

**Post-Partum Women's Health Survey
 – Questionnaire –**

GENERAL HEALTH SECTION (Past 2 years)

Las primeras preguntas son sobre su salud durante los dos años pasados.

1. Durante los dos años pasados ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas de salud? (**READ ITEMS IN RANDOM ORDER, ASKING:**) ¿Tuvo usted (ITEM) en cualquier momento durante los dos años pasados?

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>REF</u> |
|---|------------|-----------|-----------|------------|
| () a. alta presión, hipertensión, pre-eclampsia (E-CLAMP-SEE-AH) o toxemia (TOX-E-ME-AH) | 1 | 2 | DK | REF |
| () b. diabetes (DIE-AH-BE-TEES) o alta azúcar en la sangre | 1 | 2 | DK | REF |
| () c. problemas con los dientes o las encías | 1 | 2 | DK | REF |

IF YES TO ANY, IMMEDIATELY FOLLOW UP BY ASKING:

2(a-c). ¿Tuvo usted éste problema anteriormente, durante o después de su embarazo de (NAME) o tuvo usted éste problema durante todo el periodo? (ANSWER CAN BE A MULTIPLE)	BEFORE	1
	DURING.....	2
	AFTER.....	3
	THROUGHOUT.....	4
	DON'T KNOW	DK
REFUSED	REF	
3 (a-c). ¿Recibió atención para éste padecimiento por parte de un (doctor) (dentista)?	YES.....	1
	NO	2
	DON'T KNOW	DK
	REFUSED	REF

4. ¿Alguna de las cosas a continuación le pasaron a usted durante los dos años pasados? (**READ ITEMS IN RANDOM ORDER, ASKING:**) ¿Le pasó esto a usted durante los dos años pasados?

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>REF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|------------|
| () a. Un miembro cercano de la familia estuvo muy enfermo y tuvo que ser hospitalizado..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () b. Se separó o divorció de su pareja. | 1 | 2 | DK | REF |
| () c. Se cambió de dirección. | 1 | 2 | DK | REF |
| () d. Usted fue vagabundo; es decir, ha tenido que dormir afuera, en un carro o en un refugio para vagabundos. | 1 | 2 | DK | REF |
| () e. Su esposo o pareja perdió el trabajo..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () f. Usted perdió su trabajo aún que quería seguir trabajando..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () g. Usted discutió con su pareja más de lo usual..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () i. Tenía muchos cobros que no pudo pagar..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () j. Peleó físicamente con alguien | 1 | 2 | DK | REF |
| () k. Usted o su pareja estuvieron en la cárcel..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () l. Usted o alguien cercano a usted tuvo un problema grave con la bebida o las drogas | 1 | 2 | DK | REF |
| () m. Alguien cercano a usted murió | 1 | 2 | DK | REF |

IF YES TO ANY, IMMEDIATELY FOLLOW UP BY ASKING:

5 (a-m). ¿Le pasó esto a usted antes, durante o después de su embarazo de (<u>NAME</u>)? (ANSWER CAN BE A MULTIPLE)	BEFORE1
	DURING.....2
	AFTER.....3
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

PRE-PREGNANCY SECTION

Piense en el tiempo antes de que (NAME) fuera concebido y usted no estaba embarazada aún.

A. Health insurance, health, exercise, health conditions

6a. Antes de su embarazo de (<u>NAME</u>), tenía seguro médico o cualquier otro tipo de plan de cuidado de salud? (IF NECESSARY, SAY:) Esto incluye seguro médico obtenido a través de el empleo de usted o de su esposo, un plan que usted compro independientemente o a través de Medi-cal?	YES, INSURED1
	NO, NOT INSURED2
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

IF YES OR DON'T KNOW, ASK:

6b. ¿Estaba su fuente principal de seguro médico cubierta a través del empleo de usted o de su esposo, a través de una póliza que usted o su esposo compraron independientemente o a través de Medi-cal?	YOUR/SPOUSE'S EMPLOYER1
	POLICY BOUGHT INDEPENDENTLY.....2
	MEDI-CAL/MEDICAID3
	OTHER4
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

7. ¿Diría usted que en general, su salud antes de quedar embarazada de (<u>NAME</u>) era excelente, muy buena, buena, regular o mala?	EXCELLENT1
	VERY GOOD2
	GOOD3
	FAIR4
	POOR.....5
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

8. Piense que tan activa era usted antes de quedar embarazada de (<u>NAME</u>). En ese tiempo ¿qué tan seguido hizo ejercicio durante 30 minutos o mas, como caminar por ejercicio, nadar, ciclismo, bailar, o trabajar en el jardín? ¿Lo hizo durante 5 días o mas , de uno a cuatro días a la semana , menos de una vez a al semana o nunca?	5 OR MORE DAYS PER WEEK1
	1-4 DAYS PER WEEK2
	LESS THAN ONCE PER WEEK3
	NEVER4
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

B. Depression/stress

9. Antes de estar embarazada de (<u>NAME</u>), ¿existió un tiempo en que se sintió triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día, por un periodo de dos semanas o mas?	YES.....1
	NO2
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

10. Antes de su embarazo de (<u>NAME</u>), ¿existió un tiempo en que perdió interés en la mayoría de las cosas que usualmente disfrutaba hacer, como trabajar, pasatiempos o relaciones personales, por un periodo de dos semanas o mas?	YES.....1
	NO2
	DON'T KNOW DK
	REFUSEDREF

C. Smoking and alcohol

11. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de (NAME), ¿aproximadamente cuántos cigarros fumó en un día promedio ó usted nunca fumó cigarrillos? Solo un estimado. (NOTE: ONE PACK USUALLY EQUALS 20 CIGARETTES)
- _____ CIGARETTES PER DAY
- NEVER SMOKED 99
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
12. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de (NAME), ¿alguien más en su hogar fumó cigarros en su casa?
- YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
- 13a. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de (NAME), ¿qué tan seguido tomó bebidas alcohólicas, como cerveza, vino o licor – nunca, menos de una vez a la semana, de 1 a 4 días a la semana o 5 días o mas a la semana?
- NEVER1
 LESS THAN ONCE A WEEK.....2
 1-4 DAYS PER WEEK3
 5 OR MORE DAYS PER WEEK4
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

IF DRANK ANY ALCOHOLIC BEVERAGES, ASK:

- 13b. En los días que tomó alcohol durante el periodo de los 3 meses antes de quedar embarazada de (NAME), ¿cuántas bebidas en promedio tomó cada vez? Solo un estimado.
- _____ DRINKS EACH TIME
- DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
14. Durante los 3 mese antes de quedar embarazada de (NAME), ¿cuántas veces tomó 4 o mas bebidas alcohólicas en la misma ocasión –una vez o dos, de 3 a 5 veces, seis veces o mas, o nunca?
- ONCE OR TWICE1
 3-5 TIMES2
 6 OR MORE TIMES3
 NEVER4
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

D. Multivitamins/folic acid

15. Durante el mes antes de quedar embarazada de (NAME), ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitaminas con ácido fólico – nunca, de vez en cuando, de 1 a 3 veces a la semana, de 4 a 6 veces al a semana o cada día de la semana?
- NEVER1
 ONCE IN A WHILE2
 1-3 TIMES PER WEEK3
 4-6 TIMES PER WEEK4
 EVERY DAY OF THE WEEK5
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

E. Pre-pregnancy weight

16. En el mes antes de quedar embarazada de (NAME), ¿cuánto pesaba sin zapatos?
- _____ POUNDS
- DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

F. Family planning

Algunas de las siguientes preguntas son bastante personales. Por favor recuerde que sus respuestas son completamente confidenciales.

17. En el mes que quedó embarazada, ¿qué tan seguido estaba usando anticonceptivos o practicando algún método de control de la natalidad – siempre, algunas veces, ocasionalmente o nunca?
- ALWAYS1
 SOMETIMES2
 OCCASIONALLY3
 NEVER4
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

- | | | |
|-----|---|--|
| 18. | En términos de convertirse en mamá, ¿piensa usted que su embarazo de (<u>NAME</u>) pasó en el momento correcto, en el momento incorrecto o estuvo bien aun que no en el momento adecuado? | RIGHT TIME1
WRONG TIME.....2
OK BUT NOT QUITE RIGHT3
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF |
| 19. | Justo antes de quedar embarazada de (<u>NAME</u>), ¿diría usted que su intención era quedar embarazada, no quedar embarazada, o sus intenciones sobre el embarazo cambiaban constantemente? | INTENDED TO GET PREGNANT1
DID NOT INTEND TO GET PREGNANT2
INTENTIONS KEPT CHANGING3
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF |

PREGNANCY SECTION

El siguiente grupo de preguntas son sobre el tiempo durante su embarazo de (NAME).

A. Health insurance, health, exercise, health conditions

- | | | |
|------|---|---|
| 20a. | Durante su embarazo de (<u>NAME</u>), ¿estaba usted cubierta por un seguro médico o cualquier otro tipo de plan de cuidados de salud? (IF NECESSARY, SAY:) Esto incluye seguro médico obtenido a través del empleo de usted o de su esposo, un plan que usted compró independientemente o a través de Medi-cal? | YES, INSURED 1
NO, NOT INSURED 2
DON'T KNOW DK
REFUSED REF |
|------|---|---|

IF YES OR DON'T KNOW, ASK:

- | | | |
|------|---|---|
| 20b. | ¿Estaba su fuente principal de seguro médico cubierta a través de el empleo de su esposo, a través de una póliza que usted o su esposo compraron independientemente o a través de Medi-cal? | YOUR/SPOUSE'S EMPLOYER1
POLICY BOUGHT INDEPENDENTLY.....2
MEDI-CAL/MEDICAID3
OTHER4
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF |
|------|---|---|

- | | | |
|-----|--|---|
| 21. | ¿Diría usted que en general, su salud durante su embarazo de (<u>NAME</u>) fue excelente, muy buena, buena, regular o mala? | EXCELLENT1
VERY GOOD2
GOOD3
FAIR4
POOR.....5
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF |
| 22. | Piense que tan activa era usted durante su embarazo de (<u>NAME</u>). En ese tiempo, ¿qué tan seguido hizo ejercicio durante 30 minutos o más, como caminar por ejercicio, nadar, ciclismo, bailar, o trabajar en el jardín?
¿Lo hizo usted 5 días o mas a la semana, de uno a cuatro días a la semana, menos de una vez a la semana o nunca? | 5 OR MORE DAYS PER WEEK1
1-4 DAYS PER WEEK2
LESS THAN ONCE PER WEEK3
NEVER4
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF |
| 23. | ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando fue a su primera visita de cuidado prenatal con un doctor o un proveedor del cuidado de salud? | _____ WEEKS
_____ MONTHS
DIDN'T HAVE ANY PRENATAL CARE 999
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF |

24. Voy a leer una lista de problemas de salud y por favor dígame si tuvo alguno de ellos durante su embarazo de (NAME). (READ ITEMS IN RANDOM ORDER, ASKING:) ¿(ITEM) durante su embarazo de (NAME)?
- YES NO DK REF
- () a. sus membranas o la fuente se rompió mas de 3 semanas antes de la fecha de parto de (NAME) 1... 2 ...DK REF
- () b. su cerviz tuvo que coserse para cerrarlo 1... 2 ...DK REF
- () c. tuvo problemas con la placenta, tales como placenta previa..... 1... 2 ...DK REF
- () d. tuvo bacteria vaginal 1... 2 ...DK REF
25. ¿Fue hospitalizada durante su embarazo, mas de tres semanas antes de la fecha de parto de (NAME)por cualquier razón relacionada con el embarazo?
- YES.....1
NO2
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF

B. Depression/stress

26. Durante su embarazo de (NAME), ¿existió un tiempo en que se sintió triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día, por un periodo de dos semanas o mas?
- YES.....1
NO2
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF
27. Durante su embarazo de (NAME), ¿existió un tiempo en que perdió interés en la mayoría de las cosas que usualmente disfrutaba hacer, como trabajar, pasatiempos o relaciones personales, por un periodo de dos semanas o mas?
- YES.....1
NO2
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF

C. Smoking and alcohol

28. Durante su embarazo de (NAME) ¿aproximadamente cuántos cigarros fumó usted en un día promedio? Solo un estimado (NOTE: ONE PACK USUALLY EQUALS 20 CIGARETTES)
- _____ CIGARETTES PER DAY
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF
29. Durante su embarazo de (NAME)¿alguien mas en su hogar fumó cigarros en su casa?
- YES.....1
NO2
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF
- 30a. Durante su embarazo de (NAME), ¿qué tan seguido tomó bebidas alcohólicas, como cerveza, vino o licor – nunca, menos de una vez a la semana, de 1 a 4 días a la semana o 5 días o más a la semana?
- NEVER1
LESS THAN ONCE A WEEK2
1-4 DAYS PER WEEK3
5 OR MORE DAYS PER WEEK4
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF

IF DRINK ANY ALCOHOLIC BEVERAGES, ASK:

- 30b. En los días que usted tomó alcohol en éste periodo, ¿cuántas bebidas en promedio tomó cada vez? Solo un estimado
- _____ DRINKS EACH TIME
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF
31. Durante su embarazo de (NAME), ¿cuántas veces tomó 4 o mas bebidas alcohólicas en la misma ocasión – una vez o dos, de 3 a 5 veces, 6 veces o mas o nunca?
- ONCE OR TWICE1
3-5 TIMES2
6 OR MORE TIMES3
NEVER4
DON'T KNOW DK
REFUSEDREF

D. Multivitamins/folic acid

32. Durante su embarazo de (NAME), ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitamina con ácido fólico – nunca, de vez en cuando, de 1 a 3 veces a la semana, de 4 a 6 veces a la semana o cada día de la semana?
- | | |
|-------------------------------|-----|
| I DID NOT TAKE VITAMINS | 1 |
| ONCE IN A WHILE | 2 |
| 1-3 TIMES PER WEEK | 3 |
| 4-6 TIMES PER WEEK | 4 |
| EVERY DAY OF THE WEEK | 5 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |

IF Q32 NOT NEVER AND Q15 = NEVER, ASK:

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| 32b. Durante que mes de su embarazo usted comenzó o tomar vitaminas múltiples o vitaminas con ácido fólico? | FIRST..... | 1 |
| | SECOND | 2 |
| | THIRD | 3 |
| | FOURTH..... | 4 |
| | FIFTH..... | 5 |
| | SIXTH | 6 |
| | SEVENTH | 7 |
| | EIGHTH..... | 8 |
| | NINTH | 9 |
| | DON'T KNOW..... | DK |
| | REFUSED..... | REF |

E. Pre-term labor signs

33. Durante su embarazo de (NAME), ¿alguien alguna vez habló con usted sobre cuales eran los síntomas de un parto antes de tiempo? (**IF NECESSARY, SAY:** Esto es cuando una mujer entra en labor de parto mas de 3 semanas antes)
- | | |
|------------------|-----|
| YES..... | 1 |
| NO | 2 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |

IF YES, ASK:

- | | | |
|---|---|-----|
| 34. ¿De cuál de las siguientes fuentes escuchó sobre los síntomas de parto antes de tiempo... (READ CATEGORIES IN RANDOM ORDER)? (ANSWER CAN BE A MULTIPLE) | () un doctor o proveedor del cuidado de salud..... | 1 |
| | () un amigo o miembro de la familia | 2 |
| | () alguien de WIC | 3 |
| | de alguna otra fuente..... | 4 |
| | DON'T KNOW | DK |
| | REFUSED | REF |
- READ LAST →**

F. Weight

35. Al final de su embarazo, y justo antes de dar a luz a (NAME), ¿cuánto pesaba sin zapatos usted?
- _____ POUNDS
- | | |
|------------------|-----|
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |
36. Esto significa que usted aumentó alrededor de (DIFFERENCE BETWEEN ANSWER FROM Q35 AND Q16) durante su embarazo de (NAME).
- | | |
|-----------------------|-----|
| YES, CORRECT..... | 1 |
| NO, NOT CORRECT | 2 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |

- IF NOT CORRECT, RE-ASK Q16 AND Q35.

G. Work/school

37. Durante su embarazo de (NAME) ¿estaba usted trabajando por un sueldo de tiempo completo o medio tiempo fuera de la casa? (IF YES:) ¿Fue tiempo completo o medio tiempo?
- | | |
|----------------------|-----|
| YES, FULL-TIME | 1 |
| YES, PART-TIME..... | 2 |
| NO | 3 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |

IF YES, ASK:

38.	¿Cuántas semanas o meses antes de que (<u>NAME</u>) naciera dejó usted de trabajar?	_____ WEEKS _____ MONTHS CONTINUED WORKING..... 999 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	---	--

39.	Durante su embarazo de (<u>NAME</u>) ¿estaba usted yendo a la escuela, ya sea tiempo completo o medio tiempo o tomando clases ocasionalmente? (IF YES:) ¿Fue tiempo completo o medio tiempo?	YES, FULL-TIME1 YES, PART-TIME.....2 NO3 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	--	---

IF YES, ASK:

40.	¿Cuántas semanas o meses antes de que (<u>NAME</u>) naciera ¿dejo de ir a la escuela?	_____ WEEKS _____ MONTHS CONTINUED SCHOOL..... 999 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	---	---

POST-PARTUM SECTION

Las siguientes preguntas son sobre el tiempo desde que (NAME) nació.

A. Health insurance, health, exercise, health conditions

41a.	¿Esta usted actualmente cubierta por un seguro médico o cualquier otro tipo de plan de cuidados de salud? (IF NECESSARY, SAY:) Esto incluye seguro médico obtenido a través del empleo de usted o de su esposo, un plan que usted compró independientemente o a través de Medi-cal?	YES, INSURED1 NO, NOT INSURED2 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
------	---	--

IF YES OR DON'T KNOW, ASK:

41b.	¿Está su fuente principal de seguro médico cubierta a través de el empleo de su esposo, a través de una póliza que usted o su esposo compraron independientemente o a través de Medi-cal?	YOUR/SPOUSE'S EMPLOYER1 POLICY BOUGHT INDEPENDENTLY.....2 MEDI-CAL/MEDICAID3 OTHER4 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
------	---	---

42.	Diría usted que en general su salud desde que (<u>NAME</u>) nació ha sido excelente, muy buena, buena, regular o mala?	EXCELLENT1 VERY GOOD2 GOOD3 FAIR4 POOR.....5 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	--	---

43.	Piense que tan activa ha sido desde que (<u>NAME</u>) nació. ¿Actualmente qué tan seguido hace ejercicio durante 30 minutos o mas, como caminar por ejercicio, nadar, ciclismo, bailar o trabajar en el jardín. ¿Diría usted que lo hace 5 días o mas a la semana, de uno a cuatro días a la semana, menos de una vez a la semana o nunca?	5 OR MORE DAYS PER WEEK1 1-4 DAYS PER WEEK2 LESS THAN ONCE PER WEEK3 NEVER4 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	--	---

B. Postpartum checkup

45. Y desde que (NAME) nació, fue usted a un doctor o clínica para una revisión post parto? YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

IF NO TO Q45, ASK:

46. Voy a leer algunas razones por las cuales las mujeres no siempre van a ver al doctor para una revisión post parto. De cada una por favor dígame si aplica a usted. (READ ITEMS IN RANDOM ORDER, ASKING:) ¿Aplica a usted?
- | | YES | NO | DK | REF |
|---|-----|----|----|-----|
| () a. No sabía que necesitaba una revisión | 1 | 2 | DK | REF |
| () b. No tenía dinero suficiente o seguro para pagar por una revisión..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () c. Estaba muy ocupada..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () d. No era tan importante para mi | 1 | 2 | DK | REF |
| () e. Mi salud estaba bien no creí que necesitaba ver a un doctor | 1 | 2 | DK | REF |
47. Desde que (NAME) nació, ¿el doctor o la enfermera hablaron con usted sobre alguno de los siguientes? (READ ITEMS IN RANDOM ORDER, ASKING:) ¿El doctor o la enfermera hablaron con usted sobre esto?
- | | YES | NO | DK | REF |
|---|-----|----|----|-----|
| () a. usar anticonceptivos..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () b. esperar un poco antes de quedar embarazada otra vez | 1 | 2 | DK | REF |
| () c. las posibilidades de tener un bebé prematuro en un futuro embarazo | 1 | 2 | DK | REF |
| () d. pérdida de peso | 1 | 2 | DK | REF |
| () e. cuidar su azúcar en la sangre | 1 | 2 | DK | REF |
| () f. cuidar de su presión | 1 | 2 | DK | REF |
| () g. estrés o depresión | 1 | 2 | DK | REF |

IF YES TO 45, ASK:

48. ¿Qué tan útil fue esta revisión post parto para usted – muy útil, de alguna manera útil, no muy útil o no útil en lo absoluto?
- | | |
|-------------------------|-----|
| VERY HELPFUL | 1 |
| SOMEWHAT HELPFUL | 2 |
| NOT TOO HELPFUL | 3 |
| NOT AT ALL HELPFUL..... | 4 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |
49. Durante la revisión, ¿el su doctor o la enfermera hablaron con usted sobre alguno de los siguientes? (READ ITEMS IN RANDOM ORDER, ASKING:) ¿Su doctor o la enfermera hablaron con usted sobre esto?
- | | YES | NO | DK | REF |
|---|-----|----|----|-----|
| () a. usar anticonceptivos..... | 1 | 2 | DK | REF |
| () b. esperar un poco antes de quedar embarazada otra vez | 1 | 2 | DK | REF |
| () c. las posibilidades de tener un bebé prematuro en un futuro embarazo | 1 | 2 | DK | REF |
| () d. pérdida de peso | 1 | 2 | DK | REF |
| () e. cuidar su azúcar en la sangre | 1 | 2 | DK | REF |
| () f. cuidar de su presión | 1 | 2 | DK | REF |
| () g. estrés o depresión | 1 | 2 | DK | REF |

C. Depression/stress

50. Desde que (NAME) nació, ¿existió un tiempo en que se sintió triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día, por un periodo de dos semanas o más?
- YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
51. Desde que (NAME) nació, ¿existió un tiempo en que perdió interés en la mayoría de las cosas que usualmente disfrutaba hacer, como trabajar, pasatiempos o relaciones personales, por un periodo de dos semanas o más?
- YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

D. Smoking and alcohol

61. Desde que (NAME) nació, ¿aproximadamente cuántos cigarros fuma en un día promedio? Solo un estimado. (NOTE: ONE PACK USUALLY EQUALS 20 CIGARETTES)
- _____ CIGARETTES PER DAY
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
62. Desde que (NAME) nació, ¿alguien más en su hogar fuma cigarros en su casa?
- YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
- 63a. Desde que (NAME) nació, ¿qué tan seguido toma bebidas alcohólicas? como cerveza, vino o licor – nunca, menos de una vez a la semana, de 1 a 4 días a la semana o 5 días o más a la semana?
- NEVER1
 LESS THAN ONCE A WEEK.....2
 1-4 DAYS PER WEEK3
 5 OR MORE DAYS PER WEEK4
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

IF ANY ALCOHOLIC BEVERAGES, ASK:

- 63b. En los días que ha tomado alcohol, desde que (NAME) nació, ¿cuántas bebidas en promedio toma cada vez? Solo un estimado.
- _____ DRINKS EACH TIME
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
64. Desde que (NAME) nació, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión -- una vez o dos, de 3 a 5 veces, 6 veces o mas, o nunca?
- ONCE OR TWICE1
 3-5 TIMES2
 6 OR MORE TIMES3
 NEVER4
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

E. Infant information

65. ¿Cuánto pesó (NAME) al nacer?
- _____ POUNDS
 _____ ONZAS
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
66. ¿Nació (NAME) mas de 3 semanas antes de su fecha de parto?
- YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

IF YES, ASK:

67.	¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted cuando nació (<u>NAME</u>)?	_____ WEEKS (RANGE: 22-42 WEEKS) DON'T KNOW DK REFUSEDREF
68.	¿Fue cesárea con (<u>NAME</u>)?	YES.....1 NO2 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
69.	En general, ¿diría usted que la salud de (<u>NAME</u>) es excelente, muy buena, buena, regular o mala?	EXCELLENT1 VERY GOOD2 GOOD3 FAIR4 POOR.....5 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
70.	¿De qué manera está usted actualmente alimentando a (<u>NAME</u>)? ¿Está amamantando únicamente, usando fórmula únicamente o dando los dos fórmula y amamantando?	BREASTFEEDING ONLY1 FORMULA ONLY2 BOTH FORMULA AND BREASTFEEDING3 DON'T KNOW DK REFUSEDREF

IF FORMULA ONLY, ASK:

71.	¿Aguná vez amamantó o le dió leche materna a (<u>NAME</u>)?	YES.....1 NO2 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	---	---

IF YES, ASK:

72.	¿Por cuánto tiempo amamantó o dio leche materna a (<u>NAME</u>) antes de que dejara de hacerlo? (READ CATEGORIES IF NECESSARY)	LESS THAN 1 WEEK1 LESS THAN 1 MONTH.....2 1 MONTH3 2 MONTHS4 3 MONTHS5 4 MONTHS6 5 MONTHS7 6 MONTHS8 7 MONTHS9 8 MONTHS 10 9 MONTHS11 10 MONTHS 12 11 MONTHS..... 13 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	--	---

F. Pregnancy prevention

73.	¿Está planeando quedar embarazada dentro de los siguientes 3 meses?	YES..... 1 (SKIP TO Q77) NO 2 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
-----	---	---

} CONTINUE

G. Family planning

El siguiente grupo de preguntas son sobre planificación familiar.

74. En éste momento ¿sus trompas están ligadas o su esposo o pareja se realizó la vasectomía para prevenir otro embarazo?
- | | |
|------------------|-----------------|
| YES..... | 1 (SKIP TO Q77) |
| NO | 2 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |
- } CONTINUE
75. ¿Cuál de los siguientes describe mejor lo que usted está haciendo ahora en relación a anticonceptivos?
- | | |
|---|------------------|
| 1. Usted no está usando ningún anticonceptivo..... | 1- (SKIP TO Q77) |
| 2. Usted está usando anticonceptivos pero no todo el tiempo..... | 2 |
| 3. Usted está usando anticonceptivos pero sabe que ese método le falló por lo menos una vez | 3 |
| 4. Usted está usando anticonceptivos siempre. | 4 |
| DON'T KNOW..... | DK |
| REFUSED | REF |
- } (CONTINUE)
76. ¿Qué tan segura está de que su método anticonceptivo le evitará un embarazo – muy segura, de alguna manera segura, no muy segura, insegura?
- | | |
|-----------------------|-----|
| VERY SURE | 1 |
| SOMEWHAT SURE..... | 2 |
| NOT TOO SURE..... | 3 |
| NOT AT ALL SURE | 4 |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |

H. Folic acid and multivitamin use

77. En los 7 días pasados ¿cuántos días tomó multivitaminas o vitaminas con ácido fólico?
- | | |
|------------------|-----|
| _____ DAYS (0-7) | |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |

I. Pregnancy and birth history

Las siguientes preguntas son sobre todos sus embarazos y sus hijos.

78. ¿Cuántas veces en total ha estado embarazada? Por favor incluya perdidas, abortos o nacimientos.
- | | |
|------------------|-----|
| _____ | |
| DON'T KNOW | DK |
| REFUSED | REF |
- 79a. ¿En algún momento usted perdió o terminó un embarazo?
- | | |
|---------------|-----|
| YES..... | 1 |
| NO | 2 |
| REFUSED | REF |

IF YES, ASK:

79b. ¿Cuántas veces usted perdió o terminó un embarazo?

_____ DON'T KNOW DK
 _____ REFUSEDREF

IF 1 OR MORE, ASK:

79c1. ¿Cuál fue la fecha aproximada de el embarazo que usted perdió o terminó?

79c2. ¿Cuales fueron los meses y años aproximados de cada uno de los embarazos que usted perdió o terminó, (IF MORE THAN ONE:) empiece con el más reciente? (AFTER EACH IS READ, ASK:)
 (CONTINUE FOR ALL LOSSES CITED IN Q79b)

	<u>#1</u>	<u>#2</u>	<u>#3</u>	<u>#4</u>	<u>#5</u>	<u>#6</u>	<u>#7</u>	<u>#8</u>
<u>MONTH OF LOSS</u>								
JANUARY	1	1	1	1	1	1	1	1
FEBRUARY	2	2	2	2	2	2	2	2
MARCH	3	3	3	3	3	3	3	3
APRIL	4	4	4	4	4	4	4	4
MAY	5	5	5	5	5	5	5	5
JUNE	6	6	6	6	6	6	6	6
JULY	7	7	7	7	7	7	7	7
AUGUST	8	8	8	8	8	8	8	8
SEPTEMBER	9	9	9	9	9	9	9	9
OCTOBER	10	10	10	10	10	10	10	10
NOVEMBER	11	11	11	11	11	11	11	11
DECEMBER	12	12	12	12	12	12	12	12
<u>YEAR OF LOSS</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DON'T KNOW	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK
REFUSED	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF

79d. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando éste embarazo terminó?

_____ DON'T KNOW DK DK DK DK DK DK DK DK
 _____ REFUSED REF REF REF REF REF REF REF

80a. ¿Dio a luz a algún niño que ya no vive?

YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

IF YES, ASK:

80b. ¿Cuántos de sus hijos han muerto?

_____ DON'T KNOW DK
 _____ REFUSEDREF

80c1. Lo siento mucho... ¿Por favor dígame cual fue la fecha de nacimiento de su hijo o hija que ha muerto?

80c2. Lo siento mucho... ¿Puede usted por favor decirme las fechas de nacimiento de cada uno de los niños que dio a luz que ya no viven? (AFTER EACH IS READ, ASK:) ¿Hay algún otro?
(CONTINUE FOR ALL CHILDREN CITED IN Q80b)

	<u>#1</u>	<u>#2</u>	<u>#3</u>	<u>#4</u>	<u>#5</u>	<u>#6</u>	<u>#7</u>	<u>#8</u>
<u>MONTH OF BIRTH</u>								
JANUARY	1	1	1	1	1	1	1	1
FEBRUARY	2	2	2	2	2	2	2	2
MARCH	3	3	3	3	3	3	3	3
APRIL	4	4	4	4	4	4	4	4
MAY	5	5	5	5	5	5	5	5
JUNE	6	6	6	6	6	6	6	6
JULY	7	7	7	7	7	7	7	7
AUGUST	8	8	8	8	8	8	8	8
SEPTEMBER	9	9	9	9	9	9	9	9
OCTOBER	10	10	10	10	10	10	10	10
NOVEMBER	11	11	11	11	11	11	11	11
DECEMBER	12	12	12	12	12	12	12	12
<u>YEAR OF BIRTH</u>								
DON'T KNOW	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK
REFUSED	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF

(NOTE: Q81 NOT ASKED IF Q78 = 1 AND Q79a = NO AND Q80a = NO)

Y ahora algunas preguntas sobre cualquier otro niño que usted haya dado a luz a demás de (NAME) (que aun estén vivos).

81. ¿Cuántos niños mas tiene usted (que aun estén vivos) _____ OTHER CHILDREN
 además de (NAME)? DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

IF YES, ASK:

82. ¿Cuáles son las fechas de nacimiento de (sus otros niños) (cada uno de sus otros niños empezando con el menor)? (AFTER EACH IS READ, ASK:)

83. ¿Cuánto pesó éste niño al nacer?

84. ¿Nació éste niño mas de 3 semanas antes de su fecha de parto?

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
<u>MONTH OF BIRTH</u>								
JANUARY	1	1	1	1	1	1	1	1
FEBRUARY	2	2	2	2	2	2	2	2
MARCH	3	3	3	3	3	3	3	3
APRIL	4	4	4	4	4	4	4	4
MAY	5	5	5	5	5	5	5	5
JUNE	6	6	6	6	6	6	6	6
JULY	7	7	7	7	7	7	7	7
AUGUST	8	8	8	8	8	8	8	8
SEPTEMBER	9	9	9	9	9	9	9	9
OCTOBER	10	10	10	10	10	10	10	10
NOVEMBER	11	11	11	11	11	11	11	11
DECEMBER	12	12	12	12	12	12	12	12
<u>DAY OF BIRTH</u>								
	---	---	---	---	---	---	---	---
<u>YEAR OF BIRTH</u>								
	---	---	---	---	---	---	---	---
DON'T KNOW	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK
REFUSED	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
<u>WEIGHT AT BIRTH</u>								
LBS								
	---	---	---	---	---	---	---	---
OUNCES								
	---	---	---	---	---	---	---	---
DON'T KNOW	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK
REFUSED	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
<u>BORN 3+ WEEKS EARLY?</u>								
YES	1	1	1	1	1	1	1	1
NO	2	2	2	2	2	2	2	2
DON'T KNOW	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK	DK
REFUSED	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF

• REPEAT FOR ALL OTHER CHILDREN CITED IN Q81.

J. Mom's info

85.	¿En qué mes y año nació usted?	<u>MONTH OF BIRTH</u> JANUARY1 FEBRUARY2 MARCH3 APRIL4 MAY5 JUNE6 JULY7 AUGUST8 SEPTEMBER9 OCTOBER 10 NOVEMBER 11 DECEMBER 12 <u>YEAR OF BIRTH</u> (ONLY ACCEPT YEARS 1992 OR EARLIER) REFUSEDREF
86.	En este momento, ¿aproximadamente cuánto pesa sin zapatos usted?	_____ LBS DON'T KNOW DK REFUSEDREF
87.	¿Cuánto mide sin zapatos?	_____ FEET _____ INCHES DON'T KNOW DK REFUSEDREF
88.	¿Se considera pasada de peso, normal o baja de peso de acuerdo a su estatura?	OVERWEIGHT1 ABOUT NORMAL2 UNDERWEIGHT3 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
89.	¿Cuál es el nivel mas de escolaridad que usted haya completado o el título más alto que haya recibido? (IF HIGH SCHOOL, ASK:) ¿Cuál fue el grado más alto que recibió?	NO FORMAL SCHOOLING1 8TH GRADE OR LESS2 GRADES 9-12 BUT NOT A HIGH SCHOOL GRADUATE3 HIGH SCHOOL GRADUATE4 SOME COLLEGE/TRADE SCHOOL/ ASSOCIATE DEGREE5 (4-YEAR) COLLEGE GRADUATE6 POST GRADUATE/PROFESSIONAL DEGREE7 DON'T KNOW DK REFUSEDREF
90.	¿Es usted de origen hispano o latino? (IF NECESSARY, SAY: Como México – Americano, Latino Americano, Sudamericano o Hispano – Americano?	YES, HISPANIC1 NO, NON-HISPANIC2 DON'T KNOW DK REFUSEDREF

91. Para propósitos de clasificación nos gustaría saber cual es su origen racial. ¿Es usted Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, de las islas del Pacífico, Indio Americano o Nativo de Alaska, perteneciente a otra raza o una combinación de estas? (**ANSWER CAN BE A MULTIPLE**)
- WHITE1
 BLACK/AFRICAN-AMERICAN2
 ASIAN.....3
 PACIFIC ISLANDER4
 AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE5
 HISPANIC/LATINO (VOLUNTEERED).....6
 OTHER _____7
 (SPECIFY)
- DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
- 92a. ¿Nació usted en Estados Unidos de América o fuera de ellos?
- BORN IN U.S.1
 BORN OUTSIDE U.S.2
 REFUSEDREF
- IF BORN OUTSIDE U.S., ASK:**
-
- 92b. ¿En cuál país nació? (**REFER TO COUNTRY CODES AND ENTER TWO DIGIT CODE**)
-
- REFUSEDREF
- 92c. En total, cuántos años ha vivido usted en los Estados Unidos?
- _____ YEARS
- DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF
-
94. Una última pregunta. Es posible que llevemos a cabo otra encuesta de seguimiento en el futuro. ¿Le párese bien si le llamamos para entonces hacerle algunas preguntas adicionales?
- YES.....1
 NO2
 DON'T KNOW DK
 REFUSEDREF

Estas son todas mis preguntas. Muchas gracias por su tiempo y por ser parte de ésta encuesta importante.
(HANG UP)