

Por favor, marque sus respuestas. Siga las instrucciones que se incluyen en las preguntas. Si no hay instrucciones, marque el cuadro junto a su respuesta o escríbala sobre la línea. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Primero quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de *usted* y del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

1. En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque con un círculo Sí, si lo hizo o No, si usted no lo hizo.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso | No | Sí |
| b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos | No | Sí |
| d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes | No | Sí |
| e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta. | No | Sí |
| f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar . . . | No | Sí |
| h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental . . . | No | Sí |

2. Durante el *mes antes* de su embarazo de su nuevo bebé, ¿tenía usted algún tipo de cobertura de seguro médico que aparecen en la lista a continuación?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o Illinois Healthy Woman
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

3. Durante el *mes antes* de que usted quedara 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
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

4. *Justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

_____ Libras **O** _____ Kilos

2

5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies Y Pulgadas

O Metros

6. ¿En qué fecha nació usted?

/ / 19
Mes Día Año

7. Antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía diabetes tipo 1 o tipo 2? Esto no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes del embarazo que empieza durante el embarazo.

- No
 Sí

8. Antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

- No → **Pase a la Pregunta 11**
 Sí

9. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé pesó *más* de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) al nacer?

- No
 Sí

10. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.**11. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿cómo se sentía 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

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 15**

13. 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 el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

Pase a la Pregunta 14

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

Marque todas las opciones que apliquen

- 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 que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si usted no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 16

15. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? (Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.)

- No
- Sí

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su más reciente embarazo. 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.)

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

_____ Semanas O _____ Meses

No recuerdo

17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado 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 del Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

{ _____ Semanas O _____ Meses

No recibí cuidado prenatal →

**Pase a la Página 4,
Pregunta 19**

Pase a la Página 4, Pregunta 18

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

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 20**

19. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal o que lo obtuviera tan pronto como lo hubiera querido? Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si le pasó a usted, o **Falso**, si no le pasó, o si no le aplica.

- | | Cierto | Falso |
|--|--------|-------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería | Cierto | Falso |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas | Cierto | Falso |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico. . . | Cierto | Falso |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería | Cierto | Falso |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas | Cierto | Falso |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela. | Cierto | Falso |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid o All Kids, Moms and Babies. . . | Cierto | Falso |
| h. No tenía quien cuidara a mis hijos | Cierto | Falso |
| i. No sabía que estaba embarazada. . | Cierto | Falso |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada. | Cierto | Falso |
| k. No quería recibir cuidado prenatal. | Cierto | Falso |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 25.

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

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital
 - Clínica del departamento de salud
 - Consultorio médico privado o clínica de una HMO
 - Clínica de salud de la comunidad
 - Otro → Por favor, escríbalo:
-

21. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por su *cuidado prenatal*?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
 - Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
 - Medicaid o All Kids, Moms and Babies
 - TRICARE u otro seguro médico militar
 - Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
-
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

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

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

23. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó si estaba tomando bebidas alcohólicas (cerveza, vino, refresco con vino [wine cooler] o licor)?

- No
- Sí

24. Durante su más reciente embarazo, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud 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, marque con un círculo Sí, si alguien le habló del tema o No, si nadie le habló del tema.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Alimentación saludable durante el embarazo | No | Sí |
| b. Cuánto peso se debe aumentar durante el embarazo. | No | Sí |
| c. Ejercicio durante el embarazo | No | Sí |
| d. Programas o fuentes de información para ayudarme a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo | No | Sí |
| e. Programas o fuentes de información para ayudarme a bajar de peso después del embarazo | No | Sí |

25. En cualquier momento durante su más reciente embarazo o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
- Sí
- No sé

26. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar una vitamina con ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

- No
- Sí

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

- No
- Sí

28. Durante su *más reciente* embarazo, ¿alguna vez le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?

- No
- Sí

29. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su *más reciente* embarazo? Para cada uno, marque con un círculo **Sí, si tuvo el problema, o **No**, si no lo tuvo.**

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. Sangrado vaginal | No | Sí |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) | No | Sí |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación <i>graves</i> | No | Sí |
| d. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical) | No | Sí |
| e. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluye la hipertensión inducida por el embarazo), preeclampsia o toxemia . . . | No | Sí |
| f. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) . . . | No | Sí |
| g. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro) | No | Sí |
| h. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas [PROM]) | No | Sí |
| i. Me hicieron una transfusión de sangre . | No | Sí |
| j. Me lastimé en un accidente de automóvil | No | Sí |

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

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 35

31. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (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

32. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (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

Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 34.

33. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que dejara de fumar?

- No
- Sí
- Dejé de fumar antes de mi primera consulta de atención prenatal
- No recibí cuidado prenatal

34. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día promedio? (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

35. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*?

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 tomar alcohol antes, durante y después del embarazo.

36. 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 39
- Sí

Pase a la Pregunta 37a

37a. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → Pase a la Pregunta 38a

37b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → Pase a la Página 8, Pregunta 39

38b. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

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

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

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . | No | Sí |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja. | No | Sí |
| c. Me mudé a otra dirección | No | Sí |
| d. No tenía en donde vivir | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo . . | No | Sí |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando | No | Sí |
| g. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal | No | Sí |
| h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada . . . | No | Sí |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar. | No | Sí |
| j. Me peleé físicamente con otra persona | No | Sí |
| k. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí . . . | No | Sí |

40. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

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

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

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

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

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

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

- No tuve a mi bebé en un hospital

44. ¿En qué fecha nació su bebé?

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

45. ¿En qué forma dio a luz a su *nuevo* bebé?

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 47**
 Parto por cesárea (c-section)

Pase a la Pregunta 46

46. ¿Cuál fue la razón por la que su *nuevo* bebé nació por cesárea?

Marque todas las opciones que apliquen

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea
- Mi bebé estaba en una posición mala
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a un problema médico
- Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal demostró que había problemas con mi bebé durante el parto
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra(s) razón(s) → Por favor, escríbala:

47. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

48. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por *el parto* de su nuevo bebé?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
 - Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
 - Medicaid o All Kids, Moms and Babies
 - TRICARE u otro seguro médico militar
 - Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
-
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi parto

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

- No
- Sí
- No sé

50. 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
Página 10,
Pregunta 53**

Pase a la Página 10, Pregunta 51

51. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 66**
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 66**
 Sí

53. Después del parto, ¿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 55**

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho
- 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
- Me daba vergüenza dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Quería mi cuerpo para mi misma
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 58b.

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 58a**

Pase a la Pregunta 56

56. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Semanas **O** Meses

- Menos de 1 semana

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

Marque todas las opciones que apliquen

- 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
- Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo
- 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 bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra → Por favor, escríbala:

58a. ¿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, té, 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

58b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

Semanas **O** Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido ningún alimento

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 66.

59. 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

60. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*. Para cada una, marque con un círculo **Cierto (Cierto) si es lo normal para su bebé, o **Falso** (Falso) si no es lo normal para su bebé.**

Cierto Falso

- a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil Cierto Falso
- b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro Cierto Falso
- c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas Cierto Falso
- d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales Cierto Falso
- e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores o cobijas peluches Cierto Falso
- f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche Cierto Falso
- g. Mi nuevo bebé duerme con otra persona Cierto Falso

61. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?

- No
- Sí

62. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? (Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.)

- No → **Pase a la Pregunta 64**
- Sí

63. ¿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 privado o clínica de una HMO
- Clínica de salud de la comunidad
- Otro → Por favor, escríbalo:

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 66**
- Sí

65. ¿Qué tipo de cobertura de los seguros médicos tiene su nuevo bebé?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de un trabajo (su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres)
- Seguro médico que usted o alguien más paga (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o All Kids, Moms and Babies
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro recurso(s) → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

66. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?
 (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 68

67. ¿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 opciones que apliquen

- 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 ahora
- Otra \longrightarrow Por favor, escríbala:

68. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre

- a. Me sentí decaída, deprimida o triste.
- b. Me sentí sin esperanzas
- c. Sentí que hacía menos que antes
- d. Sentí pánico
- e. Me sentí inquieta o intranquila

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

69. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿usted o algún miembro de su hogar solicitó pagos del gobierno, como de asistencia social welfare, TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas) u otro tipo de asistencia pública?

- No
- Sí

Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 71.

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 71.

70. A continuación aparece una lista de cosas acerca de dejar de fumar que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo haber hecho durante cualquiera de sus consultas prenatales. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si eso le sucedió durante cualquiera de sus consultas prenatales, o **No**, si no le sucedió.

Durante alguna de sus consultas prenatales, un doctor, enfermera u otro profesional de salud—

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Dedicó tiempo para hablar con usted sobre cómo dejar de fumar . . . | No | Sí |
| b. Le sugirió que fijara una fecha específica para dejar de fumar | No | Sí |
| c. Le sugirió que asistiera a una clase o programa para dejar de fumar | No | Sí |
| d. Le dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarla a dejar de fumar por sí sola | No | Sí |
| e. La refirió a consejería para que le ayudaran a dejar de fumar | No | Sí |
| f. Le preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría su decisión de dejar de fumar | No | Sí |
| g. La refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal | No | Sí |
| h. Le recomendó que usara el chicle de nicotina | No | Sí |
| i. Le recomendó que usara el parche de nicotina | No | Sí |
| j. Le recetó “nasal spray” o un inhalador de nicotina | No | Sí |
| k. Le recetó una pastilla como Zyban [®] (también se conoce como Wellbutrin [®] o Bupropion [®]) o Chantix [®] (también se conoce como Varenicline) para dejar de fumar | No | Sí |

71. En algún momento durante su más reciente embarazo, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

- No
 Sí

72. Esta pregunta trata sobre el cuidado dental durante su más reciente embarazo. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si es cierta, o **No**, si no lo es.

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

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Página 14, Pregunta 77.

73. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
 Sí

74. ¿Tiene un(os) asiento(s) de seguridad que usted pueda utilizar para su nuevo bebé?

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 76**
 Sí

75. ¿Cómo aprendió a instalar y usar el(los) asiento(s) de seguridad para bebés?

Marque todas las opciones que apliquen

- Leí las instrucciones
 Un(a) amigo(a) o familiar me enseñó
 Un profesional de la salud o de la seguridad me enseñó
 Yo aprendí sola
 Ya sabía instalarlo porque tengo otros niños
 De alguna otra manera → Por favor, escribala:

76. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha utilizado los servicios del programa WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) para usted o para su nuevo bebé?

- No
- Sí, tanto mi nuevo bebé como yo utilizamos los servicios de WIC
- Sí, sólo mi nuevo bebé utiliza los servicios de WIC
- Sí, sólo yo utilizo los servicios de WIC

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

- No → **Pase a la Pregunta 80**
- Sí

78. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

- No
- Sí

79. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?

- No
- Sí

Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes de que naciera 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.)

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a \$14,999
- De \$15,000 a \$19,999
- De \$20,000 a \$24,999
- De \$25,000 a \$34,999
- De \$35,000 a \$49,999
- De \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 ó más

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

Personas

82. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20
Mes Día Año

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 ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Illinois.