

---

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

## Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

---

Phase 9 Core Mail Questionnaire – Spanish

Cuestionario Correo Básico De La Fase 9 – En Español

## Spanish Mail

Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta o siga las instrucciones en cada pregunta. Es posible que se le pida saltar alguna pregunta que no le aplique o corresponda a usted.

### ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

#### Core 1. ¿En qué fecha nació *usted*?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes      Día      Año

#### Core 2. Antes de quedar embarazada, ¿usted...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de que quedara embarazada.

#### Core 3. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

Para cada opción, marque **No**, si no tuvo la enfermedad, o **Sí**, si la tuvo.

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta o hipertensión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <i>Site-added options from standard L11</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Core 4. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Chequeo regular con un médico de familia                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Visita por depresión o ansiedad                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Visita para una limpieza dental                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra opción   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

Si **no** fue a una visita de atención médica en los **12 meses antes** de quedar embarazada, pase a la pregunta Core 6.

**Core 5. En alguna de las visitas médicas que tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

		No	Sí
	<b>Habló conmigo acerca de...</b>		
a.	Mi peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Chequearme la presión arterial regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Mis deseos de tener o no tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Métodos anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Me preguntó...</b>		
g.	Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos, (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Si me sentía deprimida o ansiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de su **seguro médico**.

**Core 6. 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 (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- Site-specific option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno no mencionado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)*
- Site-specific option (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- Site-specific option ( Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés))*
- Otro seguro médico  
Por favor, díganos: \_\_\_\_\_
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

**Core 7. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)
- Site option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- Site option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno no mencionado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)*
- Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- Site option ( Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés))*
- Otro seguro médico

Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

**Core 8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted actualmente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid (Site Medicaid name)
- Site option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)
- Site option (Otro tipo de plan o programa del Gobierno no mencionado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)
- Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)
- Site option ( Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés))
- Otro seguro médico
- Por favor, díganos: \_\_\_\_\_
- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

**Core 9. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?**

**Marque UNA respuesta**

- Quería quedar embarazada más adelante
- Hubiera querido quedar embarazada antes
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

## DURANTE EL EMBARAZO

**Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un médico, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo.**

(Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas).

**Core 10. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?**

- No → **Pase a la pregunta Core12**
- Sí

**Core 11. Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
<b>Habló conmigo acerca de...</b>		
a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Me preguntó...</b>		
e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| f. | Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Si estaba tomando medicamentos recetados   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Si estaba tomando alcohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. | Si estaba usando drogas ilegales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. | Si estaba usando marihuana   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. | Si quería hacerme la prueba del VIH  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Core 12. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Vacuna contra el COVID-19   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Core 13. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?**

Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:

**A**, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo

**D**, si se la puso **Durante** el embarazo

o marque **N**, si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

- |    |  | <b>A</b>                 | <b>D</b>                 | <b>N</b>                 |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Vacuna Tdap                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Vacuna contra el COVID-19                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Core 14. Durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?**

- No  
 Sí

**Core 15. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Presión arterial alta (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Depresión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Ansiedad   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta Core 16. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta Core 17.**

**Core 16. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión arterial alta?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |  | No                       | Sí                       |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente <b>durante</b> el embarazo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable <b>después</b> del embarazo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente <b>después</b> del embarazo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas <b>después</b> del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Core 17. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo, ya que requerirían atención médica inmediata?** Algunos de estos "signos de advertencia de una urgencia" incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

- No → **Pase a la pregunta Core19**
- Sí

**Core 18. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia de una urgencia de alguna de las siguientes fuentes?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |   | No                       | Sí                       |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Un proveedor de atención médica (como un doctor, una enfermera o una partera)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan " <b>Hear Her</b> " o " <b>Escúchela</b> " (como sitios web, redes sociales o folletos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Familiares o amigos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos y otros productos del tabaco.**

**Core 19. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 2 años?**

- No → **Pase a la pregunta Core 23**
- Sí

**Core 20. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?**

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

**Core 21. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?**

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

**Core 22. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?**

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)

- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumo actualmente

**Core 23. En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?**

- No → **Pase a la pregunta Core 27 (Instruction7)**
- Sí

**Core 24. Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

**Core 25. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

**Core 26. En los últimos 2 años, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?**

- No
- Sí

**Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser una copa de vino, una lata o botella de cerveza, un refresco alcohólico carbonatado ("Hard Seltzer"), un trago de licor o un cóctel.**

**Core 27. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 <sup>do</sup> trimestre)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> trimestre)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta Core 29.**

**Core 28. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 <sup>do</sup> trimestre)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3<sup>er</sup> trimestre)?

**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.**

**Core 29. ¿Ocurrió alguna de las siguientes cosas durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Me separé o divorcié  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Yo estuve en la cárcel/prisión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. | Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Core 30. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

**Core 31. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**Core 32. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?**

- Menos de 3 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 Core 35**

**Core 33. ¿Está vivo su bebé?**



- No → **Lamentamos mucho su pérdida**
- Sí

**Core 34. ¿Vive con usted su bebé actualmente?**

- No → **Pase a la pregunta Core 41**
- Sí

**Core 35. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio leche materna a su nuevo bebé?**

**Marque UNA respuesta**

- No amamanté a mi bebé
- Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- Amamanté a mi bebé:  
\_\_\_\_ semana(s)  \_\_\_\_ mes(es)
- Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta [Core 41].**

**Core 36. En las últimas 2 semanas, ¿en qué posición ha acostado a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

		<b>No</b>	<b>Sí</b>
a.	De lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Boca abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Core 37. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con qué frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca → **Pase a la pregunta Core 39**

**Core 38. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado la cuna o cama de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?**

- No
- Sí

**Core 39. En las últimas 2 semanas, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

		<b>No</b>	<b>Sí</b>
a.	En una cuna, cuna portátil o moisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	En un sofá, butaca o sillón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	En un asiento de bebé para el auto ("car seat")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	En un columpio, mecedora u otra cama inclinada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Otro lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Por favor, díganos: _____		

**Core 40. En las últimas 2 semanas, ¿acostó a su nuevo bebé para dormir con alguna de las siguientes cosas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En un saco de dormir (manta tipo bolsa)                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una manta en la que envolvió a su bebé                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Protectores de cuna (con o sin malla)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra opción  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

**Core 41. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?** Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- No
- Sí → **Pase a la pregunta Core 43**
- Estoy embarazada → **Pase a la pregunta Core 44**

**Core 42. ¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada
- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- No quiero usar anticonceptivos
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja no quiere usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja es del mismo sexo
- Tengo problemas para obtener los anticonceptivos que quiero
- No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Otra opción
- Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

**Si usted no está haciendo algo para evitar un embarazo actualmente, pase a la pregunta Core 44.**

**Core 43. ¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo(a) o pareja *actualmente* para evitar un embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- Pastillas anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (él eyacula afuera)

- Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)
- Otra opción  
Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

**Core 44. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

- No → **Pase a la pregunta Core 46**
- Sí

**Core 45. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habló conmigo acerca de...</b>		
a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Métodos anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tomarme la presión arterial regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Me preguntó ...</b>		
g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos de tabaco sin humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Un proveedor de atención médica...</b>		
i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Core 46. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**Core 47. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**Core 48. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**Core 49. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse o no ha podido controlar su preocupación?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**Core 50.** **¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |                                  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Durante mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Desde que nació mi nuevo bebé    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

**Core 51.** **Por favor, díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.**

- a. **Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más.**
- A menudo
  - A veces
  - Nunca
- b. **La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más.**
- A menudo
  - A veces
  - Nunca

**Core 52.** **Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |    |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | Ir a citas médicas                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Hacer mandados o diligencias                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Core 53.** **Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?**

Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

- |    |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Mi estado de discapacidad                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Mi estatus de inmigración                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Mi edad                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Mi peso                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Mi salario o ingresos                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Mi sexo o género                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Mi orientación sexual                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Mi religión                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Mi idioma o acento                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- k. Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico
  - l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)
  - m. Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión)
  - n. Otra razón
- Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

**Core 54. Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?**

- Muy a menudo
- A menudo
- No tan a menudo
- Nunca

**Core 55. ¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?**

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Trabajo (contratación, ascenso o despido)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los tribunales                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En la escuela o la escuela de mi hijo                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Al recibir atención médica                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Core 56. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.*

- \$0 a \$18,000
- \$18,001 a \$23,000
- \$23,001 a \$27,000
- \$27,001 a \$32,000
- \$32,001 a \$37,000
- \$37,001 a \$42,000
- \$42,001 a \$48,000
- \$48,001 a \$60,000
- \$60,001 a \$85,000
- \$85,001 o más

**Core 57. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de estos ingresos?**

Número de personas \_\_\_\_\_

**Core 58. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes      Día      Año