

**ANTES DEL EMBARAZO**

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

**1. 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 de la semana . . . . .  | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos . . . . .             | No | Sí |
| d. Fui a un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para diabetes . . . . .             | No | Sí |
| e. Fui a un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para presión alta. . . . .          | No | Sí |
| f. Fui a un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para depresión o ansiedad . . . . . | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historial médico 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 los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación?**

**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 pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o Texas Health Steps
- TRICARE u otro seguro médico militar
- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo
- Otro recurso(s) → Por favor, escríbalo:

**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?**

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.**

- 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 este 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, ¿qué pensaba de quedar embarazada?****Marque una respuesta**

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

**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 15**

**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 importaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que 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:

---

## 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 nuevo bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.** (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

**15. ¿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

**16. ¿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 de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

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

No recibí cuidado prenatal →

**Pase a la Página 4,  
Pregunta 18**

**Pase a la Página 4, Pregunta 17**

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

- No
- Sí

→ **Pase a la Pregunta 19**

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

**Cierto Falso**

- a. No podía conseguir una cita cuando quería. . . . . C F
- b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas. . . . . C F
- c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico . . . . C F
- d. El doctor o mi plan de salud no me quiso empezar a atender antes cuando yo quería . . . . . C F
- e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas . . . . . C F
- f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela . . . . . C F
- g. No tenía mi tarjeta de Medicaid. . . . C F
- h. No tenía quién cuidara a mis hijos . . . . . C F
- i. No sabía que estaba embarazada . . . C F
- j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada . . . . . C F
- k. No quería recibir cuidado prenatal. . C F

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 23.**

**19. ¿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:

---

**20. ¿Usó usted alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación para pagar su cuidado prenatal?**

**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 pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o Texas Health Steps
- TRICARE u otro seguro médico militar
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar para mi cuidado prenatal
- Otro recurso(s) → Por favor, escríbalo:

---

**21. 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 fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . . . .   | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé . . . . .   | No | Sí |
| c. Cómo 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 seguros para tomar durante mi embarazo . . . .  | No | Sí |
| f. Cómo 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 del trabajo de parto prematuro (trabajo de parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto). . . . . | No | Sí |
| i. Qué hacer si el trabajo de 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 sus mujeres . .  | No | Sí |

**22. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, una enfermera u otro profesional de salud le habló sobre cuantos kilos o libras debería aumentar durante su embarazo?**

- No
- Sí

**23. 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

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí

**26. 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

6

**27. ¿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 <b>graves</b> . . . . .  | 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 (incluida 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 del parto (parto prematuro) . . . . .                           | No | Sí |
| h. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada del 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 |

**28. Durante su *más reciente* embarazo, ¿trató su doctor, enfermera u otro profesional de salud de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé por medio de una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado Progesterona o 17P (17 alfa-hidroxi-progesterona)?**

- No  
 Sí  
 No sé

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 33**  
 Sí

**30. 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

**31. 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

**32. ¿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

**33. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe 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.**

**34. 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 37**
- Sí

**35a. 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 Página 8, Pregunta 36a**

**35b. 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

**36a. 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 Pregunta 37**

**36b. 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.**

**37. 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 el 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. Yo o mi esposo o pareja estuvimos en la cárcel. . . . .                 | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o drogas. . | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí. . . .                                   | No | Sí |



**38. 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

**39. 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.)**

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

\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
 Mes      Día      Año

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

\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
 Mes      Día      Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

**42. ¿En qué fecha nació su bebé?**

\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
 Mes      Día      Año

**43. ¿Su parto fue inducido?** Inducir un parto es hacer que el mismo comience mediante el suministro de medicamentos que provocan contracciones.

- No → **Pase a la Pregunta 45**  
 Sí  
 No sé → **Pase a la Pregunta 45**

**44. ¿Por qué su doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir (hacer que comenzara) su trabajo de parto?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Se rompió mi fuente y había peligro de una infección  
 Se había pasado la fecha esperada del parto  
 A mi proveedor le preocupaba el tamaño del bebé  
 El bebé no estaba bien y necesitaba nacer  
 Tuve un problema de salud y necesitaba dar a luz  
 Deseaba programar mi parto  
 Deseaba que me atendiera cierto proveedor en particular  
 Otra → Por favor, escríbala:

\_\_\_\_\_

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

- Parto vaginal → **Pase a la Página 10, Pregunta 47**  
 Parto por cesárea

**Pase a la Página 10, Pregunta 46**

10

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

Marque todas las opciones que apliquen

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea
- El 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 trabajo de parto era peligroso para mí debido a un problema médico
- Mi proveedor trató de inducir mi trabajo de parto, pero no funcionó
- El trabajo de parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor mostró que había problemas con el bebé durante el trabajo de parto
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra razón(s) —> Por favor, escríbala:

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

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

- No tuve a mi bebé en un hospital

**48. ¿Usó usted alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación para pagar el parto de 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 pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid o Texas Health Steps
- TRICARE u otro seguro médico militar
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar para mi parto
- Otro recurso(s) —> Por favor, escríbalo:

## 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 Pregunta 53**

51. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 64**  
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 64**  
 Sí

**Pase a la Pregunta 53**

53. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o le alimento 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 recuperar mi figura  
 Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, 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 Página 12, Pregunta 57**

**Pase a la Página 12, 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

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 58a.**

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

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

**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 tenido 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 bebé, alimentos para bebé 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 Pregunta 64.**

**59. Actualmente, ¿en qué posición usted acuesta a su bebé *la mayoría del tiempo* para que se duerma?**

**Marque una respuesta**

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

**60. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

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

- 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 los 2, 4, o 6 meses de edad.)

- No  
 Sí

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

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

**64. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *ahora* 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 66**

**65. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *ahora*?**

**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  
 Otra → Por favor, escríbala:

**66. 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 6 semanas después de dar a luz.)

- No  
 Sí

**77. 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 de las opciones describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba en 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:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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 . . . . .

**OTRAS EXPERIENCIAS**

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 69.**

**68. 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

**69. ¿Un dentista o higienista dental le hizo una limpieza dental a usted durante alguno de los períodos de tiempo que aparecen en la lista a continuación?** Para cada de los períodos de tiempo, marque con un círculo **Sí**, si le hicieron una limpieza dental en ese tiempo, o **No**, si no le hicieron una limpieza dental en ese tiempo.

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
|  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
| a. Durante mi más reciente embarazo . . . . .    | No        | Sí        |
| b. Después de mi más reciente embarazo . . . . . | No        | Sí        |

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

**70. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total del 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
- \$50,000 ó más

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

Personas

**72. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 Texas.**

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

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