

Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de Illinois.

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

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

Primero quisiera hacerle unas cuantas preguntas sobre Ud. y sobre antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé. Por favor marque el cuadro que corresponda a su respuesta.

1. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿tenía Ud. seguro médico?* (No cuente el Medicaid.)

- No  
 Sí

2. *Justo antes de que quedar embarazada, ¿recibía Ud. beneficios de Medicaid?*

- No  
 Sí

3. *Durante el mes anterior a que Ud. quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó multivitaminas (una pastilla que contiene muchas vitaminas y minerales distintos)?*

- Yo no tomaba ninguna multivitamina  
 De 1 a 3 veces a la semana  
 De 4 a 6 veces a la semana  
 Todos los días de la semana

4. *¿En qué fecha nació Ud.?*

Mes      Día      Año

5. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿cuánto pesaba Ud.?*

Libras O  Kilos

6. *¿Cuánto mide Ud. sin zapatos?*

Pies Y  Pulgadas

O  Centímetros

7. *Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?*

- No → Pase a la Pregunta 10  
 Sí

8. *El bebé que tuvo antes de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o menos cuando nació?*

- No  
 Sí

9. *El bebé que tuvo antes de tener a su nuevo bebé, ¿nació más de 3 semanas antes de la fecha programada para su nacimiento?*

- No  
 Sí

10. *Piense en el período justo antes de que quedara embarazada, ¿qué pensaba de quedar embarazada?*

Marque una respuesta

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

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

- No
- Sí → Pase a la Pregunta 14

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

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] y usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, Norplant®, inyecciones [Depo-Provera®], condones, diafragmas, espuma, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí → Pase a la Pregunta 16

**13. ¿Cuáles eran las razones por las que Ud. o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo?**

Marque todas las que correspondan y pase a la Pregunta 16.

- No me importaba 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 yo o mi esposo o pareja éramos estériles (que era imposible que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otras → Por favor escríbalas:

**14. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad a fin de quedar embarazada de su nuevo bebé?** (Los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid®, Serophene®, Pergonal® y cualquier otro que haya tomado para poder quedar embarazada.)

- No
- Sí

**15. ¿Usó alguna técnica médica (tecnología de reproducción asistida) para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé?** (Las técnicas de tecnología de reproducción asistida incluyen fertilización in vitro, FIV, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, siglas en inglés), transferencia de embriones y oocitos de donantes.)

- No
- Sí

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 82.

**81. Esta pregunta trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé.** Para cada una, encierre la **S** (Sí) en un círculo si sucedió eso o la **N** (No) si no sucedió.

- |   |    | No | Sí |
|---|----|----|----|
| a. El personal del hospital me dio información sobre la alimentación con leche materna . . . . .        | .N |    | S  |
| b. El bebé se quedó en mi habitación conmigo . . . . .  | .N |    | S  |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital . . . . .   | .N |    | S  |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida . . . . .                                      | .N |    | S  |
| e. Me ayudó el personal del hospital a aprender como dar pecho . . . . .                                | .N |    | S  |
| f. En el hospital alimenté a mi bebé sólo con leche materna . . . . .                                   | .N |    | S  |
| g. Me dijo el personal del hospital que le diera pecho al bebé cuando el bebé quisiera . . . . .        | .N |    | S  |
| h. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula . . . . .                         | .N |    | S  |
| i. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho . . . . . | .N |    | S  |
| j. Mi bebé usó un chupón en el hospital . . . . .   | .N |    | S  |

**82. Esta pregunta trata sobre la atención dental que recibió durante su embarazo más reciente.** Para cada una, encierre la **S** (Sí) en un círculo si es cierta o la **N** (No) si no lo es.

- |   |    | No | Sí |
|---|----|----|----|
| a. Necesité ir al dentista por un problema . . . . .  | .N |    | S  |
| b. Fui a un dentista o clínica dental . . . . .   | .N |    | S  |
| c. Un trabajador de atención dental o médica de otro tipo me habló sobre como cuidarme los dientes y las encías . . . . . | .N |    | S  |

**83. ¿Hace cuántos meses un dentista o higienista dental le hizo una limpieza de sus dientes?**

\_\_\_\_\_ Meses

**84. ¿Cuál de los siguientes describe mejor el ingreso anual de su hogar proveniente de todas las fuentes de ingresos?**

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a menos de \$15,000
- \$15,000 a menos de \$20,000
- \$20,000 a menos de \$25,000
- \$25,000 a menos de \$35,000
- \$35,000 a menos de \$50,000
- \$50,000 o más

**85. ¿Cuántas personas, incluida Ud., dependen de este dinero?**

\_\_\_\_\_ Personas

**77. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió Ud. alguno de los siguientes servicios?** Para cada una, encierre la **S** (Sí) si recibió el servicio o la **N** (No) si no lo recibió.

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Clases sobre el parto . . . . .   | N  | S  |
| b. Clases sobre como criar a los hijos . . . . .   | N  | S  |
| c. Clases sobre como dejar de fumar . . . . .  | N  | S  |
| d. Visitas a su casa de una enfermera u otro trabajador de atención médica . . . . .                         | N  | S  |
| e. Cupones para alimentos . . . . .  | N  | S  |
| f. TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) (asistencia social) . . . . . | N  | S  |

Si no fumó durante los 3 meses anteriores a quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 79.

Si no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 79.

**78. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica le aconsejó que dejara de fumar?**

- No
- Sí
- Dejé de fumar antes de la primera consulta de atención prenatal

Si su bebé no está vivo o no vive con Ud., pase a la Pregunta 82.

**79. A continuación aparecen algunas cosas sobre la seguridad.** Para cada una, encierre la **S** (Sí) en un círculo si corresponde a su situación o la **N** (No) si no corresponde.

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Cuando salí del hospital, llevé a mi bebé a la casa en un asiento de seguridad . . . . .      | N  | S  |
| b. Siempre, o casi siempre, pongo a mi bebé en un asiento de seguridad cuando viajo en carro . . | N  | S  |
| c. En mi casa hay una alarma contra incendios . . . . .  | N  | S  |

**80. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado Ud. servicios de WIC (siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) para su nuevo bebé?**

- No
- Sí

**Las siguientes preguntas son acerca de la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. La atención prenatal incluye las consultas con el doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica antes de que su nuevo bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.** (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver un calendario.)

**16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía Ud. cuando estuvo segura de que estaba embarazada?** (Por ejemplo, cuando se hizo una prueba de embarazo o cuando un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.)

\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_ Meses

- No recuerdo

**17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía Ud. cuando fue a su primera consulta de atención prenatal?** (No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC [siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños].)

\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_ Meses

- No recibí atención prenatal

**18. ¿Recibió Ud. atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?**

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 20**
- Yo no quería recibir atención prenatal →

**19. ¿Algunas de las siguientes razones impidieron que obtuviera atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?**

Marque todas las que correspondan

- Durante mi embarazo, no pude conseguir una cita antes
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por las consultas
- No sabía que estaba embarazada
- No tenía como ir a la clínica ni al consultorio médico
- El doctor o mi plan de salud no quisieron empezar a atenderme antes
- No tenía mi tarjeta de Medicaid.
- No tenía quien cuidara a mis hijos
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- Otras → Por favor escríbalas:

\_\_\_\_\_

Si Ud. no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 26.

20. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de atención prenatal? (No incluya las consultas relacionadas con WIC.)

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital  
 Clínica del departamento de salud  
 Consultorio médico o clínica de una HMO  
 Centro de salud de la comunidad  
 Otro —————> Por favor escríbalo:

21. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid o Medicaid HMO  
 Lo que Ud. ganaba (dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito)  
 Seguro médico o HMO  
 Otro —————> Por favor escríbala:

22. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente? (Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos.) Para cada tema, encierre la S (Sí) en un círculo si alguien le habló sobre el tema o la N (No) si nadie le habló sobre el tema.

	No	Sí
a. La forma en que el fumar cigarrillos durante el embarazo podría afectar a su bebé . . . . .	N	S
b. Como dar el pecho a su bebé . . . . .	N	S
c. La forma en que el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé . . . . .	N	S
d. Como usar el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo . . . . .	N	S
e. Los métodos anticonceptivos que puede usar después de su embarazo . . . . .	N	S
f. Las medicinas que puede tomar con seguridad durante su embarazo . . . . .	N	S
g. La forma en que el uso de drogas ilegales podría afectar a su bebé . . . . .	N	S
h. Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en su familia . . . . .	N	S
i. Que hacer si comenzaban sus dolores de parto antes de tiempo . . . . .	N	S
j. Como hacerse una prueba de sangre para el VIH (el virus que causa el SIDA) . . . . .	N	S
k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres . . . . .	N	S

73. Después de que nació su nuevo bebé, ¿le habló a Ud. un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica sobre el uso de anticonceptivos?

- No  
 Sí

Las preguntas siguientes tratan sobre su familia y el lugar donde vive.

74. ¿Qué clase de cuartos tiene la casa, el apartamento o el tráiler donde vive?

Marque todas las que correspondan

- Sala  
 Comedor separado  
 Cocina  
 Baño(s)  
 Cuarto de juegos o cuarto de estar  
 Sótano habitable  
 Dormitorios —————> Cuántos? \_\_\_\_\_

75. Contándose Ud., ¿cuántas personas viven en su casa, apartamento o tráiler?

\_\_\_\_\_ Adultos (Personas de 18 años o mayores)

\_\_\_\_\_ Bebés, niños o adolescentes (Personas de 17 años de edad o menores)

76. ¿Cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar durante los últimos 12 meses?

Marque todas las que correspondan

- Un cheque de sueldo o dinero de un trabajo  
 Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, asistencia pública, asistencia general, cupones de alimentos o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)  
 Beneficios por desempleo  
 Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia  
 Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, beneficios de veteranos o pensiones  
 Dinero de un negocio, honorarios, dividendos o dinero por propiedades que tiene alquiladas  
 Dinero de familiares o amigos  
 Otra —————> Por favor escríbala:

67. ¿Tiene seguro médico o Medicaid para su nuevo bebé?

- No → Pase a la Pregunta 69
- Sí

68. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su bebé?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Seguro privado o HMO
- KidCare o CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil)
- Otros → Por favor escríbalos:

69. ¿Está inscrito su nuevo bebé en el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)?

- No
- Sí → Pase a la Pregunta 71

70. ¿Por qué no inscribió a su nuevo bebé en el programa CHIP?

Marque todas las que correspondan

- No sabía que existía el programa
- Ya tenía seguro
- No creí que mi bebé reuniera los requisitos
- Otras → Por favor escríbalas:

Las siguientes preguntas tratan sobre el período de tiempo posterior al nacimiento de su nuevo bebé y sobre las cosas que podrían haber sucedido después del parto.

71. ¿Está Ud. o su esposo o pareja haciendo algo *ahora* para evitar el embarazo?

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen ligarse las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía; usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, Norplant®, inyecciones [Depo-Provera®], condones, diafragmas, espuma, un dispositivo intrauterino; no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo].)

- No
- Sí → Pase a la Pregunta 73

72. ¿Cuáles son las razones por las que Ud. o su esposo o pareja no están haciendo nada para evitar el embarazo *ahora*?

Marque todas las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Creo que no puedo quedar embarazada (esterilidad)
- No tengo dinero para comprar anticonceptivos
- Estoy embarazada
- Otra → Por favor escríbala:

23. ¿En algún momento durante las consultas de atención prenatal un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre cuantos kilos o libras debería aumentar durante su embarazo?

- No
- Sí

24. Nos gustaría saber qué opina sobre la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. Si fue a más de un lugar para recibir atención prenatal, responda lo que corresponda al lugar en el que recibió la mayoría de su atención. Para cada una, encierre la S (Sí) en un círculo si estuvo satisfecha o la N (No) si no lo estuvo.

¿Estuvo satisfecha con—

	No	Sí
a. El tiempo que tenía que esperar al llegar al lugar para las consultas? . . . . .	N	Y
b. El tiempo que el doctor o la enfermera pasaba con Ud. durante las consultas? . . . . .	N	Y
c. El consejo que recibió sobre como cuidarse Ud. misma? . . . . .	N	Y
d. Lo comprensivo y respetuoso que el personal se mostró con Ud.? . . . . .	N	Y

25. ¿En algún momento durante las consultas de atención prenatal un doctor, una enfermera u otro trabajador de atención médica le preguntó si—

a. Fumaba cigarrillos?

- No
- Sí

b. Tomaba bebidas alcohólicas (cerveza, vino, bebida con vino [wine cooler] o bebida alcohólica fuerte)?

- No
- Sí

26. En algún momento durante su más reciente embarazo o parto, ¿le hicieron un análisis de sangre para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
- Sí
- No sé

27. ¿Ha Ud. leído o escuchado alguna vez que tomar ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

- No
- Sí

Las siguientes preguntas tratan acerca de su embarazo más reciente y sobre lo que haya pasado durante ese embarazo.

28. Durante su embarazo, ¿recibía beneficios de WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
- Sí

29. **¿Tuvo alguno de estos problemas durante su embarazo?** Para cada uno, encierre la **S** (Sí) en un círculo si tuvo ese problema o la **N** (No) si no lo tuvo.

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro) . . . .        | N  | S  |
| b. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia o toxemia) o retención de agua (edema) . . . .                           | N  | S  |
| c. Sangrado vaginal . . . . .  | N  | S  |
| d. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) . . . . .   | N  | S  |
| e. Náuseas, vómitos o deshidratación graves . . . . .  | N  | S  |
| f. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) . . . . .  | N  | S  |
| g. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) . . .   | N  | S  |
| h. Rotura de fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) . . . . . | N  | S  |
| i. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclage) . . . . .                              | N  | S  |
| j. Una lesión de un accidente de coche . . . . .   | N  | S  |

Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Pregunta 31.

30. **¿Hizo alguna de las cosas siguientes debido a estos problema(s)?**

Marque todas las que correspondan

- Fui al hospital o sala de emergencia y me quedé menos de un día
- Fui al hospital y me quedé de 1 a 7 días
- Fui al hospital y me quedé más de 7 días
- Me quedé en cama en mi casa más de 2 días porque me lo aconsejó mi doctor o enfermera

**Las siguientes preguntas tratan acerca del fumar cigarrillos y tomar alcohol.**

31. **¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en los últimos dos años?** (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No —————> Pase a la Pregunta 35
- Sí

32. **En los 3 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día promedio?** (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

\_\_\_\_\_ Cigarrillos O \_\_\_\_\_ Cajetillas

- Menos de 1 cigarrillo al día
- No fumaba
- No sé

58. **¿Cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé la primera vez que lo alimentó con algo que no fuera leche materna?** (Incluya la fórmula, los alimentos para bebés, los jugos, la leche de vaca, el agua, el agua azucarada y cualquier otra cosa que le haya dado de comer a su bebé.)

\_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

- Mi bebé tenía menos de una semana de nacido
- Todavía no le ha dado de comer nada que no sea leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 67.

59. **¿En promedio, más o menos cuántas horas al día está su nuevo bebé en el mismo cuarto con una persona que está fumando?**

\_\_\_\_\_ Horas

- Menos de una hora al día
- Mi bebé nunca está en el mismo cuarto con una persona que está fumando

60. **¿Cómo acuesta ahora a su bebé la mayoría del tiempo para que se duerma?**

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

61. **¿Tuvo su bebé una consulta con un doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica durante la primera semana después de haber salido del hospital?**

- No —————> Pase a la Pregunta 63
- Sí

62. **¿La consulta fue en su casa o en un centro de atención médica?**

- En casa
- En un consultorio médico, clínica u otro centro de atención médica

63. **¿Le han hecho un chequeo de rutina a su bebé?**

- No —————> Pase a la Pregunta 66
- Sí

64. **¿Cuántas veces ha llevado a su bebé al doctor o a una enfermera para un chequeo de rutina?** (Podría serle útil usar un calendario.)

\_\_\_\_\_ Veces

65. **¿A dónde lleva generalmente a su bebé para los chequeos de rutina?**

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico o clínica de una HMO
- Clínica de salud de la comunidad
- Otro —————> Por favor escriba el lugar:

66. **¿Le pusieron a su bebé algunas vacunas de rutina antes de que tuviera 3 meses de edad?** (No cuente las vacunas que le pusieron en el hospital justo después de que nació.)

- No
- Sí
- Mi niño no ha recibido ninguna vacuna de rutina, pero todavía no cumple 3 meses de edad

52. ¿En estos momentos, su bebé vive con Ud.?

- No → Pase a la Página 12, Pregunta 71  
 Sí

53. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o se sacó la leche con una bomba para alimentarlo?

- No  
 Sí → Pase a la Pregunta 55

54. ¿Cuáles fueron sus razones para no dar pecho a su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan y pase a la Pregunta 59.

- Tenía otros niños que cuidar  
 Tenía demasiadas tareas domésticas  
 No me gustó dar pecho  
 No quería perder mi libertad de ir y venir  
 Me daba vergüenza dar pecho  
 Regresé al trabajo o a la escuela  
 Mi esposo o pareja no quería que diera pecho  
 Quería recuperar mi cuerpo  
 Un doctor u otro profesional de atención médica me aconsejó que dejara de dar pecho  
 Otras → Por favor escríbalas:

55. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche que se saca con una bomba?

- No  
 Sí → Pase a la Pregunta 58

56. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche que se sacaba con una bomba?

\_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

- Menos de 1 semana

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

Marque todas las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para amamantar  
 La leche materna por si sola no dejaba satisfecho a mi bebé  
 Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente  
 Mi bebé se enfermó y no le podía dar pecho  
 Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban  
 Pensé que no estaba produciendo suficiente leche  
 Tenía demasiadas tareas domésticas  
 Consideré que era el momento oportuno de dejar de dar pecho  
 Me enfermé y no podía dar pecho  
 Regresé al trabajo o a la escuela  
 Mi esposo o pareja quería que yo dejara de dar pecho  
 Quería o necesitaba que otra persona alimentara al bebé  
 Un doctor u otro profesional de atención médica me aconsejó que dejara de dar pecho  
 Estaba tomando medicinas  
 Otras → Por favor escríbalas:

33. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día promedio?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos O \_\_\_\_\_ Cajetillas

- Menos de 1 cigarrillo al día  
 No fumaba  
 No sé

34. ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fuma ahora en un día promedio?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos O \_\_\_\_\_ Cajetillas

- Menos de 1 cigarrillo al día  
 No fumo  
 No sé

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

- No  
 Sí

36. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos dos años? (Una bebida es 1 copa de vino, una bebida con vino [wine cooler], una lata o botella de cerveza, un trago de bebida alcohólica fuerte o una bebida preparada.)

- No → Pase a la Página 8, Pregunta 39  
 Sí

37. a. Durante los 3 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- No tomaba en ese entonces  
 Menos de 1 bebida a la semana  
 De 1 a 3 bebidas a la semana  
 De 4 a 6 bebidas a la semana  
 De 7 a 13 bebidas a la semana  
 14 o más bebidas a la semana  
 No sé

b. Durante los 3 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

\_\_\_\_\_ Veces

- No tomaba en ese entonces  
 No sé

38. a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- No tomaba en ese entonces  
 Menos de 1 bebida a la semana  
 De 1 a 3 bebidas a la semana  
 De 4 a 6 bebidas a la semana  
 De 7 a 13 bebidas a la semana  
 14 o más bebidas a la semana  
 No sé

b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

\_\_\_\_\_ Veces

- No tomaba en ese entonces  
 No sé

**El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.**

**39. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses anteriores al nacimiento de su bebé.** Para cada una, encierre la **S** (Sí) en un círculo si le sucedió o la **N** (No) si no le sucedió. (Podría serle útil ver un calendario.)

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Un pariente cercano suyo estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . . . | N  | S  |
| b. Se separó o divorció de su esposo o pareja . . . . .                            | N  | S  |
| c. Se mudó a otro lugar . . . . .  | N  | S  |
| d. No tenía un hogar permanente . .  | N  | S  |
| e. Su esposo o pareja perdió el trabajo . . . . .                                  | N  | S  |
| f. Perdió Ud. su trabajo aunque quería seguir trabajando . . . . .                 | N  | S  |
| g. Peleaba [discutía] con su esposo o pareja más de lo normal . . . . .            | N  | S  |
| h. Su esposo o pareja le dijo que no quería que Ud. estuviera embarazada . . . . . | N  | S  |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar . . . . .                               | N  | S  |
| j. Se peleó físicamente con otra persona . . . . .                                 | N  | S  |
| k. Ud. o su esposo o pareja estuvo en la cárcel . . . . .                          | N  | S  |
| l. Alguien muy cercano a Ud. tuvo un problema grave con alcohol o drogas . . . . . | N  | S  |
| m. Murió alguien muy cercano a Ud. . . . .   | N  | S  |

**40. a. En los 12 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

- No
- Sí

**b. En los 12 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?**

- No
- Sí

**41. a. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

- No
- Sí

**b. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?**

- No
- Sí

**Las siguientes preguntas tratan sobre el trabajo de parto y el parto.** (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver un calendario.)

**42. ¿Cuál era la fecha programada para el nacimiento de su bebé?**

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

**43. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?**

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

- No tuve a mi bebé en un hospital

**44. ¿En qué fecha nació su bebé?**

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

**45. ¿En qué fecha le dieron de alta a Ud. del hospital después del nacimiento de su bebé?** (Podría serle útil ver un calendario.)

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

- No tuve a mi bebé en un hospital

**46. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo?**

- No
- Sí
- No sé

**47. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo pasó él o ella en el hospital?**

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- 24–48 horas (1–2 días)
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días o más
- Mi bebé no nació en el hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital

**48. ¿Cómo pagó por el parto?**

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Lo que ganaba (dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito)
- Seguro médico o HMO
- Otra forma —> Por favor escríbala:

**Las preguntas siguientes tratan sobre el período de tiempo desde que nació su nuevo bebé.**

**49. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

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

**50. ¿Su bebé está vivo?**

- No
- Sí —> Pase a la Página 10, Pregunta 52

**51. ¿Cuándo murió su bebé?**

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

Pase a la Página 12, Pregunta 71