

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

_____ Pies Y _____ Pulgadas
 O _____ Centímetros

2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

_____ Libras O _____ Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

_____ / _____ / _____
 Mes Día Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé.

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

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

5. Durante el *mes* *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes* *antes* de quedar embarazada
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

6. En los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- No → **Pase a la Página 3, Pregunta 9**
 Sí

Pase a la Página 2, Pregunta 7

7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

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

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

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Oregon, Care Oregon o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Oregon Health Plan o Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio
- Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

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

10. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal —————→ **Pase a la Pregunta 11**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Oregon, Care Oregon o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Oregon Health Plan o Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio
- Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Oregon, Care Oregon o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Oregon Health Plan o Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio
- Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

Marque UNA respuesta

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

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 17

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

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 16

Pase a la Pregunta 15

15. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbalo:

Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta 17.

16. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?

Marque TODAS las que correspondan

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

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. 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"/> |

19. 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

20. 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

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

- No
 Sí

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

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

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 27**
- Sí

24. 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

25. 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

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

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

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

E-cigarillos (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.

27. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los *últimos 2 años*? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

No Sí

- a. E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina.....
- b. Hookah.....

Si usted usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los *últimos 2 años*, pase a la Pregunta 28. Sino, pase a la Pregunta 30.

28. 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

29. 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.

30. 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
- Sí

Pase a la Pregunta 32

31. En los 3 meses anteriores 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.

32. 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"/> |

33. 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

34. 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"/> |

35. 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"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

36. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input type="text"/>	/ <input type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
----------------------	------------------------	---

Mes

Día

Año

37. Despues 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 40

38. ¿Su bebé está vivo?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | <p style="margin: 0;"><i>Lamentamos mucho su pérdida</i></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a la Página 11, Pregunta 51</p> |
|--|---|

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | <p style="margin: 0;">Pase a la Página 11, Pregunta 51</p> |
|--|---|

40. 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 doulá | <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:

41. ¿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 Página 10, Pregunta 46

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

- No
 Sí

Pase a la Pregunta 44

43. ¿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

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 45.

44. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron una extractor de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

45. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo o leche de vaca)?

_____ Semanas **O** _____ Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 51.

46. 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

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

- | | |
|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Frecuentemente
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Rara vez
<input type="checkbox"/> Nunca |
|--|--|

Pase a la Pregunta 49

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

- No
- Sí

49. 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"/> |

50. ¿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"/> |

51. ¿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 53**

52. ¿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 54.**

53. ¿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:

54. 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 56**
- Sí

↓ **Pase a la Página 12, Pregunta 55**

55. 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 checked="" type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

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

57. 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.

58. Durante alguno de los siguientes períodos, ¿usó marihuana o hachís en cualquier forma?
Para cada período, marque **No**, si no la usó en ese entonces, o **Sí**, si la usó.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| a. En los 12 meses antes de que quedara embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 60.

59. Durante cualquiera de sus visitas prenatales o después de su parto más reciente, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de salud le aconsejó que dejara de fumar?

- No
- Sí, durante mis visitas de cuidado prenatal
- Sí, después del parto
- Sí, ambas veces
- No fumaba en ese entonces

60. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?

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

61. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia estuvo menos interesada en cosas o disfrutó menos al hacer cosas?

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

62. Durante su embarazo más reciente, ¿se le ofrecieron servicios de visitas domiciliarias?

Las visitas domiciliarias consisten en un enfermero, trabajador de la salud, trabajador social u otra persona que trabaja para un programa que ayuda a las madres primerizas, que va a su casa.

- No → **Pase a la Pregunta 65**
- Sí

63. ¿Aceptó la oferta de recibir servicios de visitas domiciliarias?

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 65**

64. ¿Por qué no aceptó la oferta de recibir servicios de visitas domiciliarias?

Marque TODAS las que correspondan

- No pensé que la necesitaba
- No entendí cómo me ayudaría
- No quería que nadie viniera a mi casa
- Uno o más miembros del hogar no quería(n) que nadie viniera a mi casa
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

65. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 70**
- Sí

66. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo más reciente?

Marque UNA respuesta

- No, y no estoy planeando regresar → **Pase a la Página 14, Pregunta 70**
- No, pero voy a regresar
- Sí

67. ¿Se tomó tiempo de licencia después del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Me tomé licencia pagada
- Me tomé licencia no pagada
- No me tomé licencia → **Pase a la Página 14, Pregunta 69**

68. ¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?

_____ Semanas _____ Meses

- Menos de una semana

69. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia después del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada una, marque **No**, si no se aplica a usted, o **Sí**, si se aplica.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia pagada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

70. Sin incluirse usted, ¿hay alguien en su hogar que fuma cigarrillos, puros, o pipas?

- No
 Sí

71. En los últimos 12 meses, ¿ha usted necesitado o recibido cualquiera de los siguientes?

Para cada cosa, marque:

NN, si usted *no lo necesito*

N, si usted *lo necesito, pero no lo recibió*

NR, si usted *lo necesito, y lo recibió*.

- | | NN | N | NR |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Estampillas de Comida o dinero para comprar alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Otra asistencia económica (por ejemplo, AFDC, TANF, renta subsidiada, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayuda con un problema de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayuda con transporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para pagar educación o capacitación laboral..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Ayuda con un problema de violencia familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Ayuda o consejería para otros problemas familiares o personales ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

72. En caso de necesitarla, ¿recibirá el tipo de ayuda que se menciona a continuación? Para cada una, marque **No**, si no tendría la ayuda o **Sí**, si la tendría.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien para prestarme dinero para el alimento o las cuentas si lo necesitaba.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudaría si estuviera enfermo y necesaria estar en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevaría a la clínica o al consultorio del doctor si necesitaría transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con que puedo contar para escucharme cuando necesito platicar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien que me demuestra amor y afecto además de un niño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

73. Listadas a continuación hay algunas cosas que los vecinos a veces hacen para ayudar uno al otro.

Para cada una, marque:

- N**, si *nunca pasa*
- CN**, si *casi nunca pasa*
- A**, si *a veces pasa*
- AM**, si *pasa a menudo*
- MM**, si *pasa muy a menudo*

¿Qué tan frecuentemente en su vecindario—

N CN A AM MM

- a. Se hacen favores uno al otro?
- b. La gente se da consejos sobre asuntos personales como la crianza de niños o trabajo?.....
- c. Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitados? ..
- d. Se visitan en casa de vecinos o en la calle?
- e. Se vigilan la propiedad uno a al otro?.....

74. ¿Usted tiene una o más personas a quienes usted considera su doctor o enfermero personal?

Un doctor o enfermero personal es un profesional de salud familiarizado con sus antecedentes de salud. Puede ser un doctor clínico, un pediatra, un especialista, un enfermero practicante o un asistente de doctor.

- No
- Sí

75. ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades?

- No
- Sí

76. ¿Alguna vez fue discriminada (sintió que la trataban peor que a otras personas) *mientras recibía cualquier tipo de atención médica o de salud?* Para cada opción, manque **No**, si nunca fue discriminada por ese motivo, o **Sí**, si lo fue.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza o color de piel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi situación inmigratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi edad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mis ingresos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi sexo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi orientación sexual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi religión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Porque estaba embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Por el idioma que hablo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Por el tipo de seguro de salud que tengo o porque no tengo seguro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

77. ¿Alguna vez fue discriminada (sintió que la trataban peor que a otras personas) *en una situación que no fuera recibir algún tipo de atención médica o de salud (por ejemplo, en cuanto a la vivienda, el trabajo o la escuela)?*

Para cada opción, manque **No**, si nunca fue discriminada por ese motivo, o **Sí**, si lo fue.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza o color de piel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi situación inmigratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi edad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mis ingresos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi sexo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi orientación sexual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi religión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Porque estaba embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Por el idioma que hablo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Por el tipo de seguro de salud que tengo o porque no tengo seguro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. ¿En qué país nació usted?

- Estados Unidos → **Pase a la Pregunta 80**
 Otro país → Por favor, escríbalo:

79. ¿Qué edad tenía cuando se mudó a los Estados Unidos?

Años de edad

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

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

- De 0 a \$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

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

Número de Personas

82. ¿Cuál es la fecha de hoy?

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 Oregon.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

