

Versión en Español

--	--	--	--

**2000-B**

**MIHA**

Maternal and Infant Health Assessment

Evaluación de la Salud Materna-Infantil

Centro de Estudios y Encuestas • Universidad de California en Berkeley • (510) 643-5220

## ¡Gracias por su ayuda!

Por favor, conteste el cuestionario de la siguiente manera:

- \* Por favor, trate de contestar todas las preguntas.
- \* La mayoría de las preguntas se contesta marcando un cuadro o escribiendo un número o algunas palabras sobre una línea.
- \* Nunca marque más de un cuadro, a menos que se le indique **“Por favor marque todas las respuestas que se apliquen”**.
- \* A veces, le pedimos que se salte una pregunta. Una pequeña flecha le indicará cuál es la siguiente pregunta que deberá contestar, por ejemplo: .

Sí → **Pase a la pregunta 1**       No

- \* Si ninguna de las respuestas es la correcta para usted, por favor marque la que más se le parezca. Si puede, por favor escríbanos una nota con más información.
- \* Si necesita ayuda con el cuestionario o si quisiera completarlo por teléfono, lláme a Toni Clark por cobrar al 1-510-643-5220.

La última página del cuestionario le pide su dirección para que podamos enviarle un cheque por **\$10**. No olvide llenar esa página. Luego, deposite el cuestionario en un buzón del correo. No necesita ponerle timbres postales.

**Por favor, lea esta información antes de empezar**

- Puede decidir participar o no.
- El que conteste o no conteste las preguntas del cuestionario **no** afectará la atención médica ni los beneficios que usted pudiera recibir.
- Usted puede saltar se las preguntas que no quiera contestar.
- Sus respuestas son confidenciales.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llame a Toni Clark por cobrar al 1-510-643-5220.

## INTRODUCCIÓN

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?

\_\_\_\_\_

mes                      día                      año

2. ¿En qué mes y año nació su último bebé?

\_\_\_\_\_

mes                      año

**A este nacimiento lo llamaremos su ÚLTIMO PARTO o EMBARAZO.**

3. Sin contar al último parto, ¿tuvo usted algún bebé que nació prematuramente (antes de alcanzar las 37 semanas de embarazo)?

Sí

No

4. Sin contar al último parto, ¿tuvo algún bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2 ½ kilos) al nacer?

Sí

No

5. Antes de quedar embarazada de este último parto, ¿había algún doctor, enfermera o clínica particular al que generalmente iba (o hubiera ido) si se sentía mal o necesitaba un examen médico?

Sí

No

6. ¿Está embarazada actualmente?

Sí

No

Tal vez, no estoy segura

## DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO

7. Durante su último embarazo, ¿tenía usted Medi-Cal (o algún plan médico pagado por Medi-Cal)?

Sí

No → **Pase a la pregunta 10**

8. A. ¿Tenía usted Medi-Cal (o un plan médico pagado por Medi-Cal) antes de que quedó embarazada?

<sup>1</sup>  Sí → **Pase a la pregunta 12 en la página 4**

<sup>2</sup>  No

B. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando empezó Medi-Cal (o un plan médico pagado por Medi-Cal)?

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

9. A. ¿Cuándo se enteró por primera vez de que tal vez Medi-Cal podría pagar el cuidado médico para el embarazo?

<sup>1</sup>  Antes de embarazarme

<sup>2</sup>  Después de embarazarme

B. ¿Y aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando intentó obtener Medi-Cal por primera vez?

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

10. A. ¿Hizo una solicitud para obtener Medi-Cal en cualquier momento durante este embarazo?

Sí

No → **Pase a la pregunta 12 en la página 4**

B. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando intentó obtener Medi-Cal por primera vez?

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

 **Ahora pase a la pregunta 11 en la próxima página**

11. Esta es una lista de algunos problemas que la gente puede tener para solicitar Medi-Cal. Para cada uno, por favor díganos si fue un problema para usted.

	Sí, fue <u>un problema</u>	No, no fue <u>un problema</u>
A. No sabía cómo hacer la solicitud o a dónde ir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Era difícil comunicarme por teléfono con Medi-Cal o con la persona de Medi-Cal que manejaba mi caso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Las personas de Medi-Cal con quienes hablé fueron descorteses o no me ayudaron mucho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. No tenía cómo transportarme a la oficina de Medi-Cal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Fue difícil llenar todas las formas y conseguir todos los papeles que necesitaba.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Yo no tenía dirección permanente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Temía que podría causarle problemas al padre del bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Temía que quizás tuviera que pagarle el dinero a Medi-Cal después .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Temía que esto podría interferir a la hora de convertirme en residente permanente o ciudadano, o al traer a familiares a los Estados Unidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. alguna otra razón .....	<input type="checkbox"/>	

**(Por favor díganos: \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_)

12. A. Durante su último embarazo, ¿estaba usted cubierta por algún seguro privado u otro plan de salud que pagara por cuidado prenatal (el cuidado médico para el embarazo)? Por favor, no incluya a Medi-Cal ni a ningún plan médico pagado por Medi-Cal.

Sí

No → **Pase a la pregunta 13**

B. ¿Cómo se llamaba ese seguro privado o plan de salud?

\_\_\_\_\_

C. ¿Inició esa cobertura antes o después de que usted quedó embarazada?

Antes → **Pase a la pregunta 13**

Después

D. ¿Aproximadamente cuantas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando inició esa cobertura?

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

13. Pensando en el momento justo antes de quedar embarazada, ¿cómo se sentía respecto a quedar embarazada?

Quería quedar embarazada en ese momento

Quería quedar embarazada más adelante

No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro

No estaba segura de lo que quería

14. ¿Y cómo se sintió cuando se enteró de que realmente estaba embarazada?

Muy contenta

Algo contenta

Algo infeliz

Muy infeliz

No estaba segura de lo que sentía

15. ¿Y aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando se sintió segura de que estaba embarazada? (Por ejemplo, se hizo una prueba para el embarazo en su hogar, un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada, o simplemente estaba segura de ello.)

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

16. A. Cuando quedó embarazada, ¿estaba usando métodos anticonceptivos tales como píldoras anticonceptivas, condones, inyecciones, el ritmo, retiro, o algún otro método para evitar el embarazo?

Sí, siempre

→ **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**

Sí, a veces

→ **Pase a la pregunta 17 en la próxima página**

No

B. ¿Eso se debió a que quería quedar embarazada o tenía usted alguna otra razón?

Quería quedar embarazada  
→ **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**

Alguna otra razón

17. Esta es una lista de algunas razones por las que una mujer podría no usar un método anticonceptivo para evitar el embarazo. Para cada una de ellas, por favor díganos si fue una razón para usted.

	Sí, fue <u>una razón</u>	No, no fue <u>una razón</u>
A. No pensé que iba a tener relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
B. No pensé que pudiera quedar embarazada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Se me acabó el anticonceptivo que usaba .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. No pude obtener una cita para conseguir el anticonceptivo cuando la necesitaba.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. No quería tener los efectos secundarios que pueden causar los anticonceptivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Temía que los anticonceptivos fueran dañinos para mi salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Mi esposo o pareja no quería utilizar control anticonceptivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. No tenía dinero para pagar los anticonceptivos o mi seguro no los cubría .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. El control anticonceptivo va en contra de mi religión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. No tenía una razón especial, solamente no usaba anticonceptivos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Alguna otra razón .....	<input type="checkbox"/>	

(Por favor díganos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_)

18. En términos generales, ¿en su opinión qué tan importante era para las personas más cercanas a usted que recibiera cuidado prenatal (el cuidado médico para el embarazo)?

- Muy importante
- <sup>2</sup> Algo importante
- <sup>3</sup> No muy importante
- <sup>4</sup> Nada importante
- <sup>5</sup> No estoy segura

19. ¿Recibió usted algún tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (Sin contar una visita sólo para hacerse la prueba del embarazo.)

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 23 en la próxima página**

20. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando intentó por vez primera obtener una cita para recibir cuidado prenatal? Por favor, no tome en cuenta una cita sólo para hacerse la prueba del embarazo.

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

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

\_\_\_\_\_ semanas      **O**      \_\_\_\_\_ meses

22. ¿Recibió cuidado prenatal tan temprano como lo quiso durante su embarazo?

Sí → **Pase a la pregunta 24 en la próxima página**

No

23. A continuación hay una lista de algunas cosas que pueden impedir recibir cuidado prenatal temprano. Para cada una, por favor díganos si fue una razón para usted.

	Sí, fue <u>una razón</u>	No, no fue <u>una razón</u>
A. Al principio no sabía que estaba embarazada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Al principio no estaba segura si deseaba o no estar embarazada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. No sabía que era importante que el cuidado prenatal comenzara al principio del embarazo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. No tenía seguro médico o Medi-Cal para el cuidado prenatal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. No sabía que podía obtener Medi-Cal para el cuidado prenatal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tuve problemas para encontrar un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tuve problemas para poderme comunicar por teléfono y hacer una cita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. No tenía cómo transportarme a la clínica o al consultorio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. No había nadie para cuidar a mis hijos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Tenía demasiados otros problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Alguna otra razón .....	<input type="checkbox"/>	

(Por favor díganos: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

**ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE SU ÚLTIMO EMBARAZO**

24. Justo antes de quedar embarazada, ¿estaba usted tomando multivitaminas o ácido fólico?

- Sí, los tomaba todos, o casi todos, los días
- Sí, los tomaba en ocasiones
- No, nunca tomé multivitaminas ni ácido fólico justo antes de quedar embarazada

25. Una vez que supo que estaba embarazada, ¿tomó usted multivitaminas o ácido fólico?

- Sí, los tomaba todos, o casi todos, los días
- Sí, los tomaba en ocasiones
- No, nunca tomé multivitaminas ni ácido fólico durante mi embarazo

26. A. ¿Alguna vez ha fumado un cigarrillo?

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 27 en esta misma página**

B. Durante los *primeros* 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día promedio?

- No fumé nada durante los primeros 3 meses de mi embarazo
- Menos de un cigarrillo al día
- 1 a 9 cigarrillos al día
- Media cajetilla al día
- Una cajetilla al día
- Una y media cajetillas al día
- 2 cajetillas o más

C. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día promedio?

- No fumé nada durante los últimos 3 meses de mi embarazo
- Más de un cigarrillo al día
- 1 a 9 cigarrillos al día
- Media cajetilla al día
- Una cajetilla al día
- Una y media cajetillas al día
- 2 cajetillas o más

D. ¿Sí usted fumaba, intentó el doctor, enfermera o clínica que le brindaba cuidado prenatal ayudarla a dejar de fumar durante su embarazo? Por “intentó”, nos referimos a darle consejos y sugerencias o enviarla con un especialista, grupo de apoyo o algún otro programa para ayudarla a dejar de fumar.

- Sí
- No
- No recibí cuidado prenatal
- No fumé durante mi último embarazo

27. A. Las siguientes 2 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.

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

- No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo
- Menos de una bebida a la semana
- 1 a 3 a la semana
- 4 a 6 a la semana
- 7 o más bebidas a la semana

Pregunta 27 (Continúa)

B. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas con alcohol tomaba en una semana promedio?

- No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo
- Menos de una bebida a la semana
- 1 a 3 a la semana
- 4 a 6 a la semana
- 7 o más bebidas a la semana

28. Las siguientes preguntas son sobre abuso físico y sexual. Abuso físico significa empujones, golpes, cachetadas, patadas o cualquier otra forma de lastimar físicamente a una persona. Abuso sexual significa forzar a una persona a tener relaciones sexuales o a participar en un acto sexual. Cuando usted conteste estas preguntas, por favor recuerde que toda la información en el cuestionario será completamente confidencial.

En cualquier momento durante su último embarazo, ¿algún médico, enfermera, o partera le preguntó si alguien había abusado de usted física o sexualmente?

- Sí
- No

29. A. Alguna vez en los últimos 2 años, ¿su esposo, novio o pareja abusó de usted física o sexualmente?

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 30**

B. En alguna ocasión en los últimos 2 años, ¿ha ido usted a recibir atención o tratamiento médico debido a ese abuso físico o sexual?

- Sí
- No

**DESPUÉS DE NACER SU ÚLTIMO BEBÉ**

Las siguientes preguntas se refieren a su último parto. (Si tuvo cuates o triates, por favor conteste las siguientes preguntas sobre el/la que nació primero.)

30. ¿Cuántas noches estuvo su nuevo bebé en el hospital o clínica cuando nació?

\_\_\_\_\_ noche(s)  Ninguna

31. Desde su último parto, ¿tuvo usted un examen post-parto regular (el examen médico que se efectúa aproximadamente 6 semanas después de que una mujer da a luz)?

- Sí
- No

32. En este momento, ¿está usted cubierta por Medi-Cal, un seguro privado o algún plan de salud para recibir atención médica usted misma?

- Sí
- No

33. ¿Está su bebé vivo ahora?

Sí

¿Está viviendo con usted ahora?

Sí → **Siga con la pregunta 34 abajo**

No → **Pase a la pregunta 40 en la página 12**

No **Por favor, reciba nuestro más sincero pésame**

¿Cuándo murió su bebé?

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

**Por favor pase a la pregunta 40 en la página 12**

34. A. Después de salir del hospital, ¿qué edad tenía su bebé cuando fue examinado por vez primera por un doctor, enfermera, o partera – ya sea en su hogar, en un consultorio médico, clínica o sala de emergencias de un hospital?

\_\_\_\_\_ días **O** \_\_\_\_\_ semanas **O** \_\_\_\_\_ meses

A mi bebé todavía no lo ha examinado un médico, una enfermera, o partera (desde que salió del hospital) → **Pase a la pregunta 35**

B. ¿En dónde vió a su bebé el médico, la enfermera, o partera esa primera vez?

En la casa

En un consultorio médico, clínica o sala de emergencias de un hospital

35. A. ¿Ha recibido su bebé las primeras vacunas preventivas -- sin contar las que recibió en el hospital justo después de nacer?

Sí

No → **Pase a la pregunta 36**

B. ¿Qué edad tenía su bebé cuando recibió sus primeras vacunas? -- sin contar las que recibió en el hospital justo después de nacer?

\_\_\_\_\_ días **O** \_\_\_\_\_ semanas **O** \_\_\_\_\_ meses

36. A. Cuando su bebé tenía una semana, ¿cómo lo alimentaba?

Solamente leche de pecho → **Pase a la pregunta 37 en la próxima página**

Leche de pecho y fórmula → **Pase a la pregunta 37 en la próxima página**

Solamente fórmula

B. Desde que nació su nuevo bebé, ¿alguna vez le ha dado pecho?

Sí → **Pase a la pregunta 37 en la próxima página**

No

Pregunta 36 (Continúa)

C. Esta es una lista de algunas razones por las que algunas mujeres no le dan pecho a sus bebés. Para cada una, por favor díganos si fue una razón para usted.

	Sí, fue <u>una razón</u>	No, no fue <u>una razón</u>
(1) Pensé que me lastimaría .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ya había tratado de dar pecho a otro bebé y tuve dificultades .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Pensé que no podría producir suficiente leche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Pensé que la alimentación con botella sería más fácil o práctica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Tenía que trabajar o ir a la escuela .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Pensé que mi bebé preferiría el biberón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Un médico, enfermera o partera me dijo que yo no debía darle pecho a mi bebé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Alguna otra razón .....	<input type="checkbox"/>	

(Por favor díganos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

 **Ahora por favor pase a la pregunta 39 en la página 11**

37. A. Cuando su bebé tenía dos meses, ¿cómo lo alimentaba?

- Solamente leche de pecho
- Mayormente leche de pecho
- Solamente fórmula → **Pase a la pregunta 38 en la página 11**
- Mayormente fórmula
- Otro (Por favor, díganos: \_\_\_\_\_)

Pregunta 37 (Continúa)

B. ¿Todavía le está dando pecho a su bebé?

- Sí → **Pase a la pregunta 39 abajo**  
 No

38. A. ¿Qué edad tenía su bebé cuando dejó de darle pecho?

\_\_\_\_\_ días O \_\_\_\_\_ semanas O \_\_\_\_\_ meses

B. Esta es una lista de algunas razones por las que algunas mujeres dejan de darle pecho a sus bebés. Para cada una de ellas, por favor díganos si fue una razón para usted.

	<u>Sí, fue una razón</u>	<u>No, no fue una razón</u>
(1) Me lastimaba .....	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
(2) No producía yo suficiente leche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) El biberón era más fácil o práctico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Tenía que ir a trabajar o a la escuela .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) No pude obtener suficiente información o ayuda sobre el darle pecho....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Mi bebé prefirió el biberón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Un doctor, enfermera o partera me dijo que debería dejar de hacerlo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Alguna otra razón .....	<input type="checkbox"/>	

**(Por favor díganos: \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

39. *Generalmente*, ¿cómo acuesta a su bebé para que duerma? **Marque sólo una respuesta.**

- De costado  
 De espalda  
 Boca abajo

## INFORMACIÓN GENERAL

Estas preguntas nos dan una idea general de los tipos de personas que han participado en este importante estudio. Repetimos, toda la información sobre usted será completamente confidencial.

40. Justo antes de quedar embarazada ¿cuánto pesaba usted?

\_\_\_\_\_ libras    **O**    \_\_\_\_\_ kilos

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

\_\_\_\_\_ libras    **O**    \_\_\_\_\_ kilos

42. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

\_\_\_\_\_ pies    y    \_\_\_\_\_ pulgadas  
**O** \_\_\_\_\_ metros    y    \_\_\_\_\_ centímetros

43. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las siguientes frases?

	Completa- mente de <u>acuerdo</u>	De <u>acuerdo</u>	En <u>desacuerdo</u>	Completa- mente en <u>desacuerdo</u>
A. En realidad no hay manera de poder yo solucionar algunos de los problemas que tengo .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
B. Algunas veces siento que los demás dirigen mi vida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Puedo hacer casi cualquier cosa si me decido a hacerla .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Muchas veces me siento incapaz ante los problemas de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Lo que me pase en el futuro depende más que nada de mí .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hay poco que puedo hacer para cambiar muchas de las cosas importantes en mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. A. ¿A qué grupo étnico o racial considera que pertenece usted? **Por favor marque todas las respuestas que se apliquen.**

- Afroamericano, negro, o africano
- Indio americano, nativo de América, esquimal o aleuta
- Árabe o del medio oriente
- Asiático, asiático-americano o procedente de las islas del Pacífico (por ejemplo, chino, filipino, japonés, coreano, vietnamita, hindú o de otro país de Asia)
- Latino, hispano, chicano, mexicano o mexicano-americano, centroamericano, u otro latinoamericano
- Blanco, caucásico, o europeo (incluyendo a personas de España)
- Algún otro grupo  
(**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

B. Si elige a más de un grupo, por favor escriba el nombre del grupo con el que usted **más** se identifica:

Me identifico más con: \_\_\_\_\_

45. ¿Qué idioma por lo regular habla en casa? Si habla más de un idioma, por favor elija el que usa con **mayor** frecuencia.

- Inglés
- Español
- Idioma asiático  
(**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_)
- Algún otro idioma  
(**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_)

46. ¿Cuál es el más alto grado o año escolar que ha terminado?

- Nunca fui a la escuela
- Primaria o menos
- Fui algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué
- Escuela secundaria (o equivalente)
- Fui algún tiempo a la universidad o “junior college,” pero no me gradué de la universidad
- Me gradué de la universidad o más

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

- Casada
- Vivía con alguien como si fuera casada pero no legalmente casada
- Separada, divorciada, o viuda
- Soltera (nunca casada)

48. ¿Recibió usted WIC en cualquier momento durante su último embarazo? (WIC es el programa: Women, Infants, and Children)

- Sí
- No

49. ¿Han recibido usted o su nuevo bebé WIC desde que nació su bebé?

- Sí
- No

50. A. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en 1999 **antes de pagar impuestos**? Por favor, marque el cuadro de abajo que incluya todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 1999) 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.

PARA EL AÑO 1999

- \$0 - \$11,000
- \$11,001 - \$17,000
- \$17,001 - \$20,000
- \$20,001 - \$22,000
- \$22,001 - \$25,000
- \$25,001 - \$28,000
- \$28,001 - \$33,000
- \$33,001 - \$39,000
- \$39,001 - \$42,000
- \$42,001 - \$44,000
- \$44,001 - \$50,000
- \$50,001 - \$56,000
- \$56,001 - \$59,000
- \$59,001 - \$67,000
- \$67,001 - \$75,000
- \$75,001 - \$78,000
- \$78,001 - \$89,000
- \$89,001 - \$101,001
- \$101,001 o mas

B. Si no puede elegir una de estas categorías, por favor díganos cuál fue el promedio de sus ingresos mensuales en 1999.

\$ \_\_\_\_\_ al mes

51. Pensando en 1999 -- antes de que su bebé naciera -- ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

\_\_\_\_\_ número total de personas

