

Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

Wyoming PRAMS Phone Survey
Phase 8

Spanish Version

April 2016

ENTREVISTADORA: Por favor marque la letra o el número que corresponda a la respuesta de la participante.

Primero quisiera hacerle algunas preguntas acerca de *usted*.

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

(PREGUNTE: Más o menos, ¿qué tan alta es usted?)

(No lea)

- | | | |
|---|---------------------|------------------------------|
| 1 | Pies _____ | (RANGO: 4-6 pies) |
| 2 | Pulgadas _____
O | (RANGO: 0-11 pulgadas) |
| 3 | Centímetros _____ | (RANGO: 120-210 centímetros) |
| 8 | Se rehusó | |
| 9 | No sabe/no recuerda | |

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

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuánto pesaba?)

(No lea)

- | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|
| 1 | Peso en libras _____
O | (RANGO: 36-400 libras/kilos) |
| 2 | Peso en kilos _____ | |
| 8 | Se rehusó | |
| 9 | No sabe/no recuerda | |

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

- | | | |
|---|-----------|-----------------------------|
| 1 | Mes _____ | (RANGO: 10-55 años de edad) |
| 2 | Día _____ | |
| 3 | Año _____ | |

(No lea)

- | | |
|---|---------------------|
| 8 | Se rehusó |
| 9 | No sabe/no recuerda |

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

4. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una por favor dígame si tuvo esa condición durante los **3 meses antes** de quedar embarazada de su *nuevo* bebé. ¿Tuvo _____?

(**PREGUNTE:** Durante los **3 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted _____?)

Condición	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Diabetes tipo 1 o tipo 2. No es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo.				
b. Presión sanguínea alta o hipertensión				
c. Depresión				

5. Durante el **mes antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico? Por favor, dígame cuál de las siguientes opciones mejor describe a usted.

(**PREGUNTE:** Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

- Usted no tomó ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de quedar embarazada
- 1
 - 2 De 1 a 3 veces a la semana
 - 3 De 4 a 6 veces a la semana
 - 4 Todos los días de la semana

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
 - 9 No sabe/no recuerda

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

- (No lea)**
- 1 No ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 9**
 - 2 Sí
 - 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 9**
 - 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 9**

7. Voy a leer una lista de tipos de consultas médicas. Al decir cada una, por favor, dígame si usted tuvo este tipo de consulta en los **12 meses antes de quedar embarazada** de su nuevo bebé. ¿Tuvo usted _____?

(**PREGUNTE:** ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo en los **12 meses antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé? ¿Tuvo usted _____?)

Tipo de visita	(No lea)			No sabe (9)
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	
a. Un chequeo de rutina en el consultorio de su médico de familia				
b. Un chequeo de rutina en el consultorio de su ginecólogo-obstetra				
c. Una consulta para una enfermedad o condición crónica				
d. Una consulta para una herida				
e. Una consulta para planificación familiar o anticonceptivos				
f. Una consulta para depresión o ansiedad				
g. Una consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental				
h. Otro tipo de consulta				
i. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN h. PREGUNTE: ¿Qué tipo o tipos de consulta?	(Escriba)			

8. Durante alguna de sus consultas médicas en los **12 meses antes** de quedar embarazada, ¿un doctor, enfermera u otra profesional de la salud _____?)

(PREGUNTE: ¿Un doctor, enfermera u otra profesional de la salud, _____?)

Actividad	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Le dijo que tomara una vitamina con ácido fólico				
b. Le habló sobre mantener un peso saludable				
c. Le habló sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta				
d. Le habló sobre sus deseos de tener o no tener hijos				
e. Le habló sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo				
f. Le habló sobre cómo podría mejorar su salud antes de un embarazo				
g. Le habló sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis				
h. Le preguntó si fumaba cigarrillos				
i. Le preguntó si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente				
j. Le preguntó si se sentía decaída o deprimida				
k. Le preguntó sobre el tipo de trabajo que hace				
l. Le hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)				

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

9. Voy a leer una lista de diferentes tipos de seguros médicos. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tenía este tipo de seguro médico durante *el mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé. ¿Tenía usted _____?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?)

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				
c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés				
d. Medicaid				
e. Medicaid o Equality Care				
f. Kid Care (CHIP)				
g. TRICARE u otro seguro médico militar				
h. Servicio de Salud Indio				
i. ¿Tenía usted algún otro seguro médico durante el <i>mes antes</i> de quedar embarazada?				
SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN i . PREGUNTE: ¿Cuál fue?	(Escriba)			
j.				
ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 10 si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior				
k. ¿Diría usted que no tenía ningún seguro médico durante <i>el mes antes</i> de quedar embarazada? (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ)				

10. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted **durante su más reciente embarazo** para su *cuidado prenatal*? Voy a leer la lista de opciones otra vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tenía este tipo de seguro médico para su *cuidado prenatal*. Primero, déjame preguntar, [LEA OPCIÓN a: ¿Tenía usted cuidado prenatal?]

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted durante su embarazo más reciente para su cuidado prenatal?)

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿Tenía usted cuidado prenatal? (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía cuidado prenatal, marque NO y Pase a la Pregunta 11.)				
b. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
c. Seguro médico privado de sus padres				
d. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés				
e. Medicaid o Equality Care				
f. Kid Care (CHIP)				
g. TRICARE u otro seguro médico militar				
h. Servicio de Salud Indio				
i. ¿Tenía usted algún otro seguro médico para su cuidado prenatal?				
j. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN j. PREGUNTE: ¿Cuál fue?	(Escriba)			
ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 11 si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior				
k. ¿Diría usted que no tenía seguro médico para su cuidado prenatal? (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ)				

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted **ahora**? Voy a leer la lista de tipos de seguros médicos por última vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tiene este tipo de seguro médico **ahora**. ¿Tiene _____?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora?)

Tipo de seguro	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				
c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés				
d. Medicaid o Equality Care				
e. Kid Care (CHIP)				
f. TRICARE u otro seguro médico militar				
g. Servicio de Salud Indio				
h. ¿Tiene usted otro seguro médico <i>ahora</i> ?				
i. SI RESPONDE SÍ A LA OPCION i. PREGUNTE: ¿Cuál es?	(Escriba)			
ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 12 si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior				
j. ¿Diría usted que no tiene seguro médico <i>ahora</i> ?				
(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ)				

12. Piense en el tiempo **justo antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor seleccione la que describa mejor cómo se sentía.

(PREGUNTE: **Justo antes** de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?)

- 1 No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- 2 Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- 3 Quería quedar embarazada en ese momento
- 4 No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- 5 No estaba segura de lo que quería

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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.

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

(PREGUNTE: ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted?)

(No lea)

- 1 Cantidad de semanas _____
O
- 2 Cantidad de meses _____
- 3 Usted no recibió cuidado prenatal ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 15**
- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 15**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 15**

14. **Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algunas de las siguientes cosas?

Tema	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Si sabía cuánto peso debería aumentar durante su embarazo				
b. Si estaba tomando medicinas recetadas				
c. Si estaba fumando cigarrillos				
d. Si estaba tomando alcohol				
e. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente				
f. Si se sentía decaída o deprimida				
g. Si estaba usando drogas como marihuana o hachís, cocaína, crack o meth				
h. Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH, el virus que causa el SIDA				
i. Si estaba planeando darle pecho a su nuevo bebé				
j. Si estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su nuevo bebé				

15. 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 lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

16. Durante los 12 meses **antes del nacimiento** de su nuevo bebé, ¿**recibió** la vacuna contra la influenza? Le voy a leer una lista de 3 opciones. Por favor, dígame cuál le corresponde a usted.

- 1 No
- 2 Sí, antes de su embarazo
- 3 Sí, durante su embarazo

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

(No lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

18. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla 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 para un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

(No lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

19. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué pensaba sobre darle pecho a su nuevo bebé? Voy a leer una lista de posibles respuestas. Por favor, dígame cuál describe mejor a usted.

(PREGUNTE: Repita la pregunta según sea necesario.)

- 1 Sabía que le daría pecho
- 2 Pensaba que posiblemente le daría pecho
- 3 Sabía que **no** le daría pecho
- 4 No sabía qué iba a hacer al respecto

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

20. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada uno, por favor dígame si usted tuvo esa condición durante su embarazo *más reciente*. ¿Tuvo usted _____?

(PREGUNTE: Durante embarazo más reciente, ¿tuvo usted _____?)

Condición	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Diabetes gestacional o diabetes que comenzó durante este embarazo				
b. Alta presión sanguínea que comenzó durante este embarazo, preeclampsia o eclampsia				
c. Depresión				

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

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

(No lea)

- 1 No ⇒ **GO TO Question 25**
- 2 Sí
- 8 Se rehusó ⇒ **GO TO Question 25**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **GO TO Question 25**

22. En los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos. ¿Fumaba _____?

(PREGUNTE: En los **3 meses antes** de quedar embarazada, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?)

- 1 41 cigarrillos o más al día
- 2 De 21 a 40 cigarrillos
- 3 De 11 a 20 cigarrillos
- 4 De 6 a 10 cigarrillos
- 5 De 1 a 5 cigarrillos
- 6 Menos de 1 cigarrillo
- 7 No fumaba en ese entonces

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

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

- 1 41 cigarrillos o más al día
- 2 De 21 a 40 cigarrillos
- 3 De 11 a 20 cigarrillos
- 4 De 6 a 10 cigarrillos
- 5 De 1 a 5 cigarrillos
- 6 Menos de 1 cigarrillo
- 7 No fumaba en ese entonces

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

24. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día promedio *ahora*? ¿Fuma _____?

(PREGUNTE: Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 1 41 cigarrillos o más al día
- 2 De 21 a 40 cigarrillos
- 3 De 11 a 20 cigarrillos
- 4 De 6 a 10 cigarrillos
- 5 De 1 a 5 cigarrillos
- 6 Menos de 1 cigarrillo
- 7 No fuma actualmente

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

25. Voy a leer una lista de productos. Al decir cada una, por favor dígame si usted lo ha usado en los *últimos 2 años*. ¿Ha usado usted _____?

(PREGUNTE: En los *últimos 2 años*, ¿ha usado usted _____?)

Producto	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. E-cigarillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina tales como vape pens, hookah pens, e-cigarros o e-pipas PREGUNTE: E-cigarillos o cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos con nicotina tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros o 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.				
b. Hookah PREGUNTE: Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.				
c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé				

ENTREVISTADORA: Si la madre NO usó e- cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 28.

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

- 1 Más que una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 2-6 días a la semana
- 4 Una vez a la semana o menos
- 5 Usted no usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

- 1 Más que una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 2-6 días a la semana
- 4 Una vez a la semana o menos
- 5 Usted no usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

28. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los **últimos 2 años**? 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 lea)

- 1 No ⇒ **GO TO Question 31**
- 2 Sí
- 8 Se rehusó ⇒ **GO TO Question 31**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **GO TO Question 31**

29. Durante los **3 meses *antes*** de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal? ¿Usted tomaba _____?

(PREGUNTE: Durante los **3 meses *antes*** de quedar embarazada, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)

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

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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

(PREGUNTE: Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)

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

(No lea)

- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

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.

31. Voy a leer una lista de cosas que pudieron haber pasado durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted. Podría serle útil ver el calendario.

(PREGUNTE: Durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿_____?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿Un pariente cercano suyo estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital?				
b. ¿Se separó o divorció de su esposo o pareja?				
c. ¿Se mudó a otra dirección?				
d. ¿No tenía en donde vivir o se quedó a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio?				
e. ¿Su esposo o pareja perdió su trabajo?				
f. ¿Perdió usted su trabajo aunque quería seguir trabajando?				
g. ¿Reducieron las horas o el salario de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja?				
h. ¿No vivía con su esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo?				
i. ¿Peleaba o discutía con su esposo o pareja más de lo normal?				
j. ¿Su esposo o pareja le dijo que no quería que usted estuviera embarazada?				
k. ¿Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas?				
l. ¿Su esposo o pareja o usted estuvo en la cárcel?				
m. ¿Alguien muy cercano a usted tuvo un problema con alcohol o drogas?				
n. ¿Murió alguien muy cercano a usted?				

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

(No lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

33. 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 lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

ENTREVISTADORA: Si la madre tiene menos de 18 años de edad, omita la Pregunta 34 y la Pregunta 35.

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

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su ex esposo o ex pareja				
c. Otro miembro de la familia				
d. Otra persona				

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

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su ex esposo o ex pareja				
c. Otro miembro de la familia				
d. Otra persona				

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

36. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

(PREGUNTE: ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su nuevo bebé?)

(No lea)

- | | | |
|---|---------------------|----------------------------|
| 1 | Mes _____ | (RANGO: 1-12) |
| 2 | Día _____ | (RANGO: 1-31) |
| 3 | Año__20_____ | (RANGO: SURVEILLANCE YEAR) |
| 8 | Se rehusó | |
| 9 | No sabe/no recuerda | |

37. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto hacer que el mismo comenzó mediante el suministro de medicamentos que provocan contracciones?

(No lea)

- | | |
|---|--|
| 1 | No ⇒ PASE A LA PREGUNTA 39 |
| 2 | Sí |
| 8 | Se rehusó ⇒ PASE A LA PREGUNTA 39 |
| 9 | No sabe/no recuerda ⇒ PASE A LA PREGUNTA 39 |

38. Voy a leer una lista de razones por las que un doctor, enfermera u otro profesional de salud le puede tratar de inducir el parto o hacer que comiencen sus contracciones mediante el suministro de medicamentos. Para cada una, por favor, dígame si esa fue una razón para usted. ¿Fue porque _____?

(PREGUNTE: ¿Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le trató de inducir su parto porque _____?)

		(No lea)			
Razones		No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a.	Usted había tenido anteriormente un parto por cesárea o c-section				
b.	Su bebé estaba en una posición mala, como cabeza arriba				
c.	Se había pasado la fecha esperada del parto				
d.	A su proveedor de salud le preocupaba que su bebé fuera demasiado grande				
e.	El parto era peligroso para usted debido a un problema médico tal como condiciones cardíacas o incapacidad física				
f.	Usted tuvo una complicación del embarazo tal como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, o parto prematuro				
g.	Su proveedor de salud trató de inducir su parto, pero no funcionó				
h.	¿Hubo alguna otra razón?				
i.	SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN H. PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?	(Escriba)			

39. Por favor, dígame cuál de las siguientes declaraciones describe como dio a luz a su nuevo bebé.

(PREGUNTE: ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?)

- 1 Parto vaginal ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 39**
- 2 Parto por cesárea o c-section ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 39**

(No lea)

- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 39**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 39**

40. Voy a leer una lista de razones por las que unos bebés nacen por cesárea o c-section. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea o c-section. ¿Fue porque _____?

(PREGUNTE: ¿Nació su *nuevo* bebé por c-section porque _____?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted había tenido anteriormente un parto por cesárea o c-section				
b. Su bebé estaba en una posición mala, como cabeza arriba				
c. Se había pasado la fecha esperada del parto				
d. A su proveedor de salud le preocupaba que su bebé fuera demasiado grande				
e. El parto era peligroso para usted debido a un problema médico tal como condiciones cardíacas o incapacidad física				
f. Usted tuvo una complicación del embarazo tal como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, o parto prematuro				
g. Su proveedor de salud trató de inducir su parto, pero no funcionó				
h. El parto estaba tomando demasiado tiempo				
i. El monitor fetal demostró que había problemas con su bebé antes o durante el parto				
j. Usted deseaba programar el parto				
k. No quería dar a luz a su bebé en forma vaginal				
l. ¿Hubo alguna otra razón?				
m. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN I. PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?	(Escriba)			

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

(PREGUNTE: ¿Él o ella estuvo en el hospital _____?)

- 1 Menos de 24 horas o menos de 1 día
- 2 De 24 a 48 horas o de 1 a 2 días
- 3 De 3 a 5 días
- 4 De 6 a 14 días
- 5 Más de 14 días

(No lea)

- 6 Su bebé no nació en el hospital
- 7 Su bebé todavía está en el hospital ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 44**
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

42. ¿Su bebé está vivo?

(No lea)

- 1 No - *Lamentamos mucho su pérdida* ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 56**
- 2 Sí
- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 56**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 56**

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

(No lea)

- 1 No ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 55**
- 2 Sí
- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 55**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 55**

44. Voy a leer una lista de fuentes de información sobre dar pecho o amamantar a un bebé. Al decir cada una, por favor dígame si usted recibió información de esta fuente **antes o después de que naciera su nuevo bebé**. ¿Recibió información sobre amamantar a su bebé de _____?

(PREGUNTE: Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?)

Fuente	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su doctor				
b. Una enfermera, partera o dóula				
c. Una especialista o asesora en lactancia materna				
d. El doctor o proveedor de salud de su bebé				
e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna				
f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita				
g. Familiares o amigas				
h. ¿Alguna otra fuente?				
i. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN h PREGUNTE: ¿Cuál fue?	(Escriba)			

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

(No lea)

- 1 No ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 50**
 2 Sí
 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 50**
 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 50**

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

(No lea)

- 1 No
 2 Sí ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 49**
 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 49**
 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 49**

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

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses?)

(No lea)

- 1 Le dio pecho por menos de 1 semana
 2 Cantidad de semanas _____ (RANGO: 1-40)
 O
 3 Cantidad de meses _____ (RANGO: 1-9)
 Se rehusó
 No sabe/no recuerda

48. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres tienen para dejar de dar pecho a sus bebés. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque _____?

(PREGUNTE: ¿Fue ésta una razón por la que dejó de dar pecho a su nuevo bebé?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar				
b. La leche materna por sí sola no satisfacía a su bebé				
c. Pensó que su bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente				
d. Tenía usted los pezones adoloridos, agrietados o le sangraban, o era demasiado doloroso				
e. Pensó que no estaba produciendo suficiente leche o que se le había acabado la leche				
f. Tenía demasiadas tareas domésticas				
g. Consideró que era el momento oportuno para dejar de dar pecho				
h. Usted se enfermó o tuvo que dejar de dar pecho por razones médicas				
i. Regresó al trabajo				
j. Regresó a la escuela				
k. Su esposo o pareja no apoyaba que diera pecho				
l. Su bebé tenía bilirrubina o ictericia, es decir, color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos				
m. ¿Tuvo otra razón por la que dejó de darle pecho a su nuevo bebé?				
n. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN m. PREGUNTE: ¿Cuál fue la razón?	(Escriba)			

ENTREVISTADORA: Si el bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 50.

49. Voy a leer una lista de cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Al decir cada cosa, por favor dígame si sucedió o no.

(PREGUNTE: ¿Sucedio esto en el hospital donde nació su nuevo bebé?)

Eventos en el hospital	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. ¿El personal del hospital le dio información sobre cómo dar pecho?				
b. ¿Su bebé se quedó con usted en su habitación en el hospital?				
c. ¿Le dio pecho a su bebé en el hospital?				
d. ¿Le ayudó el personal del hospital a aprender cómo dar pecho?				
e. ¿Le dio pecho a su bebé durante su primera hora de vida?				
f. ¿Su bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida?				
g. En el hospital, ¿su bebé se alimentó sólo con leche materna?				
h. ¿Le dijo el personal del hospital que le diera pecho al bebé cuando el bebé quisiera?				
i. En el hospital, ¿le dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerse la leche?				
j. En el hospital, ¿le dieron un paquete de regalo que contenía fórmula?				
k. En el hospital, ¿le dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho?				
l. ¿El personal del hospital dio un chupón a su bebé?				

ENTREVISTADORA: Si el bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 55.

50. Actualmente, ¿en **cuál** posición acuesta usted a su bebé **la mayoría del tiempo** para que duerma?
¿Lo acuesta _____?

(PREGUNTE: ¿Cómo acuesta al bebé **la mayoría** de las veces?)

- 1 De lado
- 2 Boca arriba
- 3 Boca abajo

(No lea)

- 4 De lado y boca arriba
- 5 De lado y boca abajo
- 6 Boca arriba y boca abajo
- 7 De lado, boca arriba y boca abajo
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

51. En las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez o nunca?

(PREGUNTE: ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?)

(No lea)

- 1 Siempre
- 2 Frecuentemente
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 53**
- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 53**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 53**

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

(No lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

53. Voy a leer una lista de maneras en que unos bebés duermen. Para cada una, por favor dígame si corresponde a cómo su nuevo bebé durmió *normalmente* en las **últimas 2 semanas**.
¿Normalmente durmió su nuevo bebé _____?

(PREGUNTE: En las **últimas 2 semanas**, ¿diría usted que su nuevo bebé durmió _____?)

Descripción	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. En una cuna, moisés o «pack and play»				
b. En un colchón o cama individual o más grande				
c. En un sofá, silla o reclinadora				
d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés				
e. En un saquito para dormir, <i>sleeping sack</i> en inglés, o saquito cobertor				
f. Con una manta				
g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U				
h. Con protectores de cuna transpirables o no transpirables; se llaman <i>bumper pads</i> en inglés				

54. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud alguna de las siguientes cosas? Voy a leer una lista corta.

(PREGUNTE: ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud ____?)

Descripción	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Que pusiera a dormir a su bebé boca arriba				
b. Que pusiera a dormir a su bebé en una cuna, moisés o “pack and play”				
c. Que pusiera la cuna o cama de su bebé en su cuarto de usted				
d. Que cosas deben o no deben estar en la cuna o cama con su bebé				

55. **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, un profesional de salud, promotora, una trabajadora social u otra persona que trabaja para un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

(No lea)

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

56. ¿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 son ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

(No lea)

- 1 No
- 2 Sí ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 58**
- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 59**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 59**

57. Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres o sus esposos o parejas tienen para no hacer algo a fin de evitar un embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted o su esposo o pareja **actualmente**. ¿Es porque _____?

(**PREGUNTE:** ¿Una de las razones por las que no está haciendo algo para evitar un embarazo **ahora** es porque _____?)

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted quiere quedar embarazada				
b. Usted está embarazada ahora				
c. Se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio				
d. Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo				
e. Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos				
f. No está teniendo relaciones sexuales				
g. Su esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo				
h. Tiene problemas para pagar por los anticonceptivos				
i. ¿Tiene cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?				
j. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN I. PREGUNTE: ¿Cuál es esa razón?	(Escriba)			

ENTREVISTADORA: Si la madre o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo ahora, pase a la Pregunta 59.

58. Voy a leer una lista de anticonceptivos. Al decir cada uno, por favor dígame si usted o su esposo o pareja lo está usando **ahora**.

(PREGUNTE: ¿Qué está usando usted o su esposo o pareja **actualmente** para evitar un embarazo?)

Método	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio, esterilización femenina o Essure®				
b. Vasectomía o esterilización masculina				
c. Píldoras anticonceptivas				
d. Condones				
e. Inyecciones o Depo-Provera®				
f. Parche anticonceptivo o OrthoEvra® o anillo vaginal o NuvaRing®				
g. IUD o dispositivo intrauterino, incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®				
h. Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo, incluyendo Nexplanon® o Implanon®				
i. Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo				
j. El hombre se retira				
k. No tener relaciones sexuales o abstinencia				
l. ¿Está usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método anticonceptivo para evitar el embarazo ahora ?				
m. SI RESPONDE SÍ A LA OPCIÓN L. PREGUNTE: ¿Cuál método está usando?	(Escriba)			

59. **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 lea)

- 1 No ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 61**
 2 Sí
 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 61**
 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 61**

60. **Durante su chequeo posparto**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas? Voy a leer una lista de cosas.

(PREGUNTE: ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de la salud _____?)

Cosa	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Le dijo que tomara una vitamina con ácido fólico				
b. Le habló sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo				
c. Le habló sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez				
d. Le habló sobre métodos anticonceptivos que puede usar después de dar a luz				
e. Le dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección o Depo-Provera®, el NuvaRing® o condones				
f. Le puso un dispositivo intrauterino o IUD como Mirena®, ParaGard® o Skyla® o un implante anticonceptivo como Nexplanon® o Implanon®				
g. Le preguntó si usted fumaba cigarrillos				
h. Le preguntó si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente				
i. Le preguntó si se sentía decaída o deprimida				
j. Le hizo una prueba para detectar la diabetes				

61. **Desde que nació su nuevo bebé**, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

(No lea)

- 1 Siempre
- 2 Frecuentemente
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

62. **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? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

(No lea)

- 1 Siempre
- 2 Frecuentemente
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe/no recuerda

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

63. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, por favor dígame si le pasó a usted.

(PREGUNTE: ¿Su esposo o pareja la amenazó, trató de controlar sus actividades contra su voluntad o la hizo sentir temerosa de alguna manera _____?)

Periodo de tiempo	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada				
b. Durante su embarazo más reciente				
c. Desde que nació su nuevo bebé				

64. Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si la tomó o usó durante el mes antes de quedar embarazada. Sus respuestas son completamente confidenciales. ¿Tomó o usó _____?

(PREGUNTE: Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿tomó o usó _____?)

Druga	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve®				
b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína				
c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante				
d. Marihuana o hachís				
e. Marihuana sintética (K2, Spice)				
f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone®				
g. Heroína (<i>smack, junk, Black Tar, chiva, alquitrán negro</i>)				
h. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, agua</i>)				
i. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow, nieve</i>)				
j. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers, ludes</i>)				
k. Alucinógenos (LSD /ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas)				
l. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>)				

65. Voy a leer una lista de personas que podrían vivir en la misma casa con usted **actualmente**. Al decir cada una, por favor dígame si esa persona vive con usted en **este momento**.

(PREGUNTE: ¿_____ vive en la misma casa con usted **actualmente**?)

Persona	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
Niños menores a 12 meses de edad SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? _____				
b. (Range: 0-20)				
Niños de 1 a 5 años de edad SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? _____				
c. (Range: 0-20)				
Niños de 6 años de edad o más SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? _____				
d. (Range: 0-20)				
e. Su madre				
f. Su padre				
g. Los padres de su esposo o pareja				
h. Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto				
i. Otro miembro de la familia o pariente				
j. ¿Vive alguien más con usted ahora?				
SI RESPONDE SÍ A LA OPCION j. PREGUNTE: ¿Quién vive con usted? _____				
k. _____				
SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Vive sola				
l.				

66. ¿Es usted miembro de una tribu de indios norteamericanos?

- 1 No ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 68**
- 2 Sí
- 8 Se rehusó ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 68**
- 9 No sabe/no recuerda ⇒ **PASE A LA PREGUNTA 68**

67. Voy a leer una lista de inscripciones o afiliaciones tribales. Por favor, dígame cuál mejor describe su inscripción o afiliación tribal primaria. ¿Diría usted que es _____?
- 1 Eastern Shoshone
 - 2 Northern Arapahoe
 - 3 Sioux
 - 4 Crow
 - 5 Northern Cheyenne
 - 6 Shoshone Bannock
 - 7 ¿Hay otra afiliación?
SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:
¿Cuál es? _____
 - 8 Se rehusó
 - 9 No sabe/no recuerda

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

68. 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. Voy a leer una lista de opciones. Usted me puede parar cuando diga su ingreso. ¿El ingreso total al año de su hogar era _____?

(PREGUNTE: Durante los **12 meses antes** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total al año de su hogar antes de impuestos?)

- 01 De \$0 a \$16,000
- 02 De \$16,001 a \$20,000
- 03 De \$20,001 a \$24,000
- 04 De \$24,001 a \$28,000
- 05 De \$28,001 a \$32,000
- 06 De \$32,001 a \$40,000
- 07 De \$40,001 a \$48,000
- 08 De \$48,001 a \$57,000
- 09 De \$57,001 a \$60,000
- 10 De \$60,001 a \$73,000
- 11 De \$73,001 a \$85,000
- 12 \$85,001 ó más

(No lea)

- 88 Se rehusó
- 99 No sabe/no recuerda

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

(No lea)

_____ personas (RANGO: 1-30 personas)

Se rehusó

No sabe/no recuerda

Con esto termina la entrevista. ¿Hay algo que quisiera decir acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo, o acerca de la salud de las madres y los bebés de Wyoming.

ENTREVISTADORA: A continuación escriba los comentarios de la entrevistada al pie de la letra.

Muchas gracias por contestar nuestras preguntas. Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y a los bebés de Wyoming. Adiós.

70. ENTREVISTADORA: Escriba la fecha de hoy

(No lea)

Mes _____

(RANGO: 1-12)

Día _____

(RANGO: 1-31)

Año __20____