

Sabemos que usted está muy ocupada en estos días.
¡Gracias por su ayuda!



Por favor, llene la encuesta de la siguiente manera:

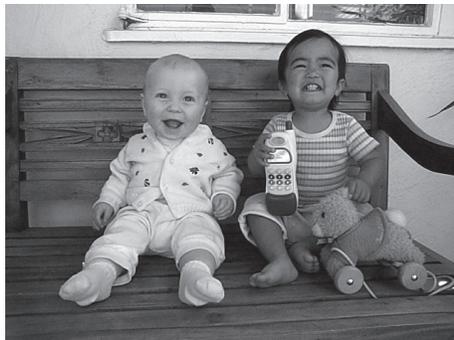
- Por favor, trate de contestar todas las preguntas.
- La mayoría de las preguntas se contestan marcando un cuadro o escribiendo un número o algunas palabras sobre una línea.
- Nunca marque más de un cuadro, a menos que se le indique **“Marque todas las respuestas apropiadas”**.
- A veces, le pedimos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

Sí → **Pase a la pregunta 1**

No

- Si ninguna de las respuestas es la correcta para usted, por favor marque la que le parezca mejor. Si puede, por favor escríbanos una nota con más información.
- Si necesita ayuda con el cuestionario o si desea completarlo por teléfono, llame a **Toni Clark al 1-855-367-6442** (1-855-FOR-MIHA). **La llamada es gratis.**

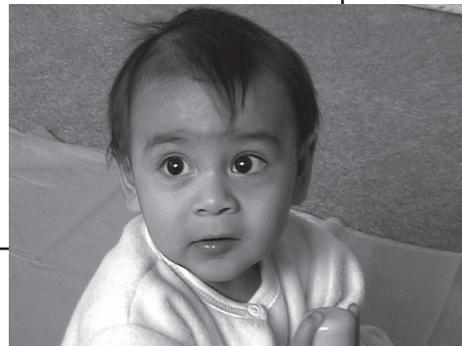
La última página del cuestionario le pide su dirección para poder enviarle una tarjeta de regalo de **\$10** como agradecimiento. Por favor envíenos el cuestionario por correo en el sobre que incluimos. No necesita ponerle timbres postales.



Por favor, lea esta información antes de empezar.

- Puede decidir si desea participar o no.
- Sus respuestas son **confidenciales**.
- Su participación en la encuesta **no** afectará la atención médica ni los beneficios que pueda recibir.
- Usted puede omitir las preguntas que no quiera contestar.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar a **Toni Clark, al 1-855-367-6442 (1-855-FOR-MIHA)**. **La llamada es gratis.**

¡Muchas gracias!



SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

	#	DATE
Edit		
Data Entry		
Verification		

INTRODUCCIÓN

1. A. ¿Cuál es la fecha de hoy?

_____ / _____ / _____
mes día año

- B. ¿Cuándo nació su último bebé?

_____ / _____ / _____
mes día año

2. **Sin contar su último parto**, ¿tuvo usted algún bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2½ kilos) al nacer?

¹ Sí
² No

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

¹ Sí
² No

Esta encuesta es sobre usted y su bebé que acaba de nacer.

4. **Durante los 12 meses antes del nacimiento del bebé que acaba de nacer**, ¿se vacunó usted contra la gripe?

¹ Sí, me vacuné contra la gripe antes de quedar embarazada
² Sí, me vacuné contra la gripe durante mi embarazo
³ No, no me vacuné contra la gripe → **Pase a la pregunta 6**

5. ¿Durante qué mes y año se vacunó usted contra la gripe?

_____ / _____
mes año

¹ No me acuerdo

Las siguientes preguntas tratan sobre el período justo antes de que usted quedara embarazada del bebé que acaba de nacer.

6. **Poco antes de quedar embarazada**, ¿tenía usted un doctor, enfermera o clínica adonde generalmente iba cuando quería recibir atención médica?

¹ Sí
² No

7. ¿Cómo calificaría usted su salud poco antes de quedar embarazada?

¹ Excelente
² Muy buena
³ Buena
⁴ Regular
⁵ Mala

8. **Durante el mes antes de quedar embarazada**, ¿tenía usted cobertura de Medi-Cal, seguro médico privado, u otro plan de salud para su propia atención médica, o no tenía seguro? **Marque TODAS las respuestas apropiadas.**

¹ Medi-Cal
² Un plan de salud pagado por Medi-Cal
(Nombre del plan _____)
³ Un seguro médico privado por medio de su empleo, del empleo de su esposo o pareja, o del empleo de su madre, padre o tutor
(Nombre del plan _____)
⁴ Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros, o a través de *Covered California* u otro mercado de seguros médicos
(Nombre del plan _____)
⁵ Otro
(Nombre del plan _____)
⁶ **Yo no tenía** Medi-Cal ni otro seguro de salud durante el **mes antes** del comienzo de mi embarazo

9. Durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces por semana tomó usted una multivitamina, una vitamina prenatal, o una vitamina de ácido fólico?

- No tomé multivitamina, vitamina prenatal o vitamina de ácido fólico en ningún momento antes de quedar embarazada
- 1 a 3 veces por semana
- 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

10. Poco antes de quedar embarazada ¿cuánto pesaba usted?

_____ libras¹ _____ kilos²

11. ¿Cuántas libras o kilos aumentó durante su embarazo?

_____ libras¹ _____ kilos²

En general bajé de peso durante mi embarazo

12. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted **ahora**?

_____ libras¹ _____ kilos²

13. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

_____ pies¹ y _____ pulgadas

_____ metros² y _____ centímetros

14. Piense en el momento **poco 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 ni en ese momento ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

15. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿habló con usted un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de la manera de mejorar su salud antes del embarazo?

- Sí
- No

16. Antes de quedar embarazada, ¿le dijo en algún momento un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Diabetes (alto contenido de azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Hipertensión (alta presión de sangre, tensión arterial alta) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Como cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando tuvo la seguridad de que estaba embarazada? (Por ejemplo, utilizó usted en su casa una prueba para el embarazo, un doctor o una enfermera la dijo que estaba embarazada, o usted simplemente estaba segura.)

_____ semana(s)¹ _____ mes(es)²

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre el cuidado prenatal durante su embarazo del bebé que acaba de nacer. "Cuidado prenatal" significa atención médica para el embarazo. Le preguntaremos acerca de la primera vez que intentó de hacer su cita de cuidado prenatal, y después le preguntaremos cuando tuvo su primera cita.

18. 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 hecha solamente para obtener una prueba de embarazo o para WIC que es el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños).

_____ semana(s)¹ _____ mes(es)²

Nunca intenté hacer una cita para recibir cuidado prenatal

19. ¿Cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando **hizo** su primera visita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar una visita hecha solamente para obtener una prueba de embarazo o para WIC).

_____ semana(s)¹ _____ mes(es)²

Nunca recibí cuidado prenatal

20. Recibió cuidado prenatal tan pronto como lo quiso durante su embarazo?

- 1 Sí
2 No
3 No quería recibir cuidado prenatal

21. **Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal**, un doctor, enfermera u otro profesional de salud—

- | | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|---|----------------------------|----------------------------|
| A. ¿Le preguntó si fumaba cigarrillos? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Le preguntó si tomaba alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Le preguntó si se sentía triste, vacía o deprimida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Le preguntó si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. **Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal**, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre cuánto peso debería aumentar usted durante su embarazo?

- 1 Sí
2 No

23. **Durante su embarazo más reciente**, ¿recibió usted una vacuna Tdap? La vacuna Tdap protege contra el tétano, la difteria y la tos ferina (pertussis).

- 1 Sí, recibí la vacuna Tdap durante mi embarazo
2 No, pero recibí la vacuna Tdap en el hospital después del parto.
3 No, no recibí la vacuna Tdap.

24. **Durante su último embarazo**, se hizo usted alguna prueba para detectar defectos de nacimiento, por ejemplo, la AFP extendida o prueba prenatal, la prueba inicial integrada, amniocentesis, o la muestra del vello coriónico [CVS]?

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 26**
2 No
3 No me acuerdo → **Pase a la pregunta 26**

25. ¿Cuáles fueron sus razones para no hacerse ninguna prueba para detectar defectos de nacimiento?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- 1 Empecé los cuidados prenatales demasiado tarde
2 Mi doctor no lo mencionó
3 No quería saber los resultados
4 Temía hacerle daño al bebé
5 Mi pareja o mi familia no quería que me hiciera la prueba
6 No hubiera hecho nada diferente en cuanto a mi embarazo si hubiera sabido que mi bebé tenía un defecto
7 Otro (**Por favor díganos:** _____)

26. **Durante su último embarazo**, vino a su casa una trabajadora para ayudarle a prepararse para la llegada de su nuevo bebé? (Una trabajadora puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa para mujeres embarazadas.)

- 1 Sí
2 No

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre sus sentimientos y experiencias durante su embarazo del bebé que acaba de nacer.

27. Durante su embarazo, ¿tuvo usted alguna vez un lapso de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

- 1 Sí
2 No

28. Durante su embarazo, ¿tuvo usted alguna vez un lapso de 2 semanas o más cuando perdió interés en la mayoría de las cosas que normalmente disfrutaba (como el trabajo, los pasatiempos o las relaciones personales)?

- 1 Sí
2 No

29. A. Durante su embarazo, ¿tenía usted a alguien a quien recurrir en caso de necesitar ayuda práctica, como para ir a algún sitio o ayudarle a hacer las compras o cocinar?

- 1 Sí
2 No

B. Durante su embarazo, ¿tenía a alguien a quien recurrir para que la consolara o escuchara?

- 1 Sí
2 No

30. Estas son algunas de las cosas que le pueden ocurrir a algunas mujeres durante el embarazo. Por favor, díganos si le ocurrió alguna de estas cosas durante su último embarazo.

- | | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| A. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Tuve que mudarme debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. No tenía un lugar permanente para dormir de noche (tenía que mudarme de casa en casa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. No tenía donde vivir (por ejemplo, tenía que dormir afuera, en un auto o en un refugio para personas sin hogar)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Mi esposo o pareja perdió su trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. A mi pareja o a mí nos redujeron el sueldo o las horas de trabajo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Mi pareja estuvo, o yo estuve, en la cárcel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Algunas de estas cosas también pueden ocurrir a las personas durante la niñez. Las experiencias durante la niñez pueden ser importantes. Por favor, díganos si alguna de estas cosas le pasaron a usted durante el tiempo desde su nacimiento hasta la edad de 13 años, inclusive.

- | | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| A. Casi siempre había una persona adulta que creía en mí y con quien yo podía contar si necesitaba ayuda | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se divorció o se separó de su pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Tuvimos que mudarnos debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Yo o alguien en mi familia pasamos hambre porque no teníamos dinero para comprar suficiente comida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Mi madre, padre o tutor se metió en problemas con la ley o estuvo en la cárcel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía tenía un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Me pusieron en un hogar de crianza temporal (la corte o una agencia de bienestar infantil me sacó de mi casa)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Pensando en su niñez hasta la edad de 13 años, inclusive, ¿con qué frecuencia fue difícil para su familia pagar las necesidades básicas, como comida y casa?

- 1 Con mucha frecuencia
2 Con algo de frecuencia
3 Con poca frecuencia
4 Nunca

Las siguientes preguntas tratan de las relaciones entre parejas. Por "pareja" entendemos a su esposo, pareja, o novio/novia actual o anterior. Recuerde que toda la información de esta encuesta es completamente confidencial.

33. Durante su último embarazo, ¿tuvo usted alguna vez temor por su seguridad personal, de su familia o de sus amistades debido a la ira o amenazas de su pareja?

- ¹ Sí
² No

34. Durante su último embarazo, ¿trató su pareja de controlar la mayoría de sus actividades diarias? Por ejemplo, ¿controlar con quién hablaba usted o adónde podía ir?

- ¹ Sí
² No

35. Durante su último embarazo, ¿su pareja la empujó, pegó, abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

- ¹ Sí
² No



Ahora, tenemos algunas preguntas acerca del hábito de fumar antes, durante y después de su embarazo del bebé que acaba de nacer.

36. ¿Ha fumado usted algún cigarrillo en los últimos 2 años?

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 39 en la página siguiente**

37. A. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba usted **en un día normal**? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos.)

_____ cigarrillos¹ O _____ cajetilla(s)²

- ¹ Menos de un cigarrillo al día
² No fumé nunca durante los 3 meses antes de quedar embarazada

B. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba usted **en un día normal**? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos.)

_____ cigarrillos¹ O _____ cajetilla(s)²

- ¹ Menos de un cigarrillo al día
² No fumé nunca durante los últimos 3 meses de mi embarazo

38. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted ahora **en un día normal**? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos.)

_____ cigarrillos¹ O _____ cajetilla(s)²

- ¹ Menos de un cigarrillo por día
² No fumo ahora

Las siguientes preguntas se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas. "Una bebida alcohólica" quiere decir una copa de vino, un refresco con vino (wine cooler), una lata o botella de cerveza, un trago de licor o una bebida alcohólica mixta.

39. ¿Ha tomado usted alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años?

Sí

No → **Pase a la pregunta 44 en la página siguiente**

40. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba **en una semana normal**?

No tomé en lo absoluto durante los 3 meses antes de quedar embarazada

Menos de una bebida por semana

De 1 a 3 bebidas por semana

De 4 a 6 bebidas por semana

De 7 a 13 bebidas por semana

14 o más bebidas por semana

41. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó usted **4 o más** bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**? ("En una sola ocasión" quiere decir en un período de aproximadamente dos horas.)

_____ veces

Nunca tomé 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante los tres meses antes de quedar embarazada.

Las siguientes preguntas se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas durante su embarazo del bebé que acaba de nacer.

42. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba usted **en una semana normal**?

No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo

Menos de una bebida por semana

De 1 a 3 bebidas por semana

De 4 a 6 bebidas por semana

7 o más bebidas por semana

43. Durante su último embarazo (inclusive el período antes de que estuviera segura de estar embarazada), ¿cuántas veces tomó usted **4 o más** bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**? ("En una sola ocasión" quiere decir en un período de aproximadamente dos horas.)

_____ veces

Nunca tomé 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante mi embarazo



Ahora, queremos hacerle algunas preguntas relacionadas con su seguro médico durante su embarazo.

44. Durante su último embarazo del bebé que acaba de nacer, tenía usted Medi-Cal, un seguro médico privado u otro plan de seguros para pagar su cuidado prenatal?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- Medi-Cal
- Un plan de salud pagado por Medi-Cal
(Nombre del plan _____)
- Un seguro médico privado por medio de su empleo, del empleo de su esposo o pareja, o del empleo de su madre, padre o tutor
(Nombre del plan _____)
- Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros, o a través de *Covered California* u otro mercado de seguros médicos
(Nombre del plan _____)
- Otro (Nombre del plan _____)
- Yo no tenía Medi-Cal ni otro seguro de salud que pagara mi cuidado prenatal

45. Aproximadamente, ¿cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando empezó esa cobertura? (Si tenía más de un solo plan, mencione el que entró en efecto primero.)

_____ semanas¹ O _____ meses²

- Mi plan de salud entró en efecto antes del comienzo de mi embarazo
- No tenía Medi-Cal ni otro seguro de salud durante mi embarazo

46. Durante su último embarazo, ¿hubo algún momento en el que usted no tuvo ningún seguro médico?

- Sí
- No

47. Durante su último embarazo, ¿le dijeron a usted en un consultorio médico o clínica que no aceptaban su plan de seguro médico?

- Sí
- No
- No tenía seguro médico durante mi embarazo

48. Durante su último embarazo, ¿le dijeron a usted en un consultorio médico o clínica que no la aceptarían como paciente nueva?

- Sí
- No

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su salud y su atención médica desde su último parto.

49. En este momento, tiene usted Medi-Cal, un seguro médico privado o algún otro seguro de salud para su propia atención médica? Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- Medi-Cal
- Un plan de salud pagado por Medi-Cal
(Nombre del plan _____)
- Un seguro médico privado por medio de su empleo, del empleo de su esposo o pareja, o del empleo de su madre, padre o tutor
(Nombre del plan _____)
- Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros, o a través de *Covered California* u otro mercado de seguros médicos
(Nombre del plan _____)
- Otro (Nombre del plan _____)
- Yo no tengo ahora Medi-Cal ni otro seguro de salud para pagar el cuidado de mi propia salud

50. Desde su último parto, ¿hubo algún momento en que usted necesitaba consultar a un doctor o enfermera para recibir atención médica pero no lo hizo porque no podía pagar la consulta?

- 1 Sí
2 No

51. Desde su último parto, ¿ha tenido usted un chequeo de postparto (el examen médico que se le hace a una mujer aproximadamente 4 a 6 semanas después de dar a luz)?

- 1 Sí
2 No

52. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo actualmente para evitar un embarazo? (Algunas de las cosas que las personas hacen para evitar un embarazo incluyen el uso de píldoras anticonceptivas, condones, interrupción del acto sexual o planificación familiar natural.)

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 54**
2 No

53. ¿Cuáles son las razones por las que usted no hace nada ahora para evitar un embarazo?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- 1 No estoy teniendo relaciones sexuales
2 Quiero quedar embarazada
3 No quiero usar anticonceptivos
4 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
5 Mi esposo o pareja no quiere usar nada
6 No puedo pagar los costos de los anticonceptivos
7 Tengo problemas para obtener anticonceptivos cuando los necesito
8 Hice que me ligaran o bloquearan mis tubos (las trompas de Falopio)
9 Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
10 Estoy embarazada ahora
11 Otro (**Por favor, díganos:** _____)



Pase ahora a la pregunta 55

54. ¿Qué método anticonceptivo está usando ahora usted o su esposo o pareja para evitar un embarazo?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- 1 Tubos ligados o bloqueados (esterilización femenina)
2 Vasectomía (esterilización masculina)
3 Píldoras o parche anticonceptivo, anillo vaginal
4 Condones
5 Inyecciones (Depo-Provera)
6 Implantes (Implanon, Nexplanon)
7 Dispositivo intrauterino (Mirena, ParaGard, Skyla)
8 Planificación familiar natural (ritmo, temperatura)
9 Interrupción del acto sexual (retiro)
10 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
11 Otro (**Por favor, díganos:** _____)

55. Desde su último parto, ¿ha venido a su casa una trabajadora para ayudarla a aprender cómo cuidarse a usted misma o a su nuevo bebé? (Una trabajadora puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajador social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres que acaban de dar a luz.)

- 1 Sí
2 No

56. Desde su último parto, ¿ha tenido usted alguna vez un lapso de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

- 1 Sí
2 No

57. Desde su último parto, ¿ha tenido usted alguna vez un lapso de 2 semanas o más cuando perdió interés en la mayoría de las cosas que normalmente disfrutaba (como el trabajo, los pasatiempos o las relaciones personales)?

- 1 Sí
2 No

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su bebé que acaba de nacer.

(Nota: Si tuvo gemelos/mellizos o trillizos, por favor, conteste las siguientes preguntas sobre el bebé que nació primero.)

58. A. ¿Vive su bebé ahora?

Sí

No → **Por favor, acepte nuestro más sincero pésame. Pase a la pregunta 67 en la página 11.**

B. ¿Está viviendo con usted ahora?

Sí

No → **Pase a la pregunta 67 en la página 11.**



59. **Antes de dar a luz** a su bebé, ¿cómo planeaba usted alimentarle después de su nacimiento?

- Tenía planeado darle pecho solamente
- Tenía planeado darle fórmula solamente
- Tenía planeado darle pecho y fórmula
- No estaba segura de cómo daría alimento a mi bebé

60. ¿En algún momento, le dio usted pecho a su bebé o fue alimentado su bebé con leche materna?

Sí

No → **Pase a la pregunta 62 en la página siguiente**

61. A. ¿Todavía le está dando leche materna a su bebé?

Sí → **Pase a la pregunta 62 en la página siguiente**

No

B. ¿Qué edad tenía su bebé cuando usted dejó de darle leche materna?

_____ días¹ _____ semanas² _____ meses³

62. Queremos hacerle algunas preguntas sobre los líquidos y alimentos que podría haber dado a su bebé que no sean leche materna. Si nunca le ha dado a su nuevo bebé ninguno de ellos, marque la último cuadro debajo de cada pregunta.

A. ¿Qué edad tenía su bebé cuando se le alimentó por vez primera con fórmula?

_____ días¹ _____ semanas² _____ meses³

Menos de 1 día de edad

A mi bebé nunca se le ha dado fórmula

B. ¿Qué edad tenía su bebé cuando bebió por primera vez líquidos que no sean leche materna o fórmula (como agua, jugo, té o leche de vaca)?

_____ días¹ _____ semanas² _____ meses³

Menos de 1 día de edad

A mi bebé nunca se le ha dado líquidos que no sean leche materna o fórmula

C. ¿Qué edad tenía su bebé cuando comió por primera vez algo sólido (como cereal para bebés, alimentos para bebé u otro alimento sólido)?

_____ días¹ _____ semanas² _____ meses³

Mi bebé nunca ha comido alimentos sólidos

63. Generalmente, ¿cómo acuesta usted a su bebé para que duerma? **Marque una sola respuesta.**

De costado (de lado)

Boca arriba

Boca abajo

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

Siempre

Con frecuencia

Algunas veces

Rara vez

Nunca

65. **En este momento**, ¿tiene su bebé Medi-Cal, un seguro médico privado o algún plan de salud para recibir atención médica?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

Medi-Cal

Un plan de salud pagado por Medi-Cal

(Nombre del plan: _____)

Un seguro médico privado por medio de su empleo o el empleo de su esposo o pareja

(Nombre del plan: _____)

Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros, o a través de *Covered California* u otro mercado de seguros médicos

(Nombre del plan: _____)

Otro (Nombre del plan: _____)

Mi bebé **no tiene** Medi-Cal ni otro seguro de salud que pague los costos de su atención médica

66. Desde que nació su nuevo bebé, ¿hubo algún momento cuando su bebé necesitaba recibir atención médica pero no la obtuvo porque usted no podía pagarla?

Sí

No

Las siguientes preguntas nos dan una idea general de los diferentes antecedentes de las personas que participan en esta encuesta importante. Le hacemos estas preguntas a todas las participantes. Repetimos, recuerde por favor que toda la información es confidencial.

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

- 1 Casada
- 2 Vivía con alguien como si estuviéramos casados, pero no estábamos legalmente casados
- 3 Separada, divorciada o viuda
- 4 Soltera (nunca me he casado)

68. ¿Se considera usted:

- 1 Heterosexual o "straight" (se siente atraída o tiene relaciones sexuales con hombres solamente)
- 2 Lesbiana u gay (se siente atraída o tiene relaciones sexuales con mujeres solamente)
- 3 Bisexual (se siente atraída o tiene relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres)
- 4 ¿Alguna otra cosa? (Por favor, díganos: _____)

69. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que usted ha completado?

- 1 Nunca asistí a la escuela
- 2 8vo grado o menos
- 3 Asistí algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué
- 4 Me gradué de la secundaria o completé el GED
- 5 Asistí algún tiempo a una universidad o un *junior college*, pero no me gradué de la universidad
- 6 Me gradué de la universidad o hice estudios de postgrado

70. Recordando a las personas con quienes vivía usted cuando tenía 13 años de edad, ¿cuál fue el grado o año escolar más alto que su madre, su padre o su tutor completó? **Si usted vivió con más de una de estas personas, por favor responda indicando a la persona con el mayor nivel de estudios.**

- 1 Nunca asistió a la escuela
- 2 8vo grado o menos
- 3 Asistió algún tiempo a la escuela secundaria, pero no se graduó
- 4 Se graduó de la secundaria o completó el GED
- 5 Asistió algún tiempo a una universidad o *junior college*, pero no se graduó de la universidad
- 6 Se graduó de la universidad o hizo estudios de postgrado
- 7 No sé

71. ¿Qué idioma habla en casa por lo regular? 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: _____)

72. A. ¿En qué país nació usted?

- 1 Estados Unidos → **Pase a la pregunta 73**
- 2 Otro país (¿Qué país?): _____

B. ¿En qué año empezó a vivir en los Estados Unidos? _____

73. En general, durante su vida hasta ahora, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido preocupada por la posibilidad de que la traten o juzguen de manera injusta debido a su raza o grupo étnico?

- 1 Con mucha frecuencia
- 2 Con algo de frecuencia
- 3 Con poca frecuencia
- 4 Nunca

Ahora, tenemos solamente algunas preguntas más. Estas son sobre alimentos o asuntos de dinero durante su embarazo.

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y díganos si, durante su embarazo del bebé que acaba de nacer, lo que se dice fue cierto **CON FRECUENCIA, A VECES o NUNCA**.

74. A. "La comida que compraba no me alcanzaba y no tenía dinero para comprar más." Durante su último embarazo, ¿fue eso cierto con frecuencia, a veces o nunca?

- 1 Con frecuencia
- 2 A veces
- 3 Nunca
- 4 No sé

B. "Yo no tenía dinero suficiente para comprar comidas balanceadas." Durante su último embarazo, ¿fue eso cierto con frecuencia, a veces o nunca?

- 1 Con frecuencia
- 2 A veces
- 3 Nunca
- 4 No sé

75. A. Durante su embarazo, ¿tuvo alguna vez que comer menos o no comer algunas veces porque no tenía dinero suficiente para comprar alimentos?

- 1 Sí
- 2 No → **Pase a la pregunta 76**
- 3 No sé → **Pase a la pregunta 76**

B. ¿Con qué frecuencia le pasó eso?

- 1 Casi todos los meses
- 2 Algunos meses pero no casi todos los meses
- 3 De 1 a 2 meses
- 4 No sé

76. Durante su embarazo, ¿tuvo alguna vez que comer menos de lo que pensaba que era suficiente porque no tenía dinero suficiente para comprar comida?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

77. Durante su embarazo, ¿se quedó alguna vez con hambre pero no comió porque no le alcanzaba el dinero para comprar comida?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

78. Durante su embarazo, ¿recibió usted estampillas de comida (*food stamps* o beneficios de *CalFresh*)?

- 1 Sí
- 2 No

79. Recibió usted ayuda de WIC en cualquier momento durante su último embarazo? (WIC es el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños.)

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 82**
2 No

80. ¿Por qué no recibió usted ayuda de WIC durante su embarazo?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- 1 Nunca oí hablar de WIC
2 No pensaba que tendría derecho a WIC
3 No necesitaba la ayuda de WIC
4 No podía ir a WIC cuando estaban abiertos
5 No podía comunicarme con ellos por teléfono
6 Era demasiado difícil solicitar ayuda de WIC
7 Yo recibía WIC antes pero no me gustaba
8 No quería usar los cheques de WIC para hacer compras
9 Otro (**Por favor, díganos:** _____
_____)

81. Después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido usted o su bebé ayuda de WIC?

- 1 Sí
2 No → **Pase a la pregunta 83 en la página siguiente**

82. ¿Qué beneficios le ha gustado obtener del programa WIC? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

- 1 Apoyo para dar pecho a mi bebé
2 Ayuda para obtener una bomba de leche materna
3 Cheques de WIC para comprar fórmula de bebé
4 Cheques de WIC para comprar comida
5 Información sobre salud y nutrición
6 Información sobre la manera de obtener servicios de salud para mi familia
7 Información sobre programas comunitarios que puedan ayudar a mi familia
8 Otro (**Por favor, díganos:** _____
_____)

83. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en 2013 **antes de pagar impuestos**? Por favor, marque en el cuadro de abajo las sumas que incluyan todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2013) y los de sus hijos.

Por favor, incluya todos sus ingresos, incluyendo el empleo, bienestar social (*welfare*), Seguro de Incapacidad (*disability*), Seguro de Desempleo, pagos para la manutención infantil (*child support*), intereses, dividendos y ayuda recibida de familiares.

PARA EL AÑO 2013		
1 <input type="checkbox"/>	\$0	a \$16,000
2 <input type="checkbox"/>	\$16,001	a \$20,000
3 <input type="checkbox"/>	\$20,001	a \$24,000
4 <input type="checkbox"/>	\$24,001	a \$28,000
5 <input type="checkbox"/>	\$28,001	a \$31,000
6 <input type="checkbox"/>	\$31,001	a \$36,000
7 <input type="checkbox"/>	\$36,001	a \$39,000
8 <input type="checkbox"/>	\$39,001	a \$47,000
9 <input type="checkbox"/>	\$47,001	a \$55,000
10 <input type="checkbox"/>	\$55,001	a \$59,000
11 <input type="checkbox"/>	\$59,001	a \$63,000
12 <input type="checkbox"/>	\$63,001	a \$71,000
13 <input type="checkbox"/>	\$71,001	a \$78,000
14 <input type="checkbox"/>	\$78,001	a \$83,000
15 <input type="checkbox"/>	\$83,001	a \$94,000
16 <input type="checkbox"/>	\$94,001	a \$107,000
17 <input type="checkbox"/>	\$107,001	a \$110,000
18 <input type="checkbox"/>	\$110,001	a \$126,000
19 <input type="checkbox"/>	\$126,001	a \$142,000
20 <input type="checkbox"/>	\$142,001	o más

84. Si no puede elegir una de las categorías anteriores, por favor, díganos cuál fue el promedio de sus ingresos familiares mensuales en 2013 antes de pagar impuestos.

\$ _____ por mes

85. Pensando en 2013—antes de que su nuevo bebé naciera—¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

_____ número total de personas

86. Generalmente, durante su embarazo, ¿qué tan difícil fue para usted y su familia vivir con los ingresos que recibían?

- 1 Muy difícil
- 2 Algo difícil
- 3 No muy difícil
- 4 Nada difícil

87. En términos generales, ¿cómo fue la experiencia de su embarazo? **Marque la respuesta más apropiada.**

- 1 Uno de los períodos más felices de mi vida
- 2 Un período feliz sin muchos problemas
- 3 Un período algo difícil
- 4 Un período muy difícil
- 5 Uno de los períodos más difíciles de mi vida

Gracias por haber dedicado su tiempo para ayudar a mejorar la salud materna e infantil. Sabemos que usted está muy ocupada en estos momentos. Recuerde, por favor, que sus respuestas son confidenciales.

Por favor utilice el espacio de abajo para compartir con nosotros cualquier otro comentario que usted tenga sobre como mejorar la salud de las madres y niños en California. ¡Esperamos con interés sus comentarios!

¡Gracias por responder a estas preguntas!

88. Nos gustaría enviarle una tarjeta de regalo como agradecimiento por su ayuda a este importante estudio. Con el fin de estar seguros que nuestra información es correcta y que la tarjeta de regalo le llegue, por favor incluya su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. ____

_____ Ciudad Estado Código Postal

Indique por favor la tarjeta de regalo que desearía recibir: ¹ Target ² CVS/pharmacy

Marque este cuadro solamente si no desea participar en la rifa de \$250.

Por favor, no deseo participar en la rifa de \$250.

89. Esperamos realizar otro estudio cuando su bebé tenga más edad. Al igual que en el presente estudio, su participación en cualquier estudio futuro será completamente voluntaria. (Aunque usted responda que sí en este momento, podrá decidir no participar más adelante.)

A. Si realizamos otro estudio en el futuro, ¿podríamos ponernos en comunicación con usted? Nosotros utilizaremos la dirección que usted indique arriba y la información para comunicarnos con usted que usted indique a continuación.

¹ Sí

² No

La información que se incluye a continuación sólo tiene el objetivo de poder comunicarnos con usted para nuestro próximo estudio.

B. ¿Cuál es el número de teléfono de su hogar?

(_____) _____

¹ No tengo teléfono fijo en casa

C. ¿Cuál es el número de su teléfono celular?

(_____) _____

¹ No tengo teléfono celular

D. ¿Cuál es el número de teléfono de su trabajo?

(_____) _____

⁰ No tengo un número de teléfono de trabajo

E. ¿Cuál es su dirección de e-mail?

_____ @ _____

Esta página será separada cuando recibamos esta encuesta

F. En caso de que se mudara o nos fuera imposible comunicarnos con usted, por favor, denos el nombre, la dirección y el número de teléfono de dos personas que no vivan con usted y que siempre puedan localizarla.

Persona #1:

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. _____

_____ Ciudad Estado Código Postal

Número telefónico: (_____) _____

¿Cuál es su relación o parentesco con esta persona?

Persona #2:

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. _____

_____ Ciudad Estado Código Postal

Número telefónico: (_____) _____

¿Cuál es su relación o parentesco con esta persona?

Esta página será separada cuando recibamos esta encuesta

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

Ahora, por favor envíenos este cuestionario por correo en el sobre que incluimos.
No necesita estampillas o timbres postales.