



*Pennsylvania*

# Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo

*Una Encuesta Para Bebés Saludables en Pennsylvania*

Para preguntas o comentarios, sírvase llamar al  
1-888-816-7929





## Información Importante Sobre PRAMS

*Por favor, lea antes de empezar la encuesta*

- 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 Pennsylvania. El Centro Bloustein para Investigación de la Universidad de Rutgers está bajo contrato por el Departamento de Salud de Pennsylvania para llevar a cabo esta investigación.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiendo a aproximadamente 1700 mujeres en Pennsylvania que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 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 Pennsylvania.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a la Junta Institucional de Revisión (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Rutgers al (732) 235-9806. Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto Pennsylvania, por favor llame al coordinador PRAMS del Departamento de Salud de Pennsylvania al (717) 772-2762.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a Vanessa Loyola, la Administradora de datos del proyecto PRAMS de Pennsylvania, al 1-888-816-7929 y marque "7". 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 Pennsylvania 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 Pennsylvania 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 Pennsylvania.

### ***¿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 Pennsylvania. 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 Pennsylvania, 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 Pennsylvania. 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 1-888-816-7929 (marque 7), 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  
  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 8

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

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

8. 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"/>

**9. 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"/> |
| d. Asma.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Anemia (falta de hierro) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas cardíacos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Epilepsia (convulsiones).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Problemas de la glándula tiroides.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ansiedad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**10. 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

**11. 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 14**
- Sí

**12. ¿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:

---

**13. 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.**

**14. 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 (Asistencia Médica)
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- 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

**15. 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 Página 4, Pregunta 16**
- 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 (Asistencia Médica)
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

**16. ¿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 (Asistencia Médica)
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

**17. 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
- } → **Pase a la Pregunta 19**

**18. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?**

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 21**

**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 fue a su primera consulta de cuidado prenatal?**

- {  Semanas         Meses
- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 23**

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 24**

**Pase a la Pregunta 23**

**23. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería?** Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid (Asistencia Médica) .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 26.**

**24. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista?** Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

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

**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. <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"/> |

**31. Durante su embarazo más reciente, ¿asistió a una clase o a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?**

- No  
 Sí

**32. 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 → **Pase a la Pregunta 36**  
 Sí

**33. ¿Quién era la trabajadora de salud que la visitó en su hogar durante su embarazo *más reciente*?**

- Una enfermera o asistente de enfermería  
 Una maestra o educador de salud  
 Una dónula u partera  
 Otra persona → Por favor, escríbala:

No sé

**34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender cómo prepararse para su nuevo bebé?**

- Una vez  
 De 2 a 4 veces  
 5 veces o más

**35. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?** Para cada uno, marque **No**, si no le habló sobre el tema, o **Sí**, si le habló sobre el tema.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacerme exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El maltrato físico o emocional que algunos esposos o parejas dan a las mujeres .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Darle pecho a mi bebé .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi bienestar emocional .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No  
 Sí

**37. 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"/> |

**Si usted tenía depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta 38. Sino, pase a la Pregunta 39.**

**38. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?**

- No  
 Sí

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

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

- No  
 Sí

**Pase a la Pregunta 43**

**40. 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

**41. 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

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

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

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

**E-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.

**43. ¿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"/> |
| 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-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 44. Sino, pase a la Pregunta 46.**

**44. 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

**45. 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.**

**46. 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 49**

Sí

**47. 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

**48. 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.**

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

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

**50. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?**

- No  
 Sí

**51. Durante los 12 meses antes del nacimiento su nuevo bebé, ¿alguna vez recibió alimentos de una iglesia, de una despensa de comida, del banco de alimentos o comió en un comedor de beneficencia debido a una emergencia?**

- No  
 Sí

**52. 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

**53. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

- |                                     | No                       | Sí                       |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**54. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

- |                                    | No                       | Sí                       |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**55. 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.**

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

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
				20
Mes		Día		Año

**57. 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 60**

**58. ¿Su bebé está vivo?**

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 73**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 71**
- Sí

**60. 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 amigos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**61. ¿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 64**

Sí

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

No → **Pase a la Pregunta 64**

Sí

**63. ¿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

**64. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé 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 CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Asistencia Médica)
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, escríbalo:

No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 71.**

**65. 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

**66. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?**

Siempre → **Pase a la Pregunta 68**

- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**67. ¿Con quién normalmente duerme su nuevo bebé cuando no está durmiendo solito(a)?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Conmigo
- Con mi esposo u pareja
- Con otra persona → Por favor, escríbala:

**Si su bebé nunca duerme solito(a) en su propia cuna o cama, pase a la Pregunta 69.**

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

- No
- Sí

**69. 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"/> |

**70. ¿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"/> |

**71. 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 → **Pase a la Pregunta 73**  
 Sí ↓

**72. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?** Para cada tema, marque **No**, si no le habló sobre el tema, o **Sí**, si le habló sobre el tema.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Darle pecho a mi bebé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Depresión posparto .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres nuevos .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto y cómo mantenerlo....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo dejar de fumar o evitar fumar.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi nuevo bebé .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**73. ¿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 75**

**Pase a la Página 14, Pregunta 74**

**74. ¿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 76.**

**75. ¿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 (OrthoEvrá®) 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:

---

**76. 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 78**
- Sí



**Pase a la Pregunta 77**

**77. 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"/> |

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**79. 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

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

- No  
 Sí

**81. Desde el nacimiento 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 han lastimado en ese entonces, o **Sí**, si la han lastimado.

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

**82. 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.

**83. En algún momento durante su embarazo más reciente o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?**

- No  
 Sí

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 86.**

**84. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad.** Para cada una, marque **No**, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego <b>cargadas</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 86.**

**85. Cuando su nuevo bebé viaja en un carro o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja en un asiento de seguridad para bebés?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

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

**86. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De 0 a \$16,000  
 De \$16,001 a \$20,000  
 De \$20,001 a \$24,000  
 De \$24,001 a \$28,000  
 De \$28,001 a \$32,000  
 De \$32,001 a \$40,000  
 De \$40,001 a \$48,000  
 De \$48,001 a \$57,000  
 De \$57,001 a \$60,000  
 De \$60,001 a \$73,000  
 De \$73,001 a \$85,000  
 \$85,001 ó más

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

Número de Personas

**88. ¿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 Pennsylvania.**

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

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







### Números de teléfono a los que puede llamar para obtener más información

**1-800-986-BABY** para informarse acerca de como encontrar un médico, obtener cobertura médica, vacunas, pruebas para el bebé, lactancia materna

**1-877-724-3258** para informarse acerca de diversos asuntos relacionados con la salud de adultos, niños y bebés

**1-800-WIC-WINS** para obtener información acerca de alimentos suplementarios, educación nutricional y lactancia materna

**1-800-986-4550** para informarse acerca de los servicios que se ofrecen a los niños con necesidades especiales

**1-800-4-A-CHILD** línea de emergencia de 24 horas que ofrece ayuda, información y recursos para tratar con un bebé llorón y prevenir el abuso de niños

La línea gratuita para dejar de fumar **1-800-QUIT-NOW** provee recursos para asistir a los residentes de Pennsylvania en su esfuerzo por dejar de fumar. Aquellas personas que deseen ayudar a alguien a dejar de fumar también pueden llamar.

### Sitios Web que puede visitar para obtener más información

**www.state.pa.us** para ver información acerca de los programas y servicios estatales

**www.health.state.pa.us** haga clic en "Temas de Salud A-Z" para ver información acerca de los programas del Departamento de Salud, que comprenden:

- Amarlos con Un Chequeo
- Red para niños especiales
- Programa de nutrición para mujeres y niños
- Suplementación de ácido fólico
- Vacunas
- Diagnóstico de la audición del recién nacido
- Diagnóstico metabólico del recién nacido
- Dejar de fumar
- Servicios de tratamiento de drogas y alcohol

**www.helpinpa.state.pa.us** es una guía en línea que le permite buscar información sobre servicios, programas, agencias y organizaciones en Pennsylvania

**www.ins.state.pa.us** para ver información acerca de los programas de cobertura médica CHIP y AdultBasic del Departamento de Seguros de Pennsylvania

**www.dpw.state.pa.us** para ver información acerca del programa de cobertura médica Medicaid del Departamento de Bienestar Público de Pennsylvania

**www.compass.state.pa.us** para solicitar para programas de servicio social estatales en línea/Internet

**www.health.state.pa.us/pasids** para ver información acerca del programa de Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) y el Muerte Infantil









*Pennsylvania*



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HEALTH



**RUTGERS**

Edward J. Bloustein School  
of Planning and Public Policy