

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

- No  
 Sí

Pase a la Pregunta 7

Pase a la Pregunta 5

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

- No  
 Sí

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

- No  
 Sí

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para mejorar mi salud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un profesional de salud me chequeó para la diabetes.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

9. 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

**Pase a la  
Pregunta 11**

10. Durante el *mes antes* de embarazarse de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico?

**Marque TODAS las que correspondan**

- No estaba planeando embarazarme
- No pensé que necesitara tomar vitaminas
- No quería tomar vitaminas
- Las vitaminas eran demasiado caras
- Las vitaminas me producían efectos secundarios como náuseas o estreñimiento
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

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

- No → **Pase a la Pregunta 14**
- Sí

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

**Marque TODAS las que correspondan**

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

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

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

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

- No → **Pase a la Página 4, Pregunta 16**  
 Sí

**15. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los temas a continuación sobre cómo prepararse para un embarazo?** *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner al día mis vacunas antes del embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé.....                   | <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*.

16. 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 Tennessee o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o TennCare
- CoverKids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

17. 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 18**
- 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 Tennessee o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o TennCare
- CoverKids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

18. ¿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 Tennessee o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o TennCare
- CoverKids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

Marque UNA respuesta

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

Pase a la  
Pregunta 21

20. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

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

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

- No
- Sí

Pase a la Página 6, Pregunta 25

22. 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 24

Pase a la Pregunta 23

23. ¿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, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Página 6, Pregunta 25.

24. 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 Sklya®)
- 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.)

25. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

{ \_\_\_\_\_ Semanas  \_\_\_\_\_ Meses

No recibí cuidado prenatal

**Pase a la Pregunta 27**

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

No  
 Sí

**Pase a la Pregunta 28**

**Pase a la Pregunta 27**

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

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 30.**

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

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

**29. 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.**

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

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

- No  
 Sí  
 No sé

**31. 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

32. 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

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

- No  
 Sí

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

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

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

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

- No  
 Sí

36. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

No → **Pase a la Pregunta 38**

Sí

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

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

No sé

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

- No  
 Sí

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

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

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

- No  
 Sí

→ Pase a la Pregunta 45

41. 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

42. 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

Si usted no fumaba en ningún momento durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta 44.

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

- No  
 Sí  
 No recibí cuidado prenatal

44. ¿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

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

Marque UNA respuesta

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

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

**E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 47. Sino, pase a la Pregunta 49.**

**47. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**48. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**Si usted usó hookah en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 49. Sino, pase a la Pregunta 51.**

**49. En los 3 meses *antes* de que quedara embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente fumaba usted hookah?**

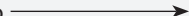
- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes
- Yo no fumaba hookah en ese entonces

**50. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente fumaba usted hookah?**

- Diariamente
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- 2 o 3 veces al mes
- Una vez al mes
- Yo no fumaba hookah en ese entonces

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.**

**51. 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 Pregunta 54**
- Sí

**52. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

**53. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

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

Las preguntas 54 y 55 están omitidas. Por favor siga con la Pregunta 56.

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

56. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

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

- Parto vaginal  
 Parto por cesárea (c-section)

58. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)  
 De 24 a 48 horas (1 a 2 días)  
 De 3 a 5 días  
 De 6 a 14 días  
 Más de 14 días  
 Mi bebé no nació en un hospital  
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 61**

59. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*  
 Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 72**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 70**  
 Sí

61. *Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?* Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

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

- No → Pase a la Pregunta 65  
 Sí

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

- No  
 Sí → Pase a la Pregunta 65

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

- Menos de 1 semana

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

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 70.

65. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado  
 Boca arriba  
 Boca abajo

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca → Pase a la Pregunta 68

Pase a la Pregunta 67

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

- No  
 Sí

68. 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"/> |

69. ¿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"/> |

**70. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé?** Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No → **Pase a la Pregunta 72**  
 Sí

**71. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?**

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

---

- No sé

**72. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?**

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

- No  
 Sí → **Pase a la Página 14, Pregunta 74**

**73. ¿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, escribala:

---

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Página 14, Pregunta 75.**

**74. ¿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:

---

**75. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No \_\_\_\_\_ → **Pase a la Pregunta 77**
- Sí

**Pase a la Pregunta 76**

**76. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

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

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

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

78. 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.

79. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?

- No
- Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 83**
- Sí

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

**Marque UNA respuesta**

- No, y no estoy planeando regresar → **Pase a la Pregunta 83**
- No, pero voy a regresar
- Sí

82. ¿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

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Página 16, Pregunta 87.**

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

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

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 87.**

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

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca → **Pase a la Página 16, Pregunta 87**

85. Cuando su nuevo bebé viaja en un asiento de seguridad para bebés, ¿por lo general viaja en el asiento de adelante o de atrás del carro o camioneta?

- Asiento de adelante
- Asiento de atrás

**86. Cuando su nuevo bebé viaja en un asiento de seguridad para bebés, ¿por lo general viaja viendo hacia la parte de adelante o hacia la parte de atrás del carro o de la camioneta?**

- Viendo hacia adelante  
 Viendo hacia atrás

**87. A continuación tenemos una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre. Para cada uno, marque **No**, si no es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre, o **Sí**, si lo ha hecho.**

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tengo un lugar de encuentro con mis familiares (diferente a la casa).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi familia y yo hemos practicado qué hacer en caso de un desastre.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tengo un plan sobre cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tengo un plan de evacuación si necesito salir de la casa y mi comunidad .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tengo un plan de evacuación para mi hijo o hijos en caso de un desastre (permiso para que mi hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tengo copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de mi casa.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tengo suministros de emergencia en mi casa para mi familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tengo suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**88. 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

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

Número de Personas

**90. ¿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 Tennessee.**

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

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

