

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

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

5. 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"/> |

6. 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

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

- No → **Pase a la Pregunta 10**
- Sí

8. ¿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:

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 12**
- Sí

Pase a la Pregunta 11

11. 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 prepararse para un embarazo? *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

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

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

12. 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 Illinois, GetcoveredIllinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- CHIP o All Kids
- 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

13. 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 14**
- 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 Illinois, GetcoveredIllinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- CHIP, All Kids o Moms & Babies
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

14. ¿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 Illinois, GetcoveredIllinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- CHIP, All Kids o Moms & Babies
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

15. 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

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 19**

17. 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 19**

Pase a la Pregunta 18

18. ¿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.)

19. ¿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 21

Pase a la Pregunta 20

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

- No
- Sí →

Pase a la Página 6, Pregunta 22

21. ¿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 state Medicaid name)..... | <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 Página 6, Pregunta 25.

22. ¿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
 Community health clinic
 Otro _____ → Por favor, escríbalo:

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

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

24. 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"/> |

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

- No _____ → **Pase a la Pregunta 27**
 Sí

26. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes?

Marque TODAS las que correspondan

- Un artículo de periódico o revista
 En la radio o televisión
 De un doctor, enfermera u otro profesional de salud
 En un libro
 De familiares o amigo(a)s
 Otra _____ → Por favor, escríbala:

27. 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

28. 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

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

- No
 Sí

30. 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"/> |

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

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

- No → Pase a la Página 8, Pregunta 37
 Sí

Pase a la Pregunta 32

32. 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

33. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

Si usted no fumaba en ningún momento durante los **3 meses antes** de quedar embarazada, pase a la **Página 8, Pregunta 36**.

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

- No
 Sí
 No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Página 8, Pregunta 36

Pase a la Página 8, Pregunta 35

35. A continuación aparece una lista de cosas acerca de dejar de fumar que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo haber hecho *durante cualquiera de sus consultas prenatales*. Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dedicó tiempo para hablar conmigo sobre cómo dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi sola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me refirió a consejería para ayuda a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría mi decisión de dejar de fumar .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me recomendó que yo usara el chicle de nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me recomendó que yo usara el parche de nicotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me recetó "nasal spray" o un inhalador de nicotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me recetó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para ayudarme a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me recetó una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para ayudarme a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. ¿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 (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, usen 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.

37. ¿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 (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, o rapé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros..... | <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 38. Sino, pase a la Pregunta 40.

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

- Más que 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

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

- Más que 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.

40. 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
- Sí

Pase a la Pregunta 42

41. 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.

42. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

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

Las preguntas 44 y 45 están omitidas.
Por favor siga con la Pregunta 46.

DESPUES DEL EMBARAZO

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

46. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

47. 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 50**

48. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida**
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 62**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 62**
- Sí

Pase a la Pregunta 50

50. 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 doula | <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 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:

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 53**

52. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 56.

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 55**

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

- Menos de 1 semana

Semanas Meses

55. ¿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 Meses

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

56. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

Semanas Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido ningún alimento

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 62.

57. 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

58. 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 60

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

- No
 Sí

60. 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 twin o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En una 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"/> |

61. ¿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"/> |

62. ¿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 64**

63. ¿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 65.

64. ¿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:

65. 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
 Sí

→ **Pase a la Página 14, Pregunta 67**

Pase a la Página 14, Pregunta 66

66. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta
- No podía conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo
- Otra razón _____ → Por favor, escríbala:

Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la Pregunta 69.

67. ¿A dónde fue para su chequeo posparto?

- El consultorio de mi médico de familia
- El consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Una clínica de un hospital
- Una clínica del departamento de salud
- Community health clinic
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

68. 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. Decirme que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hablar conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que gané durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablar conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablar conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Darme o recetarme un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ponerme un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Preguntarme si yo fumaba cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Preguntarme si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Preguntarme si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerme una prueba para detectar la diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

70. 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

71. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 74

72. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

- No
- Sí

73. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?

- No
- Sí

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 78.

74. Desde que nació su nuevo bebé, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitaran?

Para cada uno, marque **No**, si no la tendría, o **Sí**, si la tendría.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien que cuidara a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**La pregunta 75 esta omitida.
Por favor siga con la pregunta 76.**

76. Durante su embarazo, probablemente tuvo que obtener distintos tipos de servicios relacionados con la salud. Entre estos pudo haber necesitado consultas en la clínica, en el consultorio del doctor o la enfermera, pudo haber solicitado un seguro de salud o Medicaid, o pudo haber solicitado ayuda por un problema familiar. Al obtener esos servicios, ¿alguna vez sintió que le trataron injustamente por alguna de las siguientes razones? Para cada una, marque **No**, si no le trataron injustamente, o **Sí**, si le trataron injustamente.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi edad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El idioma que hablo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi ciudadanía..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi estatus de seguro o Medicaid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me sentí que me trataron injustamente por otras razones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

77. Cuando el padre de su nuevo bebé está con su bebé, ¿con qué frecuencia él abraza, besa, carga, o juega con el nuevo bebé?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El padre de mi nuevo bebé normalmente no pasa tiempo con mi bebé

78. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia le proporciona su esposo o pareja estímulo y apoyo emocional a usted?

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

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

79. 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

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

Número de Personas

81. ¿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 Illinois.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

Las siguientes preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que suele propagarse con mayor frecuencia a través de las picaduras de mosquitos, pero un hombre con el virus del Zika también puede transmitir la enfermedad por vía sexual.

1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuánto le preocupaba la posibilidad de infectarse con el virus del Zika?

Marque UNA respuesta

Me preocupaba mucho

Me preocupaba un poco

No me preocupaba mucho

No me preocupaba para nada

Nunca había oído hablar del virus del Zika durante mi embarazo más reciente → Ir a la pregunta 10

2. Cuando estaba embarazada, ¿en cuál de estas fuentes (solo UNA) confiaba *más* para recibir información acerca del virus del Zika? Marque UNA respuesta

Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar, obstetra/ginecólogo, partera u otros profesionales médicos)

Otras mujeres embarazadas

Familia o amigos

La línea telefónica o el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Mi departamento de salud estatal o local

Las noticias en radio o televisión

Sitios de redes sociales como Facebook

Sitios web sobre embarazo u otros temas → Díganos cuál: _____

Otras fuentes → Díganos cuál: _____

3. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con algún médico, enfermero u otro profesional médico acerca del virus del Zika?

No

Sí, un trabajador del sector de la salud me habló del tema sin que yo se lo pidiera

Sí, un trabajador del sector de la salud me habló del tema pero sólo CUANDO le consulté al respecto

4. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿algún médico, enfermero u otro profesional médico le *ofreció* hacerse una prueba de detección del virus del Zika?

No

Sí

5. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba de detección del virus del Zika?

No

Sí

6. Durante su embarazo *más reciente*, ¿algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le *dijo* que *estaba infectado* con la infección por el virus del Zika? Marque UNA respuesta

No

Sí, porque mi prueba dio positiva para la infección por el virus del Zika

Sí, porque tenía síntomas de infección por el virus del Zika

Sí, porque mi prueba dio positiva Y tenía síntomas de infección por el virus del Zika

Las siguientes preguntas son acerca de sus viajes durante su embarazo *más reciente*.

7. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se enteró de que existía la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?

No → Ir a la pregunta 10

Sí

8. Durante su embarazo *más reciente*, ¿postergó, modificó o canceló algún plan de viaje debido a la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?

No, no modifiqué mis planes de viaje

Sí, postergué un viaje → Ir a la pregunta 10

Sí, cambié el destino de mi viaje → Ir a la pregunta 10

Sí, cancelé un viaje → Ir a la pregunta 10

No tenía planes de viajar a un área afectada por el virus del Zika → Ir a la pregunta 10

9. ¿Cuáles fueron sus motivos para no modificar sus planes de viajes y evitar viajar a zonas afectadas por el virus del Zika durante su embarazo *más reciente*? Marque TODAS las que correspondan

No pude conseguir un reembolso por el viaje
Viajaba por trabajo
Viajaba para un evento especial (una boda, un funeral, etc.)
Vivía en el área, o mi familia vivía en el área
Otro motivo → Díganos cuál: _____

10. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿vivió o viajó fuera de los 50 estados de los Estados Unidos?

No → Ir a la pregunta 14
Sí

11. ¿En qué momento vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente* y por cuánto tiempo? Es posible que un calendario le resulte útil. Si realizó más de 2 viajes, complete la información a continuación para los dos PRIMEROS viajes durante su embarazo más reciente.

Viaje número 1

Lugar (país o territorio): _____
Primer día de viaje: __/__/__
Estadía (en cantidad de días): _____

Viaje número 2

Lugar (país o territorio): _____
Primer día de viaje: __/__/__
Estadía (en cantidad de días): _____

No recuerdo

12. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó el clima era tropical y había mosquitos?

No → Ir a la pregunta 14
Sí

13. Mientras vivía o viajaba por los países especificados más arriba, ¿con qué frecuencia hacía lo siguiente? Por cada ítem, marque TD si lo hacía todos los días, AV si lo hacía a veces y N si no lo hizo nunca.

Todos los días A veces Nunca

- Usar camisas de mangas largas y pantalones largos
- Usar repelente de mosquitos con uno de los siguientes ingredientes: DEET, picaridina, IR3535, aceite de eucalipto de limón o para-mentano-diol.
- Usar ropa tratada con el repelente de mosquitos llamado permetrina
- Permanecer en lugares con aire acondicionado
- Permanecer en lugares con mosquiteros en puertas y ventanas
- No tener relaciones sexuales
- Usar preservativos cada vez que tuvo relaciones sexuales

Las siguientes preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.

14. En algún momento *6 meses antes* de su embarazo más reciente o durante su embarazo, ¿su esposo o pareja de sexo masculino viajó fuera de los 50 estados de Estados Unidos?

No → Ir al final, gracias por responder el cuestionario.

Sí

15. ¿En qué momento viajó su esposo o pareja de sexo masculino fuera de los 50 Estados Unidos y por cuánto tiempo? Es posible que un calendario le resulte útil. Si hizo más de 2 viajes, complete la información a continuación acerca de los 2 PRIMEROS viajes que hizo su pareja de sexo masculino durante su embarazo más reciente.

Viaje número 1

Lugar (país o territorio): _____

Primer día de viaje: __/__/__

Estadía (en cantidad de días): _____

Viaje número 2

Lugar (país o territorio): _____

Primer día de viaje: __/__/__

Estadía (en cantidad de días): _____

No lo sé

16. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó su esposo o pareja de sexo masculino el clima era tropical y había mosquitos?

No → Ir al final, gracias por responder el cuestionario.

Sí

No sé

17. Durante su *embarazo más reciente*, ¿tuvo relaciones sexuales con su esposo o una pareja de sexo masculino después de que viajara fuera de los 50 Estados Unidos?

No → Ir a la pregunta 20

Sí

18. Cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o pareja de sexo masculino después de que viajara fuera de los 50 Estados Unidos durante su *embarazo más reciente*, ¿con qué frecuencia usó preservativo?

Cada vez que tuve relaciones sexuales → Ir a la pregunta 20

A veces cuando tenía sexo

Nunca

19. ¿Cuáles fueron sus motivos para no usar preservativos cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo u otra pareja de sexo masculino después de que viajara fuera de los 50 Estados Unidos durante su *embarazo más reciente*? Marque TODAS las que correspondan

No creí que fuera necesario usar preservativos durante el embarazo

No sabía que podía contraer el virus del Zika por vía sexual

No sabía que mi esposo o pareja de sexo masculino tenía el virus del Zika

No me preocupaba contraer el virus del Zika

No quería usar preservativos

Mi esposo o pareja de sexo masculino no quería usar preservativos

No pude conseguir preservativos cuando los necesité

No tenía dinero para comprar preservativos

Me olvidé de usar preservativos

Otro → Díganos:

20. Durante su embarazo *más reciente*, ¿su esposo o pareja de sexo masculino se hizo una prueba de detección del virus del Zika?

No

Sí

No sé

21. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un médico, enfermero u otro profesional de la salud *le dijo* a su esposo o pareja de sexo masculino que tenía el virus del Zika?

No

Sí

No sé

Gracias por responder este cuestionario. Sus respuestas nos ayudan a cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.