

Calendario de LAMB

2004		2005		2006	
<b>January</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>July</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>January</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>July</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>January</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>July</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
<b>February</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29	<b>August</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>February</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	<b>August</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>February</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	<b>August</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
<b>March</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>September</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>March</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>September</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>March</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>September</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
<b>April</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>October</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>April</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>October</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>April</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>October</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
<b>May</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>November</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>May</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>November</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>May</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>November</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
<b>June</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>December</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>June</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>December</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>June</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	<b>December</b> S M T W T F S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

STAFF USE ONLY:

Date Received: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date Entered: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Missing questions: \_\_\_\_\_

Need to telephone: \_\_\_ Yes \_\_\_ No Phone number: \_\_\_\_\_

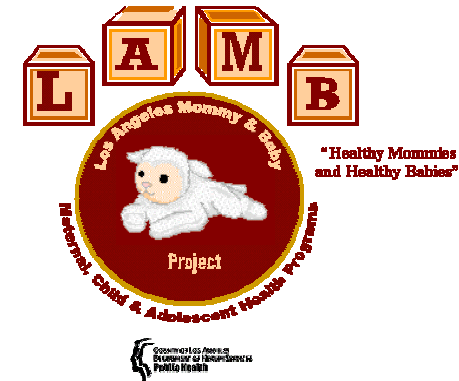
Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

The  
**Los Angeles Mommy and Baby**  
 Project



Encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles

*Su Voz*

*Sus Experiencias*

*Nuestras Mamás y Bebés Sanos*

¡Complete la encuesta y recibá un vale del almacén de \$20 para la tienda de comestibles Ralphs/Food4Less y la oportunidad de ganar un vale de \$100!

Para mas información o si prefiere **completar la encuesta por el teléfono**, por favor llame el proyecto de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)

Los Angeles County Department of Health Services  
 • Maternal, Child, and Adolescent Health Programs •



## **Información Importante Sobre LAMB**

Por Favor Lea Antes de Comenzar la Encuesta

- LAMB (**L**os **A**ngeles **M**ommy and **B**aby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles.
- Estamos preguntando a mujeres que viven en el condado de Los Ángeles que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Si usted no desea completar la encuesta, o si usted no desea contestar a una pregunta, esta bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Tiene la opción de completar la encuesta. El completar la encuesta, no afectara su cuidado médico, estado de inmigración, o cual quiera ventaja que usted pueda recibir.
- Si decide contestar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación.
- Nadie será identificado por nombre en los informes de LAMB. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su encuesta.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de LAMB será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de Los Ángeles.

Para mas información o si prefiere **completar la encuesta por el teléfono**, por favor llame el proyecto de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)

## Preguntas Más Comunes Sobre LAMB

### ¿Qué es LAMB?

LAMB (Los Angeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles. Nuestra encuesta hace preguntas a madres que recién dieron a luz acerca de las cosas que sucedieron alrededor de la época de su embarazo. Sus respuestas nos ayudarán a aprender más sobre maneras de mejorar la salud de futuras madres y bebés.

### ¿Serán confidenciales mis respuestas?

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales y se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en el condado de Los Ángeles. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

### ¿Por qué debería participar en esta encuesta?

LAMB es una encuesta muy importante que ayudará a mejorar la salud de futuras madres y bebés. La encuesta nos ayudará a entender y a resolver mejor las necesidades de la salud de madres y bebés del condado de Los Ángeles. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios para mujeres, infantes, y familias. Para entender mejor la salud de madres y bebés en el condado de Los Ángeles, necesitamos que cada madre seleccionada conteste a las preguntas.

### ¿Algunas de las preguntas no parecen ser relacionadas con el embarazo—Por que son preguntadas?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes y durante el embarazo. Las preguntas también nos permiten que le agrupemos con otras mujeres. Aunque algunas de las preguntas pueden ser personales, recuerde por favor que todas sus respuestas serán mantenidas privadas.

### ¿Cómo fui escogida para participar en LAMB?

Su nombre fue seleccionado por azar, como en la lotería, de las actas de nacimiento del registro del estado. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

### ¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted desea que le mandemos los resultados de la encuesta, por favor díganos en la parte posterior de la encuesta.

### ¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de LAMB?

Sería un placer contestar a cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre LAMB. Llámenos por favor en nuestro número gratis 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262). También puede llamar al mismo número si prefiere completar la encuesta por teléfono.

←.Marque aquí si desea que alguien le llame para hacer la encuesta por teléfono.

En el espacio debajo, por favor escriba su nombre, domicilio, y número de teléfono y el nombre domicilio, y número de teléfono de otra persona o familiar que la conozca a usted (En caso de que usted se mude). Pedimos esto en caso de que necesitemos establecer contacto con usted para clarificar respuestas en su encuesta y asegurarnos que tenemos su domicilio actual para enviar su certificado de Ralphs/Food4Less.

**Recibirá su certificado de Ralphs/Food4Less si usted envía su encuesta o lo toma sobre el teléfono.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tiempo mejor para llamarle? \_\_\_\_\_

Otro amigo/familiar: \_\_\_\_\_

Otro Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_



**\*\*Attention LAMB Staff: Tear out this page before entering data\*\***

(Atención personal del LAMB : Favor de arrancar esta página antes de incorporar datos)



6. Cuándo quedó embarazada con su nuevo bebé, ¿estaba usando métodos para evitar el embarazo?

- 1 Sí, siempre
- 2 Sí, a veces
- 3 No → CONTESTE LA PREGUNTA #7

**PASE A LA PREGUNTA #8**

7. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo? **MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

- a. No me importaba si quedaba embarazada .....
- b. Quería un bebé/estaba tratando de quedar embarazada .....
- c. Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento .....
- d. El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios.
- e. Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba .....
- f. Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible que quedara embarazada) .....
- g. Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo. ....
- h. Otra .....

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

**\*\*AHORA PASE A LA PREGUNTA #9\*\***

8. ¿Qué método utilizaron usted y su esposo o pareja para no quedar embarazada? **MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SEAN APLICABLES**

- a. La píldora anticonceptiva.....
- b. Condones .....
- c. Espumas, geles, cremas anticonceptivas.....
- d. Norplant .....
- e. Inyección (Depo-Provera).....

**PREGUNTA #8 CONTINUADA →**

- f. El hombre se retira .....
- g. Esterilización (femenina o masculina) .....
- h. Otro.....

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

9. ¿Recibió tratamiento de un doctor, enfermera, u otro trabajador de cuidado médico para ayudarle a embarazarse con su nuevo bebé? (Esto puede incluir tratamientos de la infertilidad tales como medicamentos de fertilidad o tecnología de reproducción asistida.)

- Sí .....  1
- No .....  0

10. ¿**Antes de que usted se embarazó con su último bebé**, cuántas veces ha estado embarazada? Por favor incluya TODOS sus embarazos, incluyendo abortos espontáneos o intencionados.

\_\_\_\_\_ veces

11. ¿**Antes de que usted quedara embarazada con su nuevo bebé**, a cuántos niños dio a luz?

\_\_\_\_\_ niños

Cuáles son sus edades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Cuándo dio a luz a su **primer** niño?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes      día      año

13. Piense en el período **antes** de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿que pensaba de quedar embarazada? Marque una respuesta

- Quería estar embarazada más pronto.....  1
- Quería estar embarazada más tarde.....  2
- Quería estar embarazada en ese momento .....  3
- No quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca .....  4

**PÁGINA VACÍA**

**CONTINÚE A LA ULTIMA PÁGINA →**

**Las preguntas siguientes preguntan por los tipos de discriminación que usted pudo haber experimentado.**

88. ¿Si usted siente haber sido tratada injustamente, cómo responde generalmente? Usted:

- a. ¿Lo acepta como hecho de la vida?.....  Nunca  Raramente  A veces  Siempre
- b. ¿Intenta hacer algo sobre él? .....  Nunca  Raramente  A veces  Siempre
- c. ¿Habla con otra gente sobre el asunto?  Nunca  Raramente  A veces  Siempre
- d. ¿Se lo guarda a si misma?.....  Nunca  Raramente  A veces  Siempre

89. ¿Ha experimentado alguna vez discriminación, (por ejemplo, fue prevenida de haber hecho algo, o fue molestada o la hicieron sentir inferior) en cualquier de las siguientes situaciones por su raza, estado de inmigración, edad, ingreso, por ser mujer, o por estar embarazada? **MARQUE TODOS LOS QUE SEAN APLICABLES.**

	Raza	Estado de inmigración	Edad	Ingreso	Ser mujer	Por estar embarazada
a. En la escuela.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Consiguiendo trabajo .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En el trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Consiguiendo cuidado medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Consiguiendo alojamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. De la policía o en las cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. No experimentó la discriminación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Otro lugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

Marque aquí si usted quiere recibir los resultados de esta encuesta.

14. Piense en el período **antes** de su embarazo de su nuevo bebé, ¿qué pensaba su esposo o pareja de su embarazo? Marque una respuesta

- Él quería que me embarazaba más pronto .....  1
- Él quería que me embarazaba más tarde .....  2
- Él quería que estuviera embarazada en ese momento.....  3
- Él no quería que estuviera embarazada ni en ese momento ni nunca .....  4
- No sé .....  5
- No tenía esposo ni pareja .....  6

15. ¿Antes de su embarazo más reciente, experimentó lo siguiente? Para cada pregunta, marque **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió.

- a. ¿Tuvo usted algún bebé que nació prematuramente (antes de alcanzar las 37 semanas de embarazo o 8 ¼ meses de embarazo).....  Sí ..  No
- b. ¿Tuvo usted algún bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2500 gramos) .....  Sí .  No
- c. ¿Había tenido algún bebé por cesárea (un parto por cesárea es cuando el doctor corta el abdomen de la madre para sacar al bebé)....  Sí .  No
- d. Malparto .....  Sí .  No
- e. Aborto intencionado.....  Sí..  No
- f. Parto muerto .....  Sí..  No
- g. Un bebé que murió antes de 1 año de edad .....  Sí..  No

16. En los **tres meses antes** de embarazarse, ¿tuvo cualquiera de los siguientes problemas de salud? Para cada pregunta, marque **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió.

- a. Asma .....  Sí ....  No
- b. Presión arterial alta (hipertensión) .....  Sí ...  No
- c. Nivel de azúcar alto o diabetes .....  Sí ....  No
- d. Anemia, falta de hierro.....  Sí ....  No
- e. Anemia de células falciformes .....  Sí.....  No
- f. Problemas cardíacos .....  Sí.....  No
- g. Problemas con sus encías (enfermedad periodoncial) ..  Sí ....  No

17. Estas preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido **durante los 12 meses antes de su embarazo mas reciente**. Para cada pregunta, marque **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió.

**Sí**      **No**

- a. Su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente o de cualquier otra forma.....  Sí.....  No
- b. Su esposo o pareja trató de controlar sus actividades cotidianas, por ejemplo, controlaba con quien podría hablar o donde podría ir .....  Sí.....  No
- c. Tenía miedo de su esposo o pareja.....  Sí.....  No
- d. En varias ocasiones fue insultada verbalmente, dicho que usted no era nadie, que era fea, fue amenazada verbalmente por su esposo o pareja .....  Sí.....  No
- e. Su esposo o pareja la forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir incomoda) .....  Sí.....  No

Si desea asistencia con situaciones de violencia doméstica por favor llame la línea de Violencia Domestica: 1-800-978-3600. También puede llamar sin cargos al Teléfono Directo Nacional: 1-800-799-SAFE (7233) y 1-800-787-3224 (TDD). Si necesita asistencia inmediatamente llame al 9-1-1. Estos números son gratuitos y NO aparecerán en su cuenta del teléfono.

18. **Durante el mes antes de su embarazo**, ¿cuántas veces a la semana tomó multivitaminas (una pastilla que contiene muchas vitaminas y minerales distintos)?

- Yo no tomaba ninguna multivitamina.....  1
- De 1 a 3 veces a la semana.....  2
- De 4 a 6 veces a la semana.....  3
- Todos los días de la semana.....  4

19. ¿En **los 6 meses antes** de que usted descubrió que estaba embarazada, en promedio, cuántos cigarrillos fumó por día?

- Ninguno .....  1
- Aproximadamente un cigarrillo cada día o menos .....  2
- Sólo pocos cigarrillos cada día (2-4) .  3
- Aproximadamente media cajetilla de tabaco cada día (5-14) .....  4
- Aproximadamente una cajetilla de tabaco cada día (15-24) .....  5
- Aproximadamente 1 ½ cajetillas de tabaco cada día (25-34) .....  6
- Aproximadamente 2 cajetillas de tabaco cada día (35-44) .....  7
- Más que 2 cajetillas de tabaco cada día (45 o más).....  8

20. **Durante los 12 meses antes de su embarazo mas reciente**, alguna vez usted comió menos de lo que necesitaba porque no había bastante dinero para comprar alimentos?

- Sí .....  1
- No .....  0

81. Cuando nació su bebé, ¿cuál era su estado civil?

- Casada.....  1
- Separada o divorciada .....  2
- Viuda .....  3
- Soltera (nunca casada) .....  4
- Viviendo con mi pareja.....  5

82. ¿Es seguro de crimen su vecindario?

- Muy seguro .....  1
- Un poco seguro.....  2
- Un poco de peligro .....  3
- En peligro .....  4
- No sé .....  5

83. ¿En cuál tipo de vivienda vive usted?

- En una casa .....  1
- En un apartamento.....  2
- En una casa móvil.....  3
- En una vivienda publica/ Vivienda de Sección 8.....  4
- Otro .....  5

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

84. ¿Incluyendo usted, cuántas personas viven en su casa, apartamento, o casa móvil?

\_\_\_\_\_ número total de personas

85. ¿Quién vive en su casa, apartamento, o casa móvil (no incluyendo su nuevo bebé) **Marque todas las respuestas que se apliquen.**

- Marido o pareja.....
- Otros niños .....
- Madre o padre/suegra o suegro ...
- Hermana o hermano.....
- Abuela o abuelo.....
- Otro .....

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

86. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en **2004 antes de pagar impuestos?** Por favor, escoja el numero que incluya todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2004) y los de sus hijos.

Por favor, incluya todos sus ingresos, incluyendo los provenientes de su empleo, bienestar social (welfare), Seguro de Incapacidad, Seguro de Desempleo, pagos para la manutención infantil ("child support"), intereses, dividendos, y ayuda de familiares.

- Menos de \$10,000 .....  1
- \$10,000-\$19,999.....  2
- \$20,000-\$29,999.....  3
- \$30,000-\$39,999.....  4
- \$40,000-\$49,999.....  5
- \$50,000-\$75,000.....  6
- Mas de \$75,000 .....  7

87. ¿Cuántas personas vivieron con estos ingresos en **2004?**

\_\_\_\_\_ número total de personas

72. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que su bebé recibiera un chequeo de rutina?

- No tenía bastante dinero o seguro para pagar ..... <sub>1</sub>
- No tenía ninguna manera de llevar a mi bebé a la clínica o a la oficina.....<sub>2</sub>
- No tenía ninguna persona para cuidar de mis otros niños .....<sub>3</sub>
- No podía conseguir una cita .....<sub>4</sub>
- Mi bebé estaba demasiado enfermo para ir al cuidado rutinario .....<sub>5</sub>
- Otro→Por favor díganos: \_\_\_\_\_

73. ¿Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidados intensivo?

- <sub>1</sub> Sí ..... <sub>0</sub> No.....<sub>89</sub> No sé

74. ¿Está su bebé vivo ahora?

- Sí ..... <sub>1</sub>
- No ..... <sub>0</sub>
- Si su bebé falleció, por favor acepte nuestra condolencia más profunda para usted y su familia. Por favor, no dude en llamarnos si nos necesita. Llámenos al: 1-866-706-LAMB (5262).

75. En los meses **después** que nació su nuevo bebé, se sentía :

**MARQUE UNA RESPUESTA**

- Absolutamente no deprimida...<sub>1</sub>
- Un poco deprimida .....<sub>2</sub>
- Algo deprimida.....<sub>3</sub>
- Muy deprimida .....<sub>4</sub>

**Las siguientes preguntas nos proporcionan una idea general de los tipos de gente que participan en esta encuesta importante. Otra vez, toda la información proporcionada por usted es confidencial.**

76. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

- \_\_\_\_\_ pies y \_\_\_\_\_ pulgadas
- \_\_\_\_\_ centímetros

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

- \_\_\_\_\_ libras  \_\_\_\_\_ kilos

78. **Justo antes de que naciera su bebé** ¿cuánto pesaba usted?

- \_\_\_\_\_ libras  \_\_\_\_\_ kilos

79. ¿Cuantos años ha vivido en los Estados Unidos?

- \_\_\_\_\_ años  \_\_\_\_\_ meses

80. ¿Qué idioma usualmente habla en casa?

- Inglés ..... <sub>1</sub>
- Español.....<sub>2</sub>
- Inglés y español por igual.....<sub>3</sub>
- Idioma asiático.....<sub>4</sub>

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

- Inglés e Idioma asiático por igual.....<sub>5</sub>
- Algún otro idioma.....<sub>6</sub>

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

- Inglés y Algún otro idioma por igual .....<sub>7</sub>

**Gracias por terminar la última sección. Ahora, por favor conteste las próximas preguntas sobre las cosas que pudieron haber sucedido DURANTE su embarazo más reciente.**

21. ¿Cómo describiría el tiempo **durante su embarazo más reciente**?

- Una de las épocas más felices de mi vida ..... <sub>1</sub>
- Una época feliz con ciertos problemas.....<sub>2</sub>
- Una época un poco difícil.....<sub>3</sub>
- Una época muy difícil.....<sub>4</sub>
- Una de las épocas más difíciles de mi vida .....<sub>5</sub>

22. El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las preguntas siguientes son sobre acontecimientos que le pudieron haber sucedido **durante su embarazo más reciente**. *Puede ayudarlo a mirar el calendario en la parte posterior de la encuesta.*

**Sí No**

- a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital ..... Sí..... No
- b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja ..... Sí..... No
- c. Me mudé a otra dirección ..... Sí..... No
- d. No tenía un hogar donde vivir  Sí..... No
- e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo .....  Sí  No
- f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando ..... Sí ... No
- g. Tenía que viajar una distancia larga al trabajo ..... Sí ... No

- h. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal.....  Sí ..  No
- i. Mi esposo o pareja me empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente .....  Sí ..... No
- j. Tenía muchas cuentas que no podía pagar .....  Sí ..... No
- k. Me peleé físicamente con otra persona.....  Sí ..... No
- l. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel .....  Sí ..... No
- m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o drogas.....  Sí ..... No
- n. Murió alguien muy cercano a mí.....  Sí ..... No
- o. ¿Algunos otros acontecimientos serios han sucedido durante su embarazo?

---



---



---



---

23. **Durante su embarazo más reciente**, ¿cómo se sentía amamantando a su bebé?

- Era muy importante para amamantar; la alimentación de fórmula no era una opción..... <sub>1</sub>
- Quería amamantar, pero estaba bien con la alimentación de fórmula.....<sub>2</sub>
- No quería amamantar, quería la alimentación de fórmula ..... <sub>3</sub>
- Estaba indecisa ..... <sub>4</sub>

24. Durante su embarazo más reciente usted...

**Sí** **No**

- a. ¿Trabajo 40 o más horas por semana?.....  Sí...  No
- b. ¿Estaba parada o había caminado por más de 3 horas al día en el trabajo?.....  Sí...  No
- c. ¿Levanto o había cargado más de 25 libras regularmente en el trabajo?.....  Sí...  No
- d. ¿Trabajo el turno de noche por lo menos una vez por semana?  Sí...  No
- e. ¿Falto una comida porque estaba demasiado ocupada por lo menos una vez por semana? .....  Sí...  No

25. Durante su embarazo más reciente, ¿cuantos niños menores de 10 años vivían en la misma casa con usted? \_\_\_\_\_ niños

26. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿Con que frecuencia participó en cualquier ejercicio físico por 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminando, nadando, montar bicicleta, bailando, o trabajando en el jardín) No cuente el ejercicio que usted pudo haber hecho como parte de su trabajo regular.

- No ejercité .....  1
- No ejercité porque un doctor, enfermera o trabajador del cuidado medico me advirtió no hacer ejercicio .....  2
- Menos de 1 día por semana .....  3
- 1 a 4 días por semana .....  4
- 5 o más días por semana .....  5

27. ¿Hizo un lavado vaginal (ducha) cualquier momento durante su embarazo más reciente (por ejemplo, usando Summer's Eve, Massengill, o una solución de vinagre y agua)?

- 1 Sí → CONTESTE LA PREGUNTA #28
- 0 No → PASE A LA PREGUNTA #29

28. ¿Con qué frecuencia se lavó usted vaginalmente (ducha) durante su embarazo más reciente?

- Todos los días .....  1
- 4-6 veces a la semana .....  2
- 2-3 veces a la semana .....  3
- Una vez a la semana .....  4
- 2-3 veces al mes o menos .....  5

**Las siguientes preguntas son acerca de LA ATENCIÓN PRENATAL que recibió durante su embarazo más reciente. La atención prenatal incluye las consultas con el doctor, enfermera o otro trabajador de atención médica antes de que su nuevo bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. Si fue a mas de un lugar para su cuidado prenatal, responda para el lugar donde recibió la mayoría de su cuidado. Le puede ayudar si ve el calendario que le hemos proporcionado cuando usted conteste estas preguntas.**

29. ¿Cuándo creyó que debería comenzar el cuidado prenatal?

- 1-3 meses de embarazo .....  1
- 4-6 meses de embarazo .....  2
- 7-9 meses de embarazo .....  3
- No pensé que necesitaba cuidado prenatal .....  4

**Gracias por terminar la última sección. En la próxima sección, queremos saber las cosas que pudieron haber sucedido DESPUÉS de su embarazo.**

62. Desde que nació su ultimo bebé, ¿se había hecho un chequeo posterior al parto? (Un chequeo posterior al parto es un chequeo normal que se les hace a las mujeres después de dar a luz.)

- 1 Sí → CONTESTE LA PREGUNTA #63
- 0 No → PASE A LA PREGUNTA #64

63. En esa consulta, ¿le habló el doctor, la enfermera u otro trabajador de atención médica sobre la planificación familiar o de los métodos anticonceptivos?

- Sí .....  1
- No .....  0

64. Después de que nació su último bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- Sí .....  1
- No .....  0

65. ¿Cómo ha alimentado a su bebé desde que usted salió del hospital?

- Leche materna solamente .....  1
- Fórmula solamente .....  2
- Leche materna y fórmula .....  3

66. ¿Cuántos días, semanas o meses de edad tenía su bebé la primera vez que lo alimentó con fórmula?

- \_\_\_\_\_ días  \_\_\_\_\_ semanas
- \_\_\_\_\_ meses

67. Si usted ya no amamanta, ¿Qué edad tenía su bebé cuando usted paró?

- \_\_\_\_\_ días  \_\_\_\_\_ semanas  \_\_\_\_\_ meses
- No aplicable (Todavía estoy amamantando)

68. La mayoría del tiempo, ¿cómo acuesta a su bebé para que duerma? MARQUE UNA RESPUESTA

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

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

- 1 Siempre
- 2 Frecuentemente
- 3 A veces
- 4 Rara la vez
- 5 Nunca

CONTESTE LA PREGUNTA #70

PASE A LA PREGUNTA #71

70. Cuales son las razones el porque su bebe duerme con usted o con otra persona? Marque todas las respuestas que se apliquen.

- No tengo una cuna para mi bebe
- Parte de mi cultura / tradición
- Quiero una unión más cercana con mi bebé
- Es mas fácil de amamantar a mi bebe
- Otro: \_\_\_\_\_

71. ¿Tuvo su nuevo bebé una consulta con un doctor, enfermera u otro trabajador de cuidado médico durante la primera semana después de haber salido del hospital?

- 1 Sí → PASE A LA PREGUNTA #73
- 0 No → CONTESTE LA PREGUNTA #72

**Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol. Por "alcohol" nos referimos a cualquier tipo de bebida con alcohol incluyendo cerveza, vino, licor, o una bebida mezclada con licor. Por "bebida" nos referimos a una copa de vino, una bebida con vino, una lata o botella de cerveza, un trago de licor, o una bebida mezclada.**

55. ¿Bebió usted alguna bebida alcohólica durante su embarazo más reciente?

<sub>1</sub> Sí → CONTESTE LA PREGUNTA #56

<sub>0</sub> No → PASE A LA PREGUNTA #59

56. Durante los primeros 3 meses de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo... <sub>1</sub>

Menos de una bebida a la semana... <sub>2</sub>

1 a 3 a la semana ..... <sub>3</sub>

4 a 6 a la semana ..... <sub>4</sub>

7 o más bebidas a la semana ..... <sub>5</sub>

57. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo..... <sub>1</sub>

→ PASE A LA PREGUNTA #59

Menos de una bebida a la semana... <sub>2</sub>

1 a 3 a la semana ..... <sub>3</sub>

4 a 6 a la semana ..... <sub>4</sub>

7 o más bebidas a la semana ..... <sub>5</sub>

58. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una sola sentada? \_\_\_\_\_ veces

**Gracias por terminar la última sección. En la próxima sección, queremos saber sobre sus experiencias con su PARTO más reciente.**

59. ¿Cómo alimentó a su bebé mientras que usted estaba en el hospital?

Leche materna solamente..... <sub>1</sub>

Fórmula solamente..... <sub>2</sub>

Leche materna y fórmula ..... <sub>3</sub>

60. ¿Queremos saber como se sentía usted sobre el cuidado que recibió usted en el hospital durante su parto más reciente. En general, qué opina usted del hospital donde dio a luz a su nuevo bebé?

Excelente ..... <sub>1</sub>

Muy Bueno..... <sub>2</sub>

Bueno ..... <sub>3</sub>

Un poco mal..... <sub>4</sub>

Mal ..... <sub>5</sub>

61. ¿Recomendaría usted este hospital a sus amigas o familia?

Sí ..... <sub>1</sub>

No..... <sub>0</sub>

**Por favor díganos las razones por que usted no la recomendaría:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. ¿Recibió usted cualquier tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (Sin contar la visita solo para hacerse la prueba del embarazo)

<sub>1</sub> Sí → CONTESTE LA PREGUNTA #31

<sub>0</sub> No → PASE A LA PREGUNTA #42

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

<sub>1</sub> Sí → PASE A LA PREGUNTA #33

<sub>0</sub> No → CONTESTE LA PREGUNTA #32

32. Le impidió cualquiera de las siguientes cosas en conseguir cuidado prenatal tan pronto como usted deseaba? Por cada pregunta, marque **Sí** para indicar un problema o razón o **No** si no lo fue.

a. No podría conseguir una cita más temprano..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

b. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por las consultas..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

c. Tuve problemas para encontrar un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

d. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

e. Tuve problemas para poderme comunicar por teléfono y hacer una cita ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

f. No tenía cómo transportarme a la clínica o al consultorio medico ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

g. No había nadie para cuidar a mis hijos..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

h. Tenía demasiados otros problemas que resolver..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

i. No podía salir de mi empleo <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

j. El doctor o mi plan de salud no daban servicios temprano... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

k. No quería que ninguna persona supiera que estaba embarazada ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

l. No sabía que estaba embarazada ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

m. Barreras del idioma ..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

n. ¿Algún otro problema para recibir cuidado prenatal?..... <sub>Sí</sub>..... <sub>No</sub>

**Por favor díganos:**\_\_\_\_\_

33. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando **tuvo** su primera visita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar la visita sólo para hacerse la prueba del embarazo)

\_\_\_\_\_ Semanas ○ \_\_\_\_\_ Meses

34. ¿Qué distancia viajó (un sentido) para recibir el cuidado prenatal?

Menos de 5 millas..... <sub>1</sub>

5-14 millas ..... <sub>2</sub>

15-29 millas ..... <sub>3</sub>

30-50 millas ..... <sub>4</sub>

Mas de 50 millas..... <sub>5</sub>

35. ¿Cuales fueron sus razones para ir a este doctor/clinica para cuidado prenatal?  
**Marque todas las respuestas que se apliquen.**

- Único doctor en mi área que me aceptaría como paciente.....
  - La oficina era la más conveniente para mí .....
  - Seleccioné esta oficina de una lista dada a mí por mi compañía de seguros .....
  - Un pariente o un amigo me refirió.
  - Ofrecieron servicios especializados.....
  - Un doctor me refirió .....
  - Fui a este doctor para mis embarazos anteriores .....
  - Dieron los mejores regalos .....
  - Otro .....
- Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

36. En algún momento **durante su embarazo más reciente o parto**, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- Sí..... 1
- No..... 0
- No sé..... 89

**PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE →**

49. Por dos semanas o más durante su embarazo más reciente:

**Sí No**

- a. Se sentía triste o deprimida por una gran parte del día Sí No
- b. Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, u otras cosas que normalmente disfrutaba ..... Sí... No

50. **Durante su embarazo más reciente**, ¿le diagnosticaron una enfermedad mental (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, etc)?

- 1 Sí →**CONTESTE LA PREGUNTA #51**
- 0 No →**PASE A LA PREGUNTA #52**

51. **Durante su embarazo más reciente**, ¿recibió medicación o asistencia psicológica para esta enfermedad mental?

- Sí ..... 1
- No ..... 0

**Por favor, conteste las siguientes preguntas que son sobre el fumar y el uso de drogas DURANTE su embarazo.**

52. **Durante su embarazo más reciente**, aproximadamente ¿cuantas horas al día, como promedio, estaba usted en el mismo cuarto con una persona que estaba fumando?

\_\_\_\_\_ horas

53. De promedio, ¿cuantos cigarrillos fumaba usted cada día **después de que se enteró que estaba embarazada?**

- Ninguno ..... 1
- Aproximadamente un cigarrillo cada día o menos ..... 2
- Pocos cigarrillos al día (2-4) ..... 3
- Aproximadamente media cajetilla de tabaco cada día (5-14)..... 4
- Aproximadamente una cajetilla de tabaco cada día (15-24)..... 5
- Aproximadamente 1 ½ cajetillas de tabaco cada día (25-34)..... 6
- Aproximadamente 2 cajetillas de tabaco cada día (35-44)..... 7
- Más de 2 cajetillas de tabaco al día (45 o más)..... 8

54. ¿Uso usted algunas de estas drogas durante su **embarazo más reciente?** Por cada pregunta, marque **Sí** si la usó o **No** si no la usó.

**Sí No**

- a. Medicamentos (no recetados por su doctor)..... Sí.... No
- b. Mota (pot, brote/retoño) o Hachís (hash) ..... Sí.... No
- c. Anfetamina (drogas estimulantes, ice, speed, cristal, crack) ..... Sí.... No
- d. Cocaína (rock, coke, rajaduro/quebradura) o Heroína (smack, horse)..... Sí No
- e. Tranquilizante (downers, ludes) o Alucinógeno (LSD/ácido, PCP/angel dust, éxtasis) ..... Sí.... No
- f. Inhalantes como gasolina pegamento, laca, o otros aerosoles ..... Sí No

46. ¿Durante su embarazo más reciente, recibió usted cualquiera de los siguientes servicios? Por cada artículo, marque **Sí** si recibió el servicio o **No** si no la recibió.

- |   | <b>Sí</b>                   | <b>No</b>                   |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Dinero para comprar comida, estampillas para alimentos, o cupones para WIC ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. Ayuda para un problema de alcohol o drogas .....                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. Ayuda para reducir la violencia en su hogar .....                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. Información sobre asesoría para problemas personales y familiares.....           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e. Ayuda para dejar de fumar .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f. Ayuda o información sobre cómo darle pecho al bebé .....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g. Otro servicio.....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

47. ¿En resumen, estaba satisfecha con el apoyo que le daba el padre de su bebé **durante su embarazo más reciente**?

- No estaba satisfecha .....  1
- Un poco descontenta .....  2
- Un poco satisfecha .....  3
- Muy satisfecha .....  4
- No aplicable.....  5

¿ En la siguiente sección, quisiéramos saber sobre los problemas que pudieron haber ocurrido **DURANTE** su embarazo.

48. Tuvo algunos de estos problemas **durante su embarazo más reciente**? Por cada pregunta, marque **Sí** si tuvo el problema o **No** si no la tuvo.

- |   |                                  |                             |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| a. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro) .....                 | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| b. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia o toxemia)....  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| c. Sangramiento vaginal.....  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| d. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)....  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| e. Severas náuseas, vómitos o deshidratación .....  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| f. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) .....   | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| g. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) .....  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| h. Rotura de fuente más de 3 semanas de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) .....                  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| i. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclage) .....   | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| j. Tuvo una lesión en un accidente de coche .....   | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| k. Tuvo una enfermedad de transmisión sexual como chlamidia, gonorrea, virus de papiloma humana (VPH), herpes, trichomoniasis ..... | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| l. Vaginitis Bacterial .....  | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| m. Estreptococo del grupo B .....   | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |
| n. Problemas con sus encías (enfermedad periodoncial) .....   | <input type="checkbox"/> Sí..... | <input type="checkbox"/> No |

37. Durante su **primera** o **segunda** cita de cuidado prenatal, ¿eran éstas parte de su visita? Para cada artículo, marque **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió.

- |  |                             |                             |                                |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Su presión arterial fue medida .....                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| b. Usted dio una muestra de su orina .....                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| c. Tomaron una muestra de sangre.....                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| d. Su altura y peso fueron medidos.....                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| e. Usted tubo un examen pélvico.....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| f. Su doctor preguntó por los antecedentes de su salud ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| g. Otras cosas que le hizo el doctor/ enfermera .....        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

38. ¿Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, le habló un médico, enfermero, u otro trabajador de asistencia médica sobre cualquiera de las cosas en la siguiente lista? Por favor cuente solamente las discusiones, no materias para leer ni los videos. Para cada tema, marque **Sí, si alguien le habló sobre el tema** o **No, si nadie le habló sobre el tema**.

- |  |                             |                             |                                |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| a. La forma de fumar cigarrillos durante el embarazo podría afectar a su bebé.....                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| b. Como la leche materna es buena para su bebe.....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| c. La forma de tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé.....                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| d. Como usar el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo .....                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| e. Los métodos anticonceptivos que puede usar después de su embarazo .....                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| f. Las medicinas que puede tomar con seguridad durante su embarazo .....                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| g. La forma de uso de drogas ilegales podría afectar a su bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| h. Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en su familia..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| i. Que hacer si comenzaban sus dolores de parto antes de tiempo .....                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| j. Como hacerse una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) .....                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres.....                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| l. Tipos de alimentos que debe comer durante su embarazo   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |

**PREGUNTA #38 CONTINUA**

- m. No tocar su boca ni sus ojos mientras prepare carne cruda, lavarse las manos después del contacto con heces de gato, no dar a los gatos alimentos de carne cruda o carne poco cocida  
 .....  Sí.....  No .....  No sé
- n. Cantidad apropiada de peso que debe ganar  Sí .....  No .....  No sé  
**¿CUÁNTAS LIBRAS FUERON RECOMENDADAS?**  
 \_\_\_\_\_ libras  \_\_\_\_\_ Kilos
- o. Me pregunto si me sentía ansiosa o con depresión  
 .....  Sí.....  No .....  No sé
- p. Otros asuntos  Sí  No  No sé  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

39. Nos gustaría saber cómo se sentía sobre el cuidado prenatal que usted obtuvo **durante su embarazo más reciente**. Si usted fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, conteste por el lugar donde usted obtuvo la mayoría del tiempo de su cuidado. Por favor díganos si usted estuvo satisfecha con lo siguiente.

**Sí No**

- a. La cantidad de tiempo que tuvo que esperar después de que usted llegó a sus visitas.....  Sí.....  No
- b. La cantidad de tiempo que el doctor o la enfermera pasó con usted durante sus visitas .....  Sí.....  No
- c. Los consejos recibidos de cómo cuidarse .....  Sí.....  No
- d. La comprensión y el respeto que el personal demostró hacia usted como persona.....  Sí.....  No

40. ¿En general, estuvo satisfecha con la atención prenatal que recibió? **MARQUE UNA RESPUESTA**

- 1 Nada satisfecha } **PASE A LA PREGUNTA # 41**  
 2 Algo descontenta }

- 3 No opinión/neutral } **PASE A LA PREGUNTA #42**  
 4 Algo satisfecha }  
 5 Satisfecha }  
 6 No aplicable }

41. ¿Hizo algunas de las siguientes cosas porque no estaba satisfecha? **MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN**

- No hice cualquier cosa .....
- Me quejé al personal .....
- Cambié de doctor u oficina.....
- Solicite menos atención/dejé de solicitar la atención .....
- No cambia doctor/oficina del doctor porque era demasiado duro encontrar a otro doctor.....
- Otro.....
- Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

42. ¿Con excepción de su doctor/médico primario o enfermera, usted vio o visitó a otra persona sobre su salud durante su embarazo más reciente?

- 1 Sí → **CONTESTE LA PREGUNTA #43**
- 0 No → **PASE A LA PREGUNTA #44**

43. ¿A quién vio o visitó sobre su salud durante su embarazo? **MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SEAN APLICABLES**

- Acupuncturista licenciado(L.Ac./O.M.D.) (incluyendo todas las prescripciones herbarias) .....
- Botánica o Almacenes De Alimento natural (para todas los fórmulas herbarios no-prescritos solamente).....
- Otros curadores profesionales (por ejemplo, chiropráticos) .....
- Espiritualista o curandero.....
- Comadrona.....
- Farmacéutico.....
- Familiar o amigo.....
- Otra persona .....

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

44. ¿Participó en alguna tradición cultural o religiosa en relación con su embarazo (por ejemplo evitando comer o no comer comidas especiales, participó o evitó actividades especiales, etc)? Estas actividades pueden incluir bailes especiales /movimientos de cuerpo, rezos especiales, rituales, etc

- Sí .....  1  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No .....  0

45. **Durante su embarazo más reciente**, ¿pudo haber recibido la ayuda anotada en la lista de abajo **si la necesitaba**? Por cada pregunta, marque **Sí** si podía tener la ayuda si la necesitaba o **No** si no la pudo obtener.

**Sí No**

- a. Alguien quien me prestara dinero .....  Sí...  No
- b. Alguien quien me ayudara si estuviera enferma y necesitaba quedarme en cama .....  Sí...  No
- c. Alguien quien me escuchara sobre mis problemas.....  Sí...  No
- d. Alguien quien me llevara a la clínica o al consultorio medico si necesitaba transporte .....  Sí...  No
- e. Alguien quien me ayudara con las cosas que tenía que hacer (recados, quehaceres, cuidado del niño).....  Sí...  No
- f. Alguien quien me diera consejos o información.....  Sí...  No