Versión en Español

2001

MIHA

Maternal and Infant Health Assessment

Evaluación de la Salud Materna-Infantil

Centro de Estudíos 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 linea.
- Nunca marque más de un cuadro, a menos que se le indique **"Por favor marque todas las respuestas que se apliquen".**
- A veces, le pidemos 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, por favor de enviarnos el cuestionario por correo en el sobre que incluimos. 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 saltarse las preguntas que no quiera contestar.
- Sus respuestas son confidenciales.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar 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 pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2½ kilos) al nacer?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

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

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

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

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

6. ¿Está embarazada actualmente?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No
   [3] ❑ Tal vez, no estoy segura

DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO

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

   1 ❑ Sí

   2 ❑ No → **Pase a la pregunta 9**

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

   1 ❑ Sí → **Pase a la pregunta 12 en la página 4**

   2 ❑ No

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

   _____ semanas **O** _____ meses

   B. ¿Aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando realmente entregó su solicitud de Medi-Cal?

   _____ semanas **O** _____ meses

   C. ¿Y aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando sabía que tenía Medi-Cal (o un plan médico pagado por Medi-Cal)?

   _____ semanas **O** _____ meses

→ **Ahora pase a la pregunta 10 en esta página**

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

   1 ❑ Sí

   2 ❑ 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

   C. ¿Aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando realmente entregó su solicitud de Medi-Cal?

   _____ semanas **O** _____ meses

   0 ❑ No la entregé

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

   1 ❑ Antes de embarazarme

   2 ❑ Después de embarazarme

   B. ¿En dónde hizo usted su solicitud para obtener Medi-Cal? (Si hizo su solicitud en más de un lugar, por favor indique el primer lugar en el que hizo su solicitud.)

   1 ❑ Oficina de Medi-Cal

   2 ❑ Clínica o consultorio médico

   3 ❑ Oficina de WIC

   4 ❑ Envié mi solicitud por correo

   5 ❑ Otro lugar (**Por favor díganos:**

   _____)

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 un problema	No, no fue un problema
A. No sabía cómo hacer la solicitud o a dónde ir	❑	❑
B. Era difícil comunicarme por teléfono con Medi-Cal o con la persona de Medi-Cal que manejaba mi caso	❑	❑
C. Las personas de Medi-Cal con quienes hablé fueron descorteses o no me ayudaron mucho	❑	❑
D. No tenía cómo transportarme a la oficina de Medi-Cal	❑	❑
E. Fue difícil llenar todas las formas y conseguir todos los papeles que necesitaba	❑	❑
F. Yo no tenía dirección permanente	❑	❑
G. Temía que podría causarle problemas al padre del bebé	❑	❑
H. Temía que quizás tuviera que pagarle el dinero a Medi-Cal después	❑	❑
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	❑	❑
J. Alguna otra razón	❑	

(**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.

[1] ❑ Sí

[2] ❑ 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?

[1] ❑ Antes ⟶ **Pase a la pregunta 13**

[2] ❑ 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, ¿como se sentía respecto a quedar embarazada?

[1] ❑ Quería quedar embarazada en ese momento

[2] ❑ Quería quedar embarazada más adelante

[3] ❑ No quería quedar embarazada en ese momento ní en el futuro

[4] ❑ No estaba segura de lo que quería

14. ¿Y cómo se sintió cuando se enteró de que realmente <u>estaba</u> embarazada?

[1] ❑ Muy contenta

[2] ❑ Algo contenta

[3] ❑ Algo infeliz

[4] ❑ Muy infeliz

[5] ❑ 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?

[1] ❑ Sí, siempre
⟶ **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**

[2] ❑ Sí, a veces
⟶ **Pase a la pregunta 17 en la próxima página**

[3] ❑ No

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

[1] ❑ Quería quedar embarazada
⟶ **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**

[2] ❑ 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 una razón	No, no fue una razón
A. No pensé que iba a tener relaciones sexuales	1 ❑	2 ❑
B. No pensé que pudiera quedar embarazada	❑	❑
C. Se me acabó el anticonceptivo que usaba	❑	❑
D. No pude obtener una cita para conseguir el anticonceptivo cuando la necesitaba	❑	❑
E. No quería tener los efectos secundarios que pueden causar los anticonceptivos	❑	❑
F. Temía que los anticonceptivos fueran dañinos para mi salud	❑	❑
G. Mi esposo o pareja no quería utilizar control anticonceptivo	❑	❑
H. No tenía dinero para pagar los anticonceptivos o mi seguro no los cubría	❑	❑
I. El control anticonceptivo va en contra de mi religión	❑	❑
J. No tenía una razón especial, solamente no usaba anticonceptivos	❑	❑
K. Alguna otra razón	❑	

(**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)?

1 ❑ Muy importante
2 ❑ Algo importante
3 ❑ No muy importante
4 ❑ Nada importante
5 ❑ No estoy segura

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

1 ❑ Sí

2 ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 22 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? (Sin contar 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. Esta es una lista de los problemas que pueden tener algunas mujeres para recibir cuidado prenatal. Para cada uno, por favor díganos si fue un problema para usted.

	Sí, fue un problema	No, no fue un problema
A. No sabía que podía obtener Medi-Cal para el cuidado prenatal	❑	❑
B. Tuve problemas para encontrar un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal	❑	❑
C. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal	❑	❑
D. Tuve problemas para poderme comunicar por teléfono y hacer una cita	❑	❑
E. No tenía cómo transportarme a la clínica o al consultorio	❑	❑
F. No había nadie para cuidar a mis hijos	❑	❑
G. Tenía demasiados otros problemas	❑	❑
H. ¿Algún otro problema para recibir cuidado prenatal?	❑	

(**Por favor díganos:**_____

_____

_____)

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

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE SU ÚLTIMO EMBARAZO

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

- [1] ❑ Sí, los tomaba todos, o casi todos, los días
- [2] ❑ Sí, los tomaba en ocasiones
- [3] ❑ No, nunca tomé multivitaminas ni ácido fólico justo antes de quedar embarazada

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

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No → **Pase a la pregunta 26 en esta misma página**

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

- [1] ❑ No fumé nada durante los primeros 3 meses de mi embarazo
- [2] ❑ Menos de un cigarrillo al día
- [3] ❑ 1 a 9 cigarrillos al día
- [4] ❑ Media cajetilla al día
- [5] ❑ Una cajetilla al día
- [6] ❑ Una y media cajetillas al día
- [7] ❑ 2 cajetillas o más

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

- [1] ❑ No fumé nada durante los últimos 3 meses de mi embarazo
- [2] ❑ Menos de un cigarrillo al día
- [3] ❑ 1 a 9 cigarrillos al día
- [4] ❑ Media cajetilla al día
- [5] ❑ Una cajetilla al día
- [6] ❑ Una y media cajetillas al día
- [7] ❑ 2 cajetillas o más

D. ¿Sí usted fumaba, intentó el doctor, enfermera o clínica donde recibió su cuidado prenatal ayudarla a dejar de fumar durante su embarazo?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No
- [3] ❑ No recibí cuidado prenatal
- [4] ❑ No fumé durante mi último embarazo

26. 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.

- [1] ❑ No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo
- [2] ❑ Menos de una bebida a la semana
- [3] ❑ 1 a 3 a la semana
- [4] ❑ 4 a 6 a la semana
- [5] ❑ 7 o más bebidas a la semana

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

- [1] ❑ No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo
- [2] ❑ Menos de una bebida a la semana
- [3] ❑ 1 a 3 a la semana
- [4] ❑ 4 a 6 a la semana
- [5] ❑ 7 o más bebidas a la semana

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.)

27. ¿Cuántas noches estuvo su nuevo bebé en el hospital o clínica después de que nació?

_____ noche(s) 0 ❑ Ninguna

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

1 ❑ Sí
2 ❑ No

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

1 ❑ Sí
2 ❑ No

30. ¿Está su bebé vivo ahora?

1 ❑ Sí

¿Está viviendo con usted ahora?
1 ❑ Sí → **Siga con la pregunta 31 abajo**
2 ❑ No → **Pase a la pregunta 40 en la página 13**

2 ❑ 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 13**

31. 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

0 ❑ A mi bebé todavía no lo ha examinado un médico, una enfermera, o partera (desde que salió del hospital)
→ **Pase a la pregunta 32 en la próxima página**

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

1 ❑ En la casa
2 ❑ En un consultorio médico, clínica o sala de emergencias de un hospital

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

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 33**

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

33. A. En este momento, ¿está su bebé cubierto por Medi-Cal, un seguro privado o algún plan de salud para recibir atención médica?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No, mi bebé no está asegurado
⟶ **Pase a la pregunta 34 en la próxima página**
[3] ❑ No sé

B. ¿Qué tipo de cobertura tiene su bebé?

[1] ❑ Medi-Cal
[2] ❑ Un plan de salud pagado por Medi-Cal
[3] ❑ Un seguro privado
⟶ **Pase a la pregunta 34 en la próxima página**
[4] ❑ Familias Saludables (Healthy Families)
⟶ **Pase a la pregunta 34 en la próxima página**
[5] ❑ Otro (**Por favor díganos:** _____
_____)
⟶ **Pase a la pregunta 34 en la próxima página**

C. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé cuando usted recibió una tarjeta de Medi-Cal para él o ella?

_____ semanas **O** _____ meses

[0] ❑ Mi bebé todavía no tiene su propia tarjeta de Medi-Cal

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

1 ❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 35 en la próxima página**

2 ❑ No

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

(**Por favor díganos:**_____

_____

_____)

⟶ **Ahora por favor pase a la pregunta 38 en la página 12**

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

[1] ❑ Solamente leche de pecho

[2] ❑ Leche de pecho y fórmula

[3] ❑ Solamente fórmula ⟶ **Pase a la pregunta 37 en la próxima página**

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

[1] ❑ Solamente leche de pecho
[2] ❑ Mayormente leche de pecho
[3] ❑ Solamente fórmula ⟶ **Pase a la pregunta 36 abajo**
[4] ❑ Mayormente fórmula
[5] ❑ Otro (Por favor, díganos: _____)

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

[1] ❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 37 en la próxima página**
[2] ❑ No

36. 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.

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

(Por favor díganos:_____

_____)

37. A. ¿Alguna vez ha usado una bomba de leche materna?

[1] ❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 38**
[2] ❑ No

B. ¿Cuál es la principal razón por la que nunca ha usado una bomba de leche materna?

1. ☐ No le estoy dando leche materna
2. ☐ Simplemente no deseo hacerlo
3. ☐ No tengo una bomba de leche materna a mi disposición
4. ☐ En el trabajo o escuela no hay un lugar apropiado para usar una bomba de leche materna
5. ☐ En el trabajo o escuela no me dan tiempo para usar una bomba de leche materna
6. ☐ Otra (**Por favor díganos:** _____ _____)

38. A. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ya regresó (o empezó) a trabajar o asistir a la escuela?

1. ☐ Sí
2. ☐ No ⟶ **Pase a la pregunta 39**

B. ¿Aproximadamente qué edad tenía su bebé cuando usted regresó (o empezó) a trabajar o asistir a la escuela?

_____ semanas **O** _____ meses

C. ¿En su trabajo o escuela hay algún lugar en donde las madres puedan dar pecho a su bebé o usar una bomba de leche materna para alimentar a su bebé si lo desean?

1. ☐ Sí
2. ☐ No
3. ☐ No estoy segura

D. ¿En su trabajo o escuela les permiten a las mujeres tener un descanso para dar pecho a su bebé o usar una bomba de leche materna para alimentar a su bebé si lo desean?

1. ☐ Sí
2. ☐ No
3. ☐ Les permiten a las mujeres tomarse un descanso, pero no el tiempo suficiente
4. ☐ No estoy segura

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

1. ☐ De costado
2. ☐ De espalda
3. ☐ Boca abajo

B. Generalmente, ¿dónde duerme su bebé durante la noche? **Marque sólo una respuesta.**

1. ☐ En una cuna, corral o bambineto
2. ☐ En una cama conmigo
3. ☐ Solo, en una cama
4. ☐ En un sofá, sillón o futón
5. ☐ Otro (**Por favor díganos:** _____)

C. Generalmente, ¿dónde duerme su bebé sus siestas durante el día? **Marque sólo una respuesta.**

1. ☐ En una cuna, corral o bambineto
2. ☐ En una cama conmigo
3. ☐ Solo, en una cama
4. ☐ En un sofá, sillón o futón
5. ☐ En una silla infantil para el coche o un asiento elástico (asiento que vibra)
6. ☐ Otro (**Por favor díganos:** _____)

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. Aquí tenemos algunas frases que la gente usa para describirse a si misma/os. ¿Hasta qué punto está Ud. de acuerdo o en desacuerdo que estas frases le describan a Ud.?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En fuerte desacuerdo
A. Realmente no hay cómo resolver ciertos problemas que tengo	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑
B. Algunas veces siento que los demás dirigen mi vida	❑	❑	❑	❑
C. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan	❑	❑	❑	❑
D. Puedo hacer casi cualquier cosa si me decido a hacerlo	❑	❑	❑	❑
E. Muchas veces me siento inútil para enfrentar con los problemas de la vida	❑	❑	❑	❑
F. Lo que me pase en el futuro depende mayormente de mí	❑	❑	❑	❑
G. Es muy poco lo que puedo hacer para cambiar muchas de las cosas importantes en mi vida	❑	❑	❑	❑

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

- [1] ❑ Afroamericano, negro, o africano
- [1] ❑ Indio americano, nativo de América, esquimal o aleuta
- [1] ❑ Arabe o del medio oriente
- [1] ❑ Asiático, asiático-americano o procedente de las islas del Pacífico (por ejemplo, chino, filipino, japonés, coreano, vietnamita, hindú o de otro país de Asia)
- [1] ❑ Latino, hispano, chicano, mexicano o mexico-americano, centroamericano, u otro latinoamericano
- [1] ❑ Blanco, caucásico, o europeo (incluyendo a personas de España)
- [1] ❑ 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 <u>por lo regular</u> habla en casa? Si habla más de un idioma, por favor elija el que usa con **mayor** frecuencia.

- [1] ❑ Inglés
- [2] ❑ Español
- [3] ❑ Inglés y español por igual
- [4] ❑ Idioma asiático
  (**Por favor díganos:** _____)
- [5] ❑ Algún otro idioma
  (**Por favor díganos:** _____)

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

- [1] ❑ Nunca fui a la escuela
- [2] ❑ Primaria o menos
- [3] ❑ Fui algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué
- [4] ❑ Escuela secundaria (o equivalente)
- [5] ❑ Fui algún tiempo a la universidad o "junior college," pero no me gradué de la universidad
- [6] ❑ Me gradué de la universidad o más

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

- [1] ❑ Casada
- [2] ❑ Vivía con alguien como si fuera casada pero no legalmente casada
- [3] ❑ Separada, divorciada, o viuda
- [4] ❑ Soltera (nunca casada)

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

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

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

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

50. A. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en 2000 **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 2000) 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 2000

1	❑	$0	a	$11,000
2	❑	$11,001	a	$14,000
3	❑	$14,001	a	$17,000
4	❑	$17,001	a	$20,000
5	❑	$20,001	a	$23,000
6	❑	$23,001	a	$26,000
7	❑	$26,001	a	$28,000
8	❑	$28,001	a	$34,000
9	❑	$34,001	a	$40,000
10	❑	$40,001	a	$42,000
11	❑	$42,001	a	$45,000
12	❑	$45,001	a	$51,000
13	❑	$51,001	a	$57,000
14	❑	$57,001	a	$60,000
15	❑	$60,001	a	$68,000
16	❑	$68,001	a	$77,000
17	❑	$77,001	a	$80,000
18	❑	$80,001	a	$91,000
19	❑	$91,001	a	$103,000
20	❑	$103,001 o más		

B. Si no puede elegir una de estas categorías, por favor díganos cuál fue el promedio de sus ingresos mensuales en 2000.

$_____al mes

51. Pensando en 2000 -- antes de que su bebé naciera -- ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

_____número total de personas