

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. En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted ejercicio 3 días o más a la semana fuera de su trabajo normal para mejorar su salud?

- No
 Sí

5. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 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

7. 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 10**

Sí



Pase a la Página 2, Pregunta 8

8. ¿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:

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

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

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

- No
- Sí

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

11. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Nevada (Nevada Healthlink Website) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- Nevada Check Up (Nombre del seguro médico del programa "Niños de Nevada")
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

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

12. 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 14**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Nevada (Nevada Healthlink Website) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- Nevada Check Up (Nombre del seguro médico del programa "Niños de Nevada")
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

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

Si usted tenía seguro médico para su *cuidado prenatal*, pase a la Pregunta 13. Sino, pase a la Página 4, Pregunta 14.

13. ¿El costo del seguro médico para su *cuidado prenatal* causó problemas económicos para usted o su familia?

- No
- Sí

14. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Nevada (Nevada Healthlink Website) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- Nevada Check Up (Nombre del seguro médico del programa "Niños de Nevada")
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o Tribu
- Otro tipo de seguro médico _____ → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

Si usted no tiene seguro médico *ahora*, pase a la Pregunta 15. Sino, pase a la Pregunta 16.

15. ¿Cuál es la razón por la que usted no tiene seguro médico *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- El seguro médico es demasiado caro
- No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía
- Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet
- Mi ingreso es demasiado alto para calificar por Medicaid
- Mi ingreso es demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos de Nevada o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sé cómo obtener seguro médico
- No tengo la ciudadanía estadounidense o no tengo los documentos de residencia adecuados
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

16. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

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.)

17. ¿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 19**

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

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 20**

Pase a la Pregunta 19

19. ¿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..... | <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 21.

20. 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"/> |

21. 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

22. 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

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

- No
 Sí

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

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

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

25. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante <i>este</i> embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Marque UNA respuesta

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

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

E-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.

31. ¿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 32. Sino, pase a la Pregunta 34.

32. 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

33. 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.

34. 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 8, Pregunta 36**
- Sí

35. 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.

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

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

37. 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"/> |

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

39. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

40. 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 43**

41. ¿Su bebé está vivo?

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

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

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

43. 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:

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 46**

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

Marque TODAS las que correspondan

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi bebé tuvo dificultad para atrapar o amamantar
- Yo no tenía apoyo de la familia o amigos
- Mi pareja no quería que yo diera pecho
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 10, Pregunta 49.

46. ¿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**

47. ¿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 **O** Meses

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

Marque TODAS las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo o pareja no apoyaba que diera pecho
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- No tuve apoyo de mi familia o mis amigos
- Otra → Por favor, escríbala:

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.

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

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

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

61. 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, chiva, alquitrán negro</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, agua</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow, nieve</i>)..... | <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"/> |

Si usted no usó analgésicos recetados durante su embarazo *más reciente*, pase a la Pregunta 63.

62. ¿Cómo describiría la forma en que consiguió los medicamentos recetados para aliviar el dolor que utilizó durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Yo tenía una receta actual
- Yo tenía medicamentos que me sobraron de una receta vieja
- Yo conseguí los medicamentos sin receta

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

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

Por favor, escríbalo:

64. Las siguientes preguntas tratan sobre el tiempo antes de que usted tuviera 18 años de edad. Para cada una, marque **No**, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, ó padecía alguna enfermedad mental, ó mostraba tendencias suicidas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Vivió con alguien que abusaba del alcohol ó era una persona alcohólica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Vivió con alguien que usaba drogas ilegales ó abusaba de medicamentos recetados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Vivió con alguien que cumplió sentencia ó fue sentenciado a prisión u otro tipo institución carcelaria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

65. Durante el período de tiempo anterior de los 18 años de edad, ¿sus padres se separaron o se divorciaron?

- No
 Sí
 Nunca fueron casados
 No sé

66. Durante el período de tiempo anterior de los 18 años de edad, ¿con qué frecuencia le sucedió a usted las siguientes cosas?

Para cada una, marque:

- N** si *nunca* pasó,
U si pasó *una vez*,
MU si *paso más de una vez* o
NS si *no sabe*.

- | | N | U | MU | NS |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sus padres ó adultos le han golpeado, cacheteado, pateado, tundido a golpes, ó se han golpeado uno al otro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguno de sus padres ó adultos le han pegado, tundido a golpes, pateado, ó le han lastimado de cualquier modo, no incluya nalgadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguno de sus padres ó un adulto le ha insultado, ó hablado con insultos ó le ha menospreciado?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cualquier persona al menos 5 años mayor que usted, ó un adulto, le ha tocado sexualmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cualquier persona al menos 5 años mayor que usted, ó un adulto ha tratado que usted le toque sexualmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cualquier persona al menos 5 años mayor que usted, ó un adulto, le forzó a tener sexo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

67. 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

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

Número de Personas

69. ¿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 Nevada.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

