

Primero quisiéramos hacerle unas cuantas preguntas sobre usted y sobre antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé. Por favor marque el cuadro que corresponda a su respuesta.

1. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿tenía usted seguro médico?* No cuente el Medicaid.

- No
 Sí

2. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿recibía usted beneficios de Medicaid?*

- No
 Sí

3. *Durante el mes antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitamina prenatal?* Estas son pastillas que contienen varias vitaminas y minerales.

- Yo no tomaba ninguna multivitamina o vitamina prenatal
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces a la semana
 Todos los días de la semana

4. *¿En qué fecha nació usted?*

19
 Mes Día Año

5. *Justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?*

Libras **O** Kilos

6. *¿Cuánto mide usted sin zapatos?*

Pies **Y** Pulgadas

O Centímetros

7. *Antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?*

- No → **Pase a la Página 2, Pregunta 10**
 Sí

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

- No
 Sí

9. *El bebé que tuvo justo antes de tener a su nuevo bebé, ¿nació más de 3 semanas antes de la fecha esperada para su nacimiento?*

- No
 Sí

2

Las siguientes preguntas son acerca del período de tiempo cuando quedó embarazada de su *nuevo* bebé.

10. Piense en el período *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿qué pensaba de quedar embarazada?

Marque una respuesta

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

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 14

12. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo? (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 14

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

Marque todas las que correspondan

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

Las siguientes preguntas son acerca de la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. La atención prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica antes de que su nuevo bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

14. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? (Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.)

_____ Semanas **O** _____ Meses

- No recuerdo

15. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de atención prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños).

Semanas **O** Meses

No recibí atención prenatal

16. ¿Recibió usted atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

- No
- Sí
- Yo no quería recibir atención prenatal

Pase a la Página 4, Pregunta 18

17. A continuación se presenta una lista de problemas que pueden tener algunas mujeres para obtener atención prenatal. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si esto fue un problema para usted durante su embarazo más reciente o **No**, si no fue un problema o si no le corresponde.

- | | | No | Sí |
|---|----|----|----|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería. | No | Sí | |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas. | No | Sí | |
| c. No tenía cómo ir a la clínica ni al consultorio médico. | No | Sí | |
| d. No podía tomar tiempo libre de mi trabajo. | No | Sí | |
| e. El doctor o mi plan de salud no quiso empezar a atenderme antes, como yo quería. | No | Sí | |
| f. No tenía mi tarjeta de Medicaid. | No | Sí | |
| g. No tenía quién cuidara a mis hijos. | No | Sí | |
| h. Estaba demasiado ocupada en otras cosas | No | Sí | |
| i. No quería que nadie supiera que estaba embarazada | No | Sí | |
| j. Otro | No | Sí | |
- Por favor escríbalo:

Si usted no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 20.

18. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- Servicio de Salud Indio (PHS)
- Fondo para indigentes de la ciudad o el condado
- Otra forma → Por favor escríbala:

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

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. La forma en que el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . . | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé | No | Sí |
| c. La forma en que el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo . . . | No | Sí |
| e. Los métodos anticonceptivos que se pueden usar después de mi embarazo. | No | Sí |
| f. Las medicinas que se pueden tomar con seguridad durante mi embarazo. . . | No | Sí |
| g. La forma en que el consumo de drogas ilegales podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que haya en mi familia | No | Sí |
| i. Que hacer si comenzaran mis dolores de parto antes de tiempo . . . | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA). . . | No | Sí |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres . . . | No | Sí |

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

- No
- Sí
- No sé

Las siguientes preguntas son acerca de su embarazo más reciente y sobre lo que pudiera haber sucedido durante ese embarazo.

21. Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios de WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)?

- No
- Sí

22. ¿Tuvo alguno de estos problemas durante su embarazo más reciente? Para cada uno, marque con un círculo **Sí**, si tuvo el problema o **No**, si no lo tuvo.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>antes</i> de este embarazo | No | Sí |
| b. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>durante</i> este embarazo. | No | Sí |
| c. Sangrado vaginal | No | Sí |
| d. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) | No | Sí |
| e. Náuseas, vómitos, o deshidratación graves | No | Sí |
| f. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (insuficiencia cervical). | No | Sí |
| g. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluida la hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, o toxemia) | No | Sí |
| h. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) | No | Sí |
| i. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto (parto prematuro). | No | Sí |
| j. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada del parto (ruptura prematura de membranas [PROM]). | No | Sí |
| k. Me hicieron una transfusión de sangre | No | Sí |
| l. Me lastimé en un accidente de automóvil | No | Sí |

Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Página 6, Pregunta 24.

6

23. ¿Hizo alguna de las siguientes cosas debido a estos problemas? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Fui al hospital o sala de emergencia y me quedé menos de 1 día | No | Sí |
| b. Fui al hospital y me quedé de 1 a 7 días | No | Sí |
| c. Fui al hospital y me quedé más de 7 días | No | Sí |
| d. Me quedé en cama en mi casa más de 2 días porque me lo aconsejó mi doctor o enfermera | No | Sí |

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos y tomar alcohol.

24. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en los últimos 2 años? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No —————> **Pase a la Pregunta 28**
 Sí

25. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 Ninguno (0 cigarrillos)

26. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 Ninguno (0 cigarrillos)

27. ¿Cuántos cigarrillos fuma ahora en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 Ninguno (0 cigarrillos)

28. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años? (Una bebida es 1 copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de bebida alcohólica fuerte [*licor*], o una bebida preparada.)

- No —————> **Pase a la Pregunta 31**
 Sí

29a. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

29b. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 5 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sentada
- No tomaba en ese entonces

30a. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

30b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 5 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sentada
- No tomaba en ese entonces

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. La siguiente pregunta es acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

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

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . | No | Sí |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja. | No | Sí |
| c. Me mudé a otra dirección | No | Sí |
| d. No tenía un hogar donde vivir | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo. . . | No | Sí |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando | No | Sí |
| g. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal | No | Sí |
| h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada. . . | No | Sí |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar. | No | Sí |
| j. Me peleé físicamente con otra persona | No | Sí |
| k. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o drogas | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí. . . | No | Sí |

8

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

32a. Durante los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

32b. Durante los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante su embarazo más reciente.

33a. Durante su embarazo más reciente, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

33b. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

34. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?

Mes Día Año

35. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?

Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

36. ¿En qué fecha nació su bebé?

Mes Día Año

37. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé? (Podría serle útil ver el calendario.)

Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

38. ¿Cómo pagó por el parto?**Marque todas las que correspondan**

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- Servicio de Salud Indio (PHS)
- Fondo para indigentes de la ciudad o el condado
- Otra forma → Por favor escríbala:

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

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

- No
- Sí
- No sé

40. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo pasó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días o más
- Mi bebé no nació en el hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 43**

41. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 53**
- Sí

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

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 53**
- Sí

43. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o se sacó la leche con una bomba para alimentarlo?

- No → **Pase a la Página 10, Pregunta 47**
- Sí

44. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche que se saca con una bomba?

- No
- Sí → **Pase a la Página 10, Pregunta 46**

45. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche que se sacaba con una bomba?

- Semanas **O** Meses
- Menos de 1 semana

10

46. ¿Cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé la primera vez que lo alimentó con algo que no fuera leche materna? Incluya la fórmula, los alimentos para bebés, los jugos, la leche de vaca, el agua, el agua azucarada, o cualquier otra cosa que le haya dado de comer a su bebé.

_____ Semanas **O** _____ Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Todavía no le he dado de comer nada que no sea leche materna

47. ¿Alguna persona le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé?

- No → **Pase a la Pregunta 49**
- Sí

48. ¿Quién le sugirió que *no* le diera pecho a su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre, o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Mis amigos(as)
- El doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica que atendió a mi bebé
- Mi doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica
- Otra → Por favor escríbala:

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 53.

49. ¿Cuántas horas al día, en promedio, está su nuevo bebé en el mismo cuarto con una persona que está fumando?

_____ Horas

- Menos de 1 hora al día
- Mi bebé nunca está en el mismo cuarto con una persona que está fumando

50. ¿Cómo acuesta ahora a su bebé *la mayoría del tiempo* para que se duerma?

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

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

- No
- Sí

52. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? (Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé usualmente a los 2, 4, o 6 meses de edad.)

- No
- Sí

53. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo ahora para evitar el embarazo? (Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí —————> **Pase a la Pregunta 55**

54. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo nada para evitar el embarazo ahora?

Marque todas las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Creo que no puedo quedar embarazada (esterilidad)
- No tengo dinero para comprar anticonceptivos
- Estoy embarazada
- Otra —————> Por favor escríbala:

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

55. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar?

Marque todas las que correspondan

- Un cheque de sueldo o dinero de un trabajo de usted o su esposo o pareja
- Dinero de familiares o amigos
- Dinero de un negocio, honorarios, dividendos, o dinero por propiedades que tiene alquiladas
- Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños), asistencia pública, asistencia general, cupones de alimentos, o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)
- Beneficios por desempleo
- Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia
- Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, discapacidad, beneficios de veteranos, o pensiones
- Otra —————> Por favor escríbala:

12

56. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total 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.)

Marque una respuesta

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a \$14,999
- De \$15,000 a \$19,999
- De \$20,000 a \$24,999
- De \$25,000 a \$34,999
- De \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 ó más

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

Personas

58. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿participó en cualquiera de los siguientes programas? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si participó o **No**, si no participó.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. TANF o Welfare to Work | No | Sí |
| b. Estampillas de alimentos de New Mexico | No | Sí |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

59. Justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído sobre la píldora anticonceptiva de emergencia (ECP, siglas en inglés)? Estas píldoras estaban conocidas antes como la “píldora del día después.” Si se toman siguiendo las instrucciones hasta 5 días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, pueden prevenir el embarazo.

- No
- Sí
- No sé

60. Justo antes de quedar embarazada, ¿recibió algún tipo de atención médica del Servicio de Salud Indio (PHS)?

- No
- Sí
- No sé

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante su embarazo más reciente.

61. Esta pregunta trata sobre la atención dental que recibió durante su embarazo más reciente. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si es cierta o **No**, si no lo es.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Tuve un problema dental | No | Sí |
| b. Fui a un dentista o clínica dental | No | Sí |
| c. Un trabajador de atención dental o médica de otro tipo me habló sobre como cuidarme los dientes y las encías | No | Sí |

62. Durante su embarazo más reciente, ¿cuál era el nombre de su seguro médico?
Marque todas las que correspondan

- Cimarron
- Lovelace
- Presbyterian
- Blue Cross/Blue Shield
- Servicio de Salud Indio (PHS)
- Cobertura militar
- No tengo seguro médico
- No sé
- Otro tipo de seguro médico —————> Por favor escríbalo:

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

- | | No | Sí |
|---|-----------|-----------|
| a. Su raza | No | Sí |
| b. Su edad. | No | Sí |
| c. Su idioma. | No | Sí |
| d. Su ciudadanía. | No | Sí |
| e. Mi situación financiero
(no pudo pagar) | No | Sí |
| f. Me sentí que me trataron
injustamente, pero no sé por qué | No | Sí |
| g. No me han tratado injustamente | No | Sí |
| h. Me sentí que me trataron
injustamente por otras razones. | No | Sí |
- Por favor escríbalas:

14

64. Durante su embarazo más reciente, ¿participó usted en cualquiera de estos servicios? Para cada uno, marque con un círculo la **Sí** si participó en el servicio o **No** si no participó.

	No	Sí
a. Clases o grupos de apoyo sobre como dar pecho	No	Sí
b. Clases o grupos de apoyo sobre como ser padres	No	Sí
c. Clases o grupos de discusión sobre la nutrición	No	Sí
d. Asesoría sobre un problema personal o familiar	No	Sí
e. Servicios de visitas al domicilio de una enfermera, un trabajador social, u otro trabajador de atención médica . . .	No	Sí
f. Programa para adolescentes embarazadas y sobre como ser padres	No	Sí
g. Families FIRST	No	Sí
h. Programa para la protección contra la violencia familiar	No	Sí
i. Programa para dejar de consumir drogas o alcohol	No	Sí
j. Clases o grupos de apoyo para dejar de fumar	No	Sí
k. No participé en ninguna de los anteriores	No	Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde el nacimiento de su nuevo bebé.

65. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿participó usted en cualquiera de estos servicios? Para cada uno, marque con un círculo **Sí**, si participó en el servicio o **No**, si no participó.

	No	Sí
a. Clases o grupos de apoyo sobre como dar pecho	No	Sí
b. Clases o grupos de apoyo sobre como ser padres	No	Sí
c. Clases o grupos de discusión sobre la nutrición	No	Sí
d. Asesoría sobre un problema personal o familiar	No	Sí
e. Servicios de visitas al domicilio de una enfermera, un trabajador social, u otro trabajador de atención médica . . .	No	Sí
f. Programa para adolescentes embarazadas y sobre como ser padres	No	Sí
g. Families FIRST	No	Sí
h. Programa para la protección contra la violencia familiar	No	Sí
i. Programa para dejar de consumir drogas o alcohol	No	Sí
j. Clases o grupos de apoyo para dejar de fumar	No	Sí
k. No participé en ninguna de los anteriores	No	Sí

66. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿consultó a un médico, enfermera, o partera para usted por cualquiera de estas razones?
 Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Fui a un chequeo de rutina (6 semanas después del parto) | No | Sí |
| b. Recibí atención médica por un problema de salud | No | Sí |
| c. Recibí un método anticonceptivo . . . | No | Sí |

Si su bebé no está vivo o no vive con usted ahora, pase a la Página 16, Pregunta 73.

67. ¿Tiene un(os) asiento(s) de seguridad para su nuevo bebé?

- No
 Sí

68. Desde que nació su nuevo bebé, ¿una enfermera u otro trabajador de atención médica realizó algún servicio de visitas al domicilio para usted o para su bebé?

- No → Pase a la Pregunta 70
 Sí

69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿cuántas veces recibió algún servicio de visitas al domicilio para usted o para su bebé?

Marque una respuesta

- Una visita solamente
 2 ó 3 visitas
 4 ó más visitas

70. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con quién puede contar para obtener apoyo o ayuda? Incluya a las personas que le ayudan *frecuentemente* a limpiar la casa, cuidar a los niños, brindarle dinero o que le ayudan con sus problemas. Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si puede contar con esa persona o **No**, si no puede.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Mi esposo o pareja | No | Sí |
| b. Un familiar, amigo, o vecino | No | Sí |
| c. Una niñera o cuidadora de niños a sueldo | No | Sí |
| d. Personal de una guardería | No | Sí |
| e. Alguien más | No | Sí |
- Por favor escriba quien:

- f. No puedo contar con nadie No Sí

71. En este momento, ¿asiste a la escuela o trabaja fuera del hogar?

- No → Pase a la Página 16, Pregunta 73
 Sí

72. En su trabajo o escuela *actual*, ¿qué pasa cuando una madre quiere dar pecho a su bebé?

Marque todas las que correspondan

- Puede dar pecho cuando sea necesario
 Puede usar su período de descanso para dar pecho al bebé
 Puede usar su período de descanso para sacarse la leche con una bomba
 Es difícil usar el período de descanso o encontrar un lugar para sacarse la leche o dar pecho
 No se permite dar pecho en el lugar de trabajo
 No sé

16

73. ¿A qué se dedicó usted durante *el mes pasado*?

Marque todas las que correspondan

- Ama de casa
- Desempleada
- Trabajadora del campo temporal u obrera en construcción
- Trabajar o ir a la escuela *tiempo completo*
- Trabajar o ir a la escuela *tiempo parcial*
- Otro \longrightarrow Por favor escríbalo:

74a. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida, o sin esperanza?

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

74b. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

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

75. Durante los *últimos 12 meses*, ¿cuál de las siguientes declaraciones describe *mejor* la comida que usted y su familia comieron?

Marque una respuesta

- Tuvimos suficiente comida
- A veces no había suficiente comida
- Frecuentemente no había suficiente comida

76. ¿Cuál de los siguientes servicios públicos tiene en su casa, apartamento, tráiler, o hogan? Para cada servicio, marque con un círculo **Sí**, si tiene este servicio o **No**, si no lo tiene.

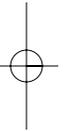
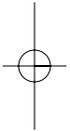
- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Instalaciones de tubería completa (incluyendo agua caliente y fría en tubería, inodoro al que puede jalársele y ducha o tina de baño) | No | Sí |
| b. Electricidad | No | Sí |
| c. Un teléfono con el que puede hacer y recibir llamadas (incluyendo teléfonos celulares) | No | Sí |

77. ¿Cuál es la fecha de hoy?

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Mes	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Día	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Año
--	--	--



Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de New Mexico.



***¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!
Sus respuestas nos ayudan en nuestros esfuerzos para mantener sanos a
las mamás y los bebés de New Mexico.***

