

PRAMS

Sus respuestas en este
encuesta nos ayudará a mejorar
la salud de las madres y
bebés en Mississippi

Embarazo
Riesgo
Evaluación
Vigilancia
Sistema



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE MISSISSIPPI

www.HealthyMS.com
1-866-HLTHY4U
(1-866-458-4948)

Para hacer preguntas o completar la encuesta por teléfono,
llame al: 1-800-426-1587

Por favor, marque sus respuestas. Siga las instrucciones que se incluyen en las preguntas. Si no hay instrucciones, marque el cuadro junto a su respuesta o escríbala sobre la línea. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Primero quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de *usted* y del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

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

- | | No | Sí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso | No | Sí |
| b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos | No | Sí |
| d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes | No | Sí |
| e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta. | No | Sí |
| f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar . . . | No | Sí |
| h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental . . | No | Sí |

2. Durante el *mes antes* de su embarazo de su nuevo bebé, ¿tenía usted algún tipo de cobertura de seguro médico que aparecen en la lista a continuación?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Indian Health Service
- SCHIP
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

3. Durante el *mes antes* de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

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

Libras **O** Kilos

5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies **Y** Pulgadas
O Metros

2

6. ¿En qué fecha nació usted?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text" value="19"/>
Mes		Día		Año

7. Antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía diabetes tipo 1 o tipo 2? Esto no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes del embarazo que empieza durante el embarazo.

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 12**
 Sí

9. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé pesó *más* de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) al nacer?

- No
 Sí

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

- No
 Sí

11. Cuando su nuevo bebé nació, ¿qué edad tenía su hijo(a) que tuvo justo antes de tener a su nuevo bebé?

- De 0 a 12 meses
 De 13 a 18 meses
 De 19 a 24 meses
 Más de 2 años pero menos de 3 años
 De 3 a 5 años
 Más de 5 años

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

12. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿cómo se sentía 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

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

14. 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 [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 16**

Pase a la Pregunta 15

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

Marque todas las opciones que apliquen

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

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su más reciente embarazo. 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.)

16. ¿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

17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado 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 del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

{ _____ Semanas O _____ Meses

No recibí cuidado prenatal →

**Pase a la Página 4,
Pregunta 19**

Pase a la Página 4, Pregunta 18

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 20**

19. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal o que lo obtuviera tan pronto como lo hubiera querido? Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si le pasó a usted, o **Falso**, si no le pasó, o si no le aplica.

Cierto Falso

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

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 22.

20. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por su *cuidado prenatal*?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Indian Health Service
- SCHIP
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi cuidado prenatal

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

- | | No | Sí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé | No | Sí |
| c. Cómo 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. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo | No | Sí |
| f. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia | No | Sí |
| h. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) | No | Sí |
| i. Qué hacer si el parto comienza antes de tiempo | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) . . . | No | Sí |
| k. Qué hacer si me llevo a sentir deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé | No | Sí |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres . . | No | Sí |

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

- No
- Sí
- No sé

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

- No
- Sí

24. Durante su más reciente embarazo, ¿alguna vez le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante este embarazo)?

- No
- Sí

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

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

6

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 30**
 Sí ↓

27. 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
 No fumaba en ese entonces

28. 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
 No fumaba en ese entonces

29. ¿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
 No fumo ahora

30. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*?

Marque una respuesta

- A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa
 Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
 Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

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

31. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 34**
 Sí ↓

Pase a la Pregunta 32a

32a. En 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

Pase a la Pregunta 33a

32b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

33a. En 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

Pase a la Pregunta 34

33b. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

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

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

34. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su 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 en donde vivir	No	Sí
e. Mi esposo o pareja perdió su 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 con alcohol o drogas	No	Sí
m. Murió alguien muy cercano a mí	No	Sí

8

35. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

36. Durante su más reciente embarazo, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra 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.)

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

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

39. ¿En qué fecha nació su bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

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

/ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

41. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por el parto de su nuevo bebé?

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
 Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
 Medicaid
 TRICARE u otro seguro médico militar
 Indian Health Service
 SCHIP
 Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi parto

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

- No
 Sí
 No sé

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

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
 De 3 a 5 días
 De 6 a 14 días
 Más de 14 días
 Mi bebé no nació en un hospital
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 46**

44. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 10, Pregunta 52**
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 10, Pregunta 52**
 Sí

46. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 49b**
 Sí

Pase a la Pregunta 47

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 49a**

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

- _____ Semanas O _____ Meses
 Menos de 1 semana

49a. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?

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

49b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

- _____ Semanas O _____ Meses
 Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Mi bebé no ha comido ningún alimento

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 10, Pregunta 52.

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

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

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

- No
- Sí

52. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 53

Pase a la Pregunta 54

53. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque todas las opciones que apliquen

- 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 ahora
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

54. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre

- a. Me sentí decaída, deprimida o triste.
- b. Me sentí sin esperanzas
- c. Sentí que hacía menos que antes

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

55. Durante los 12 meses antes de estar embarazada con su nuevo bebe, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de alguno de los temas mencionados a continuación? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si alguien le hablo acerca del tema, o **No**, si nadie le habló del tema.

- | | No | Sí |
|---------------------------------------------------------------|----|----|
| a. Tomar multivitaminas que contengan ácido fólico | No | Sí |
| b. Mantener o estar en un peso saludable | No | Sí |
| c. Hacerse un chequeo general anualmente | No | Sí |
| d. Comer saludablemente y tomar agua todos los días | No | Sí |
| e. Dejar de fumar | No | Sí |
| f. Dejar de beber alcohol | No | Sí |
| g. Usar métodos anticonceptivos | No | Sí |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 59.

56. Durante cualquiera de sus visitas para cuidado prenatal, ¿fue sometida a alguna prueba de sangre para detectar posibles defectos de nacimiento (congénitos)?

- No
- Sí
- No sé

Pase a la Pregunta 58

Pase a la Pregunta 57

57. ¿Cuáles fueron sus razones para no someterse a una prueba de defectos de nacimiento durante su más reciente embarazo?

Marque todas las opciones que apliquen

- No fui informada al respecto
- No entendía el propósito de la prueba
- No me gusta que me saquen sangre
- Escuché que la prueba no era confiable
- No quería saber si mi bebé tenía defectos de nacimiento
- El costo de la prueba de sangre era demasiado caro
- Otra razón —————> Por favor, escríbala:

58. Durante sus visitas para cuidado prenatal, ¿tuvo alguno de los siguientes problemas un doctor, enfermera u otro profesional de salud?

Marque todas las opciones que apliquen

- Mi doctor o enfermera no entendían mis preocupaciones
- Mi doctor o enfermera no contestaban mis preguntas
- Yo no entendía lo que mi doctor o enfermera me estaban diciendo
- Parecía que a mi doctor o enfermera no le importaba mi persona o mi embarazo

59. Durante su *más reciente* embarazo, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía una infección de las vías urinarias, una enfermedad de transmisión sexual o una infección vaginal, incluyendo vaginosis bacteriana o estreptococo grupo B (beta estrep)?

- No —> **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
- Sí

Pase a la Página 12, Pregunta 60

60. ¿Qué infección o enfermedad le dijeron que tenía?

Marque todas las opciones que apliquen

- Verrugas genitales (VPH)
- Herpes
- Clamidia
- Gonorrea
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Sífilis
- Estreptococos grupo B (beta estrep)
- Vaginosis bacteriana
- Tricomoniasis
- Infección vaginal causada por hongos
- Infección de las vías urinarias
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

61. Durante su *más reciente* embarazo, ¿cuál de los siguientes recursos le hubiera ayudado?

Marque todas las opciones que apliquen

- Un grupo de apoyo para mujeres embarazadas
- Una línea telefónica 1-800 para ayuda gratuita
- Asistencia para encontrar una guardería u otro proveedor de servicios de cuidados de niños
- Un mejor seguro médico
- Un esposo o pareja más colaborador
- Visitas a domicilio efectuadas por un trabajador social u otro profesional de salud para darme consejos
- Otro recurso _____ → Por favor, escríbalo:

- Ninguno de los recursos antes mencionados me hubiera ayudado

62. Esta pregunta es acerca del cuidado dental durante su *más reciente* embarazo. Para cada una, marque con un círculo **Sí, si es cierto, o **No**, si es falso.**

- | | No | Sí |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. Fui a un dentista o clínica dental para un chequeo de rutina | No | Sí |
| b. Fui a un dentista o clínica dental para una limpieza dental | No | Sí |
| c. Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas | No | Sí |
| d. Necesité ver a un dentista para sacarme un diente. | No | Sí |
| e. Tuve una o más caries que necesité rellenar | No | Sí |
| f. Necesité ver a un dentista por un absceso (infección rodeada de tejido inflamado) | No | Sí |
| g. Un trabajador dental u otro profesional de salud me habló sobre cómo cuidar de mis dientes y encías | No | Sí |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 64.

63. ¿Antes de que le dieran de alta del hospital y después de tener su nuevo bebé, algún doctor, enfermera, trabajador social, u otro profesional de salud habló con usted sobre los siguientes temas? Para cada una, marque con un círculo **Sí, si alguien le hablo acerca del tema, o **No**, si nadie le habló del tema.**

- | | No | Sí |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. Tener preparado un asiento de seguridad de carro para mi nuevo bebé | No | Sí |
| b. Tener una cuna preparada para mi nuevo bebé | No | Sí |
| c. Cómo y dónde acostar a mi bebé para dormir. | No | Sí |
| d. Cómo preparar la cama de mi bebé para dormir. | No | Sí |
| e. Cómo vestir a mi bebé para clima frío o caliente. | No | Sí |
| f. Cómo posicionar a mi bebé para amamantarlo o alimentarlo | No | Sí |
| g. Con qué frecuencia y con qué cantidad alimentar a su bebé | No | Sí |
| h. Cómo conseguir ayuda, de ser necesario, al momento de amamantar al bebé | No | Sí |
| i. Cómo el fumar alrededor de mi bebé le podría afectar | No | Sí |
| j. Con qué frecuencia llevar a mi bebé al médico y chequeos | No | Sí |
| k. Qué señales observar en mi bebé que podrían indicar posibles enfermedades | No | Sí |
| l. Cómo cuidar a mi bebé mientras está en la casa. | No | Sí |

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

- | | No | Sí | No sé |
|-----------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|
| a. Diabetes | No | Sí | No sé |
| b. Problemas del corazón | No | Sí | No sé |
| c. Presión sanguínea alta (hipertensión) | No | Sí | No sé |
| d. Depresión | No | Sí | No sé |
| e. Depresión posparto (después del parto) | No | Sí | No sé |
| f. Ansiedad | No | Sí | No sé |

65. ¿Alguna vez se le ha muerto un bebé?

- No → **Pase a la Pregunta 67**
 Sí

66. Por favor, marque la causa principal de la muerte. Si tuvo más que un bebé que se ha fallecido, marque la causa para cada bebé.

- SIDS, del inglés, Síndrome de muerte súbita infantil
- Defecto de nacimiento
- Nacimiento prematuro (nació antes)
- Aborto natural
- Peso demasiado bajo al nacer
- Complicaciones durante el embarazo
- Accidente → Por favor, escríbalo:
- Otro → Por favor, escríbalo:
- No sé la causa de la muerte

67. ¿En alguna ocasión un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ha informado que usted tiene asma?

- No
 Sí

Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes de que naciera 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.)

- 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

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

Personas

70. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20
 Mes Día Año

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

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

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