

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. 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 (no 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"/> |

5. 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

6. 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 Página 3, Pregunta 9**
 Sí

Pase a la Página 2, Pregunta 7

7. ¿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:

8. 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 podía 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"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo bebé*.

9. 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 New Mexico, <http://www.bewellnm.com> o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o Centennial Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Cobertura de atención médica de Indian Health Service (IHS) o Tribal-638
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

10. 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 Página 4, Pregunta 12**
- 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 New Mexico, <http://www.bewellnm.com> o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o Centennial Care
- SCHIP o CHIP
- Descuento/Programa del riesgo prenatal (HRF) del estado
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Cobertura de atención médica de Indian Health Service (IHS) o Tribal-638
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

Si usted tenía seguro médico para su *cuidado prenatal*, pase a la Pregunta 11. Sino, pase a la Página 4, Pregunta 12.

11. ¿El costo del seguro médico para su *cuidado prenatal* causó problemas económicos para usted o su familia?

- No
- Sí

12. ¿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 New Mexico, <http://www.bewellnm.com> o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o Centennial Care
- Family Planning o Title X Program
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Cobertura de atención médica de Indian Health Service (IHS) o Tribal-638
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

13. 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

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.)

14. ¿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 16**

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

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 17**
Pase a la Pregunta 16

16. ¿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. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No tenía mi tarjeta de Medicaid o Centennial Care..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No tenía quién cuidara a mis hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No sabía que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No quería que nadie supiera que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Estaba demasiado lejos la clínica u oficina de doctor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No creía que sería importante o que me ayudaría el cuidado prenatal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No sentía que el cuidado prenatal era culturalmente apropiado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. No quería recibir cuidado prenatal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 20.

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

Marque UNA respuesta

- Consultorio médico privado
- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- El hospital o clínica del hospital
- Una clínica de comunidad o del gobierno
- Servicio de Salud Indio, Tribal 638 o una clínica de tribu urbana
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

18. 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.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

19. How did you feel about the prenatal care you got during your most recent pregnancy? If you went to more than one place for prenatal care, answer for the place where you got *most* of your care. For each item, check **No** if you were not satisfied or **Yes** if you were satisfied.

- | | No | Yes |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. The amount of time I had to wait..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. The amount of time the doctor, nurse, or midwife spent with me..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. The advice I got on how to take care of myself..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. The understanding and respect shown toward me as a person..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. La comprensión cultural que se demostraba en el cuidado que le dieron..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. 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

21. 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

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

- No
 Sí

23. 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 comenzó durante este embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Labor pains more than 3 weeks before my baby was due (preterm or early labor)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 28**
 Sí

25. 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

26. 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

27. ¿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

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

E-cigarillos (cigarillos 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.

28. ¿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-cigarillos (cigarillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 29. Sino, pase a la Pregunta 31.

29. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos 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-cigarillos o otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

30. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos 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-cigarillos o otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

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

31. 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 33**
- Sí

32. 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

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.

33. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

- No
- Sí

34. En los 12 meses *antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

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

35. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

36. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

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

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 39**
- Parto por cesárea (c-section)

Pase a la Pregunta 38

38. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?

Marque UNA respuesta

- Mi proveedor de salud recomendó la cesárea **antes** de mi parto
- Mi proveedor de salud recomendó la cesárea durante mi parto
- Yo pedí la cesárea

39. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
- Sí
- No sé

40. 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 43**

41. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 60**

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 60**
- Sí

Pase a la Pregunta 43

43. 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 amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

44. ¿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 Página 11, Pregunta 52**

Sí

Pase a la Pregunta 45

45. Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted algún tipo de asistencia para amamantar de los que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no recibió este tipo de asistencia para amamantar, o **Sí**, si la recibió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que respondiera mis preguntas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ayuda para poner al bebé en la posición correcta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Información sobre dónde conseguir una bomba o extractora de leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para usar la bomba o extractora de leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

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

No

Sí → **Pase a la Página 10, Pregunta 48**

47. ¿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 **O** _____ Meses

48. ¿Ha usado usted una bomba o extractora de leche para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 50**

49. ¿Su seguro médico pagó por una bomba o extractora de leche para usar con su nuevo bebé?

- No
 Sí, pero tuve que hacer un copago
 Sí, sin copago
 No tenía seguro médico
 No sé

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 51.

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. ¿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 o leche de vaca)?

Semanas **O** Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 60.

52. 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

53. 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 55

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

- No
- Sí

55. 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"/> |

56. ¿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 bebe boca arriba..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebe 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"/> |

57. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo?

Veces
 Ninguna → **Pase a la Pregunta 59**
 Mi bebé no se ha enfermado
 Mi bebé todavía está en el hospital } → **Pase a la Pregunta 60**

58. Cuando su bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 60**

59. ¿Algunas de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera atención médica cuando ha estado enfermo?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía seguro médico para pagar por la consulta
- No pude conseguir una cita
- No tenía un doctor regular para mi bebé
- No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio del doctor
- No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos
- Otra → Por favor, escríbala:

60. ¿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 Pregunta 62**

61. ¿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, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 63.

62. ¿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 (OrthoEvrá®) 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:

63. 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 65**
- Sí

Pase a la Pregunta 64

64. 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 gané 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"/> |

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

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

66. 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.

67. Es usted Hispánica, Española o Latina?

- No
 Sí

68. ¿Cuál diría es su raza?

Marque TODAS las que correspondan

- Nativa Americana o Nativa de Alaska
 Tribu: _____
 Asiática
 Negra o afro-americana
 Nativa de Hawái o de otra isla del pacífico
 Blanca o anglo
 Otro _____ → Por favor, escríbalo:

69. ¿Cuál de estos le describe mejor a usted?

Marque UNA respuesta

- Nativa Americana o Nativa de Alaska
 Asiática
 Negra o afro-americana
 Hispánica, Española o Latina
 Nativa de Hawái o de otra isla del pacífico
 Blanca o anglo
 Otro _____ → Por favor, escríbalo:

70. Within the past 12 months, when seeking health care, did you feel your experiences were worse than, the same as, or better than for people of other races (or ethnicities)?

Check ONE answer

- Worse than other races
 The same as other races
 Better than other races
 Worse than some races, better than others
 I only encountered people of the same race
 I did not have health care in past 12 months
 Don't know / Not sure

71. Durante el *mes antes de quedar embarazada*, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón? Sus respuestas son completamente confidenciales. Para cada una, marque **No**, si no la usó, o **Sí**, si la usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Prescription for depression or anxiety | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Marihuana (<i>pot, weed, bud, mota</i> o hachís (<i>hash</i>))..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marihuana sintética (K2, Spice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Heroína (<i>smack, junk, Black Tar, chiva, alquitrán negro</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , agua) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow, nieve</i>)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers, ludes</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

72. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios? Para cada uno, marque **No**, si no recibió el servicio, o **Sí**, si lo recibió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Consejería o un grupo de apoyo para la depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Clases o grupos de apoyo para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Healthy Start..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El programa de Families FIRST..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Apoyo de una partera o una dóula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Home visiting program..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 75.

73. Desde que nació su nuevo bebé, ¿participó usted en cualquiera de estos servicios? Para cada uno, marque **No**, si no participó en el servicio, o **Sí**, si lo participó.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases o grupos de apoyo sobre cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. WIC para mi o para mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El programa de Families FIRST..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Healthy Start..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Consejería o un grupo de apoyo para la depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda con el dar pecho de una hospital o clínica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Ayuda con el dar pecho de un programa comunitario o de una consultora en lactancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Home visiting program..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 75.

74. Por favor lea cada declaración acerca de cómo siente usted cuando su bebé llora o lo que hace para manejar el llanto de su bebé. Para cada uno, marque **No**, si no corresponde con su experiencia, o **Sí**, si la corresponde.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Yo casi siempre puedo lograr que mi bebé deje de llorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante la semana pasada cargué a mi bebé en brazos, o lo/la puse en su porta-bebé por 5 horas o más por día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Creo que alzar a mi bebé cada vez que llora lo/la hará malcriado/a..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. A veces me siento abrumada cuando mi bebé llora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No → **Pase a la Página 16, Pregunta 78**
 Sí

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

Marque UNA respuesta

- No, y no estoy planeando regresar → **Pase a la Página 16, Pregunta 78**
 No, pero voy a regresar
 Sí

77. ¿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

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

78. 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

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

Número de Personas

80. ¿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 New Mexico.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

