazos. Cada año en DC hay cientos de bebés que nacen con graves problemas de salud. Muchos de estos bebés mueren. Necesitamos su ayuda para averiguar por qué sucede esto. No importa cómo haya sido su embarazo, sus respuestas nos ayudarán a mejorar las oportunidades de las futuras madres y bebés de DC.

### ***¿Serán confidenciales mis respuestas?***

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales hasta donde lo permita la ley y se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en DC. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

### ***¿Cómo fui escogida para participar en PRAMS?***

Su nombre fue elegido al azar del registro estatal de certificados de nacimiento, como una lotería. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

### ***¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?***

¡Sí! Debido al pequeño número de madres escogidas, es importante tener las respuestas de todas. Cada embarazo es distinto. Para lograr una mejor imagen global de la salud de las madres y los bebés en DC, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas. Con la información que usted nos dé tal vez podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños de DC. Necesitamos saber lo bueno, así como lo malo de su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

### ***Algunas de las preguntas no parecen tener nada que ver con la atención médica: ¿por qué se preguntan?***

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes y durante el embarazo.

### ***¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de PRAMS?***

Puede llamarnos al número 1(855) PRAMS-DC y con gusto contestaremos cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de PRAMS. La llamada es gratis. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono.

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. 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 ( <b>no</b> 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"/> |

### 5. 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

### 6. 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 Página 2, Pregunta 9  
 Sí

Pase a la Página 2, Pregunta 7

**7. ¿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:

**8. 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*.

9. 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 o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- DC Alliance
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

10. 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 11**
- 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 o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- DC Alliance
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

11. ¿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 o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- DC Alliance
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

12. 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

## 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.)

13. ¿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 15**

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

No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

**Pase a la Pregunta 15**

15. ¿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 state Medicaid name).....                         | <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 18.**

**16. 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"/> |

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

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El tiempo que tenía que esperar.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba conmigo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El consejo que recibí sobre cómo cuidarme .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La comprensión y el respeto que el personal me demostró .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. 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

**19. 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

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

- No  
 Sí

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

**22. ¿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"/> |

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

**24. ¿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 <b>graves</b> 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"/> |

**25. 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.

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

- No  
 Sí

Pase a la Pregunta 30

27. 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

28. 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

29. ¿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

30. ¿Su esposo o pareja fuma dentro de su casa?

- No  
 Sí

31. Sin incluirse a usted ni a su esposo o pareja, ¿hay alguna otra persona que fuma cigarrillos dentro de su casa?

- No  
 Sí

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.

32. ¿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 Página 8, Pregunta 33. Sino, pase a la Página 8, Pregunta 35.**

**33. 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 u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**34. 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 u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

**35. 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 37**
- Sí

**36. 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

**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.**

**37. Durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?**

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

**38. 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 estranglarla 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"/> |

**39. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estranglarla 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"/> |

**40. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le pasó algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera ..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja ..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o algunas actividades sexuales cuando yo no quería ..                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

	/		/	20
Mes		Día		Año

**42. 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 45**

**43. ¿Su bebé está vivo?**

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 11, Pregunta 54**

**Pase a la Pregunta 44**

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

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 54**
- Sí

**45. 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:

**46. ¿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 10, Pregunta 49**
- Sí

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 10, Pregunta 49**

**Pase a la Página 10, Pregunta 48**

48. ¿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 54.

49. 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

50. 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 52

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

- No  
 Sí

52. 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"/> |

53. ¿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"/> |

**54. ¿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 56**

**55. ¿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 57.**

**56. ¿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:

---

**57. 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 12, Pregunta 59**  
 Sí

↓  
**Pase a la Página 12, Pregunta 58**

**58. 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.

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

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**60. 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

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

- No  
 Sí

**62. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿le ha pasado algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa de alguna manera..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo o pareja .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

**63. Algunas de estas cosas pueden ocurrir a las personas durante la niñez. Las experiencias durante la niñez pueden ser importantes. Por favor, díganos si alguna de estas cosas le pasó a usted durante el tiempo desde su nacimiento hasta la edad de 13 años, inclusivo.**

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Casi siempre había una persona adulta que creía en mí y con quien yo podía contar si necesitaba ayuda .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se divorció o se separó de su pareja .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuvimos que mudarnos debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Yo o alguien en mi familia pasamos hambre porque no teníamos dinero para comprar suficiente comida.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se metió en problemas con la ley o estuvo en la cárcel.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía tenía un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me pusieron en un hogar de crianza temporal (la corte o una agencia de bienestar infantil me sacó de mi casa)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**64. Pensando en su niñez hasta la edad de 13 años, inclusivo, ¿con qué frecuencia fue difícil para su familia pagar las necesidades básicas, como comida y casa?**

- Con mucha frecuencia  
 Con algo de frecuencia  
 Con poca frecuencia  
 Nunca

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**66. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón?** Sus respuestas son completamente confidenciales. Para cada una, marque **No**, si no la usó, o **Sí**, si la usó.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marihuana o hachís.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Marihuana sintética (K2, Spice) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone® .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> , chiva, alquitrán negro) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , agua) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> , nieve).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers, ludes</i> ) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse ( <i>huffing</i> ) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67. ¿Cómo describiría su época durante su embarazo más reciente?**

Marque UNA respuesta

- Una de las épocas más felices de mi vida  
 Una época feliz con ciertos problemas  
 Una época un poco difícil  
 Una época muy difícil  
 Una de las épocas más difíciles de mi vida

**68. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió usted alguno de los siguientes servicios?**

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

- |  | 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"/> |

**69. 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.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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:
- \_\_\_\_\_

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 71.**

**70. 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"/> |

**71. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada sobre tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**72. ¿Usted tiene una o más personas a quienes usted considera su doctor o enfermero personal?** Un doctor o enfermero personal es un profesional de salud familiarizado con sus antecedentes de salud. Puede ser un doctor clínico, un pediatra, un especialista, un enfermero practicante o un asistente de doctor.

- No  
 Sí

**73. ¿En qué país nació usted?**

Marque UNA respuesta

- Estados Unidos → **Pase a la Pregunta 75**  
 Puerto Rico  
 Otro país → Por favor, escríbalo:



**74. ¿Cuántos años tenía usted cuando se mudó a los Estados Unidos?**

\_\_\_\_\_ Años de edad

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

**75. 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
- De \$85,001 a \$100,000
- De \$100,001 a \$120,000
- \$120,001 ó más

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

\_\_\_\_\_ Número de Personas

**77. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

Las siguientes preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que suele propagarse con mayor frecuencia a través de las picaduras de mosquitos, pero un hombre con el virus del Zika también puede transmitir la enfermedad por vía sexual.

**Z1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuánto le preocupaba la posibilidad de infectarse con el virus del Zika?** Marque UNA respuesta

- Me preocupaba mucho
- Me preocupaba un poco
- No me preocupaba para nada
- Nunca había oído hablar del virus del Zika durante mi embarazo más reciente

Pase a la  
Página 16,  
Pregunta Z5

**Z2. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca del virus del Zika?**

- No
- Sí, un profesional de salud me habló del tema sin que yo se lo pidiera
- Sí, un profesional de salud me habló del tema pero sólo CUANDO le consulté al respecto

**Z3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba de sangre para detectar el virus del Zika?**

- No
- Sí

Las siguientes preguntas son acerca de sus viajes durante su embarazo *más reciente*.

**Z4. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se enteró de que existía la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?**

- No
- Sí

**Z5. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿vivió o viajó fuera de los 50 estados de los Estados Unidos?**

No → **Pase a la Pregunta Z9**

Sí

**Z6. ¿En qué momento vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente* y por cuánto tiempo?** Podría serle útil ver el calendario. Si usted no se acuerda de la fecha exacta, por favor escriba solamente el mes y año. Si realizó más de 2 viajes, complete la información a continuación para los dos PRIMEROS viajes durante su embarazo más reciente.

#### Viaje número 1

Lugar (país o territorio): \_\_\_\_\_

Primer día de viaje: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20  
 Mes                      Día                      Año

Estadía (en cantidad de días): \_\_\_\_\_

#### Viaje número 2

Lugar (país o territorio): \_\_\_\_\_

Primer día de viaje: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20  
 Mes                      Día                      Año

Estadía (en cantidad de días): \_\_\_\_\_

**Z7. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó el clima era tropical?** Normalmente son lugares calientes y húmedos.

No → **Pase a la Pregunta Z9**

Sí

**Pase a la Pregunta Z8**

**Z8. ¿Con qué frecuencia hacía cosas para tratar de evitar las picaduras de mosquitos mientras vivía o viajaba por los lugares especificados más arriba?** Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar las picaduras de mosquitos incluyen usar camisas de mangas largas y pantalones largos, usar repelente de mosquitos y permanecer en lugares con aire acondicionado o con screens en las puertas y ventanas.

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca
- No habían mosquitos

**Las últimas preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.**

**Z9. En algún momento *6 meses antes* de su embarazo *más reciente* o *durante* su embarazo, ¿su esposo o cualquier pareja de sexo masculino vivió o viajó fuera de los 50 estados de Estados Unidos?**

No → **Pase a la Pregunta Z11**

Sí

**Z10. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó su esposo o cualquier pareja de sexo masculino el clima era tropical?** Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- No
- Sí
- No sé

**Z11. Durante su *embarazo más reciente*, ¿con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o alguna pareja de sexo masculino?**

- Cada vez → **Pase al final**
- Algunas veces
- Nunca
- No tuve relaciones sexuales durante mi embarazo → **Pase al final**

**Z12. ¿Cuáles fueron sus razones para no usar condones durante su *embarazo más reciente*?**

**Marque TODAS las opciones que correspondan**

- No creí que fuera necesario usar condones durante el embarazo
- No sabía que podía contraer el virus del Zika por vía sexual
- No pensaba que mi esposo o pareja de sexo masculino tenía el virus del Zika
- No me preocupaba contraer el virus del Zika
- No quería usar condones
- Mi esposo o pareja de sexo masculino no quería usar condones
- Otra → Por favor díganos:

---

**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 District of Columbia.**

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

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