

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

### 1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies **Y**  Pulgadas  
**O**  Centímetros

### 2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras **O**  Kilos

### 3. ¿En qué fecha nació usted?

/  /   
 Mes                  Día                  Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

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

- No  
 Sí

**Pase a la Pregunta 7**

**Pase a la Pregunta 5**

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

- No  
 Sí

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

- No  
 Sí

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asma.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Epilepsia (convulsiones).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas de la glándula tiroides.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Ansiedad.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 8. 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

9. 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  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 12**

10. ¿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:

11. 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. Hablé conmigo sobre mantener un peso saludable .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablé conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablé conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hablé conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hablé 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"/> |

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

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 14**

↓ **Pase a la Pregunta 13**

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

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

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

**14. 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 o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

**Si usted no tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada, pase a la **Página 4, Pregunta 15**. Sino, pase a la **Página 4, Pregunta 16**.**

**15. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía
- Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet
- Mi ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid
- Mi ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sabía cómo obtener seguro médico
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

---

**16. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No recibí cuidado prenatal \_\_\_\_\_ → **Pase a la Pregunta 17**
- 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 o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

---

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

**17. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted para pagar por su *parto*?**

**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 o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

---

- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *parto*

**18. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

---

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

Marque UNA respuesta

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

Pase a la  
Pregunta 21

20. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

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

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 24

22. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 24

Pase a la Pregunta 23

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

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

## 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.)

24. ¿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, enfermera u otro profesional de salud le dijo que estaba embarazada.

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

- No recuerdo

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

Semanas **O**  Meses  
 No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 27**

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

No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 28**

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

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 29.**

28. 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"/> |

29. 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

30. 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

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

- No  
 Sí

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

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

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

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

- No  
 Sí

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

- No  
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 37**  
 Sí

**36. Durante su embarazo *más reciente*, cuando fue a sus citas de WIC, ¿habló usted sobre dar pecho con una consejera en lactancia materna o con otro miembro del personal de WIC?**

- No  
 Sí

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante <b>este</b> embarazo).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante <b>este</b> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Epilepsia (convulsiones).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted tenía depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta 38. Sino, pase a la Página 8, Pregunta 39.**

**38. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomaba un medicamento recetado para su depresión?**

- No  
 Sí

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 43**  
 Sí

40. 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

41. 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

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

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

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

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

**Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 44. Sino, pase a la Pregunta 46.**

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

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

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

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

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

**46. 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 50**
- Sí

**47. 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 → **Pase a la Pregunta 49**

**48. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 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 un período de 2 horas

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

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

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

**50. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron *según su raza*?**

- No
- Sí

**51. 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"/> |

**52. 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"/> |

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

53. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; text-align: center; height: 20px;" type="text" value="20"/>
Mes                  Día                  Año

54. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

- No  
 Sí  
 No sé

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

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; text-align: center; height: 20px;" type="text" value="20"/>
Mes                  Día                  Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

56. ¿Cuánto subió de peso durante su embarazo más reciente?

**Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario**

- Aumenté  Libras   Kilos  
 No subí de peso durante mi embarazo  
 No sé

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

- No  
 Sí  
 No sé

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

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

Pase a la Pregunta 61

59. ¿Su bebé está vivo?

- No → Lamentamos mucho su pérdida  
 Sí → Pase a la Página 13, Pregunta 74

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

- No → Pase a la Página 12, Pregunta 73  
 Sí

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

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

Por favor, escríbala:

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

No → Pase a la Pregunta 66

Sí

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

No

Sí → Pase a la Pregunta 65

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

Menos de 1 semana

Semanas

O

Meses

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 66.**

65. 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"/> |

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 73.**

66. 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

67. 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 69**

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

- No  
 Sí

69. 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"/> |

70. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las **siguientes cosas**? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No  
 Sí  
 Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

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

- No  
 Sí

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

- No  
 Sí

**74. ¿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 76**

**75. ¿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 77.**

**76. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

---

**77. 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.

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 Página 14, Pregunta 79**  
 Sí

↓  
**Pase a la Página 14, Pregunta 78**

**78. 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.

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

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**80. 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.**

**81. ¿Alguna vez ha tomado medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?**

- No → Pase a la Pregunta 83  
 Sí

**82. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tomó medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?**

- No  
 Sí

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

- No → Pase a la Pregunta 85  
 Sí

**84. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomaba un medicamento recetado para su ansiedad?**

- No  
 Sí

**85. ¿Alguno de sus familiares directos o de sangre (madre, padre, hermanas o hermanos) ha tenido alguna de las condiciones que aparecen en la lista a continuación?** Para cada condición, marque **No**, si nadie en su familia ha tenido esa condición, **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **NS**, si usted no sabe al respecto.

- |   | No                       | Sí                       | NS                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ataque cardíaco antes de los 55 años .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Presión sanguínea alta (hipertensión) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cáncer de seno (o cáncer de mama) antes de los 50 años ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cáncer de ovario.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**86. Cuando usted supo por primera vez que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿prefirió dar a luz por la vagina (naturalmente) o por cesárea?**

- Por la vagina  
 Por cesárea (c-section)

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 88.**

**87. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre los riesgos y los beneficios de un parto vaginal (natural) a diferencia de un parto por cesárea?**

- No  
 Sí

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

- Parto vaginal  
 Me empezaron las contracciones pero me tuvieron que hacer una cesárea  
 No me empezaron las contracciones y me tuvieron que hacer una cesárea

**Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 91.**

**89. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera, trabajadora de salud 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, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si se ha sentido triste o ansiosa.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Qué hacer cuando el bebé llora excesivamente y no para.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que sacudir o golpear a mi bebé puede causar daños graves .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Poner a mi bebé a dormir de forma segura boca arriba y en su propia cuna...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Compartir información acerca de temas como sacudir a los bebés, bebés que lloran, y sueño seguro con personas que ayudan a cuidar a mi bebé como mi esposo o pareja, un miembro de la familia, niñera o cuidador ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 91.**

**90. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera, trabajadora de salud u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los siguientes temas que aparecen en la lista a continuación?** Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo o mi bebé tiene algún problema con el amamantamiento.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo ponerme en contacto con grupos de apoyo de amamantamiento ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

91. 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

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

Número de Personas

93. ¿Cuál es la fecha de hoy?

	/		/	20
Mes		Día		Año

Las siguientes preguntas son acerca del uso de varias drogas antes, durante y después del embarazo.

94. Durante los 3 meses 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. 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. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante.....   | <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</i> ) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, agua</i> ) .....   | <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"/> |

## Las siguientes preguntas son acerca de la marihuana.

**D1. En algún momento durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada O *durante* su embarazo más reciente, usó la marihuana o hachís en cualquier forma?**

- No → **Pase a la Pregunta D6**  
 Sí

**D2. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, más o menos, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en un mes promedio?**

- Diariamente  
 2-6 días a la semana  
 1 día a la semana  
 2-3 días al mes  
 1 día al mes o menos  
 No usaba la marihuana en ese entonces

**D3. Durante su *embarazo más reciente*, más o menos, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana en un mes promedio?**

- Diariamente  
 2-6 días a la semana  
 1 día a la semana  
 2-3 días al mes  
 1 día al mes o menos  
 No usaba la marihuana en ese entonces → **Pase a la Pregunta D6**

**D4. Durante su *embarazo más reciente*, ¿cómo usó la marihuana?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- La fumé  
 La comí  
 La bebí  
 La vaporicé  
 La usé en concentrado o "dabbing"  
 Otra manera → Por favor díganos:

**D5. ¿Por qué usó productos de marihuana durante su embarazo?** Para cada una, marque **No** si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Para aliviar las náuseas.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Para aliviar los vómitos .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Para aliviar el estrés o la ansiedad .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Para aliviar los síntomas de una afección crónica ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Para aliviar el dolor.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Para divertirme o relajarme.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra razón.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor díganos:

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 18, Pregunta D8.**

**D6. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algo de lo siguiente?** Por favor, incluya si le preguntaron en un formulario por escrito o durante una conversación. Para cada uno, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Preguntarme si estaba usando marihuana .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Recomendarme que usara marihuana por alguna razón.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aconsejarme que no usara marihuana.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Aconsejarme que no diera pecho a mi bebé si estaba usando marihuana ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D7. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud la refirió a tratamiento por abuso de drogas (medicamentos recetados o no recetados)?**

- No
- Sí
- No usé ninguna droga (o solamente usé analgésicos que se venden sin receta médica) durante mi embarazo

**D8. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado la marihuana o hachís en cualquier forma?**

- No
- Sí

**D9. ¿Cuánto tiempo cree que una mujer debe esperar para dar pecho a su bebé después de usar marihuana?**

**Marque UNA respuesta**

- No creo que tiene que esperar
- Creo que es mejor esperar hasta que se le quite el efecto de estar drogada
- Creo que es mejor esperar 2-3 horas después de que se le quite el efecto de estar drogada
- No creo que es seguro usar la marihuana en ningún momento si una mujer está dando pecho

**Las últimas preguntas son acerca de los medicamentos recetados.**

**D10. Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó antidepresivos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS o SSRI, por sus siglas en inglés) como Prozac, Zoloft o Lexapro?**

- No
- Sí

**D11. Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó medicamentos recetados para aliviar el dolor (analgésicos) como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína?**

- No → **Pase al final**
- Sí

**D12. ¿Cómo describiría la forma en que consiguió los medicamentos recetados para aliviar el dolor que utilizó durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Yo tenía una receta actual
- Yo tenía medicamentos que me sobraron de una receta vieja
- Yo conseguí los medicamentos sin receta

**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 Jersey.**

***¡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 Jersey.***

