PRAMS

Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

Encuesta acerca de su embaraza más reciente y el nacimiento de su bebé

Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION

Formulario Aprobado
OMB Nu. 0920-1273
Fecha Exp. 03/31/2026

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-31 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, GA, 30329; ATTN: PRA (0920-1273).

La recopilación de la información solicitada está autorizada bajo la Sección 301 de la Ley de Servicio de Salud Pública (42 USC 241). El brindar esta información es de manera voluntaria. Los CDC utilizarán esta información como parte del Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS). Los datos de PRAMS se utilizan para informar los esfuerzos enfocados en mejorar la salud de las madres y los bebés. La información que nos brinde se mantendrá privada y estará protegida por la Ley de Privacidad (Sistema de Registros 09-20-0136).

¿Preguntas sobre PRAMS? Por favor llame al 800-723-3638 o el correo electrónico OregonPRAMS@oha.oregon.gov.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en diferentes formatos. Para solicitar este formulario en otro formato, comuníquese con Maternal and Child Health al 1-800-723-3638 o 711 para TTY.

Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta o siga las instrucciones en cada pregunta. Es posible que se le pida saltar alguna pregunta que no le aplique o corresponda a usted.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿En qué fecha nació *usted*?

____ / ____ / _____

Mes Día Año

Pregunta Q2 omitida

3. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

- ❑ Heterosexual
- ❑ Lesbiana o gay
- ❑ Bisexual
- ❑ Prefiere autodescribirlo ➔ Por favor, díganos:

_____

4. Antes de quedar embarazada, ¿usted…? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda?	❑	❑
b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega?	❑	❑
c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras?	❑	❑
d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional?	❑	❑
e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta?	❑	❑
f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional?	❑	❑

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada.

5. Durante los *3 meses antes* de quedar embarazada de su *nuevo* bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Para cada opción, marque **No**, si no tuvo la enfermedad, o **Sí**, si la tuvo.

	No	Sí
a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**no** es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo)	❑	❑
b. Presión arterial alta o hipertensión	❑	❑
c. Depresión	❑	❑
d. Ansiedad	❑	❑

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

- ❑ No tomé multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico
- ❑ De 1 a 3 veces a la semana
- ❑ De 4 a 6 veces a la semana
- ❑ Todos los días de la semana

7. En los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Chequeo regular con un médico de familia	❑	❑
b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra	❑	❑
c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica	❑	❑
d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias	❑	❑
e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos	❑	❑
f. Visita por depresión o ansiedad	❑	❑
g. Visita para una limpieza dental	❑	❑
h. Otra opción	❑	❑

Por favor, díganos:

_____

Si <u>no</u> fue a una visita de atención médica en los <u>12 meses antes</u> de quedar embarazada, pase a la pregunta 9.

8. En alguna de las visitas médicas que tuvo en los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica <u>hizo</u> alguna de las siguientes cosas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Habló conmigo acerca de...		
a. Mi peso	❑	❑
b. Chequearme la presión arterial regularmente	❑	❑
c. Mis deseos de tener o no tener hijos	❑	❑
d. Métodos anticonceptivos	❑	❑
e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo	❑	❑
f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH	❑	❑
Me preguntó...		
g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo	❑	❑
h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente	❑	❑
i. Si me sentía deprimida o ansiosa	❑	❑

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico*.

9. Durante el <u>*mes antes*</u> de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- ❑ Medicaid
- ❑ Otro seguro médico ⟶ Por favor, díganos:

  _____
- ❑ No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

10. *Durante* su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- ❑ Medicaid
- ❑ Otro seguro médico ⟶ Por favor, díganos:

  _____
- ❑ No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- ❑ Medicaid
- ❑ Otro seguro médico ⟶ Por favor, díganos:

  _____
- ❑ No tengo ningún seguro médico *actualmente*

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

Marque UNA respuesta

- ❑ Quería quedar embarazada más adelante
- ❑ Hubiera querido quedar embarazada antes
- ❑ Quería quedar embarazada en ese momento
- ❑ No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- ❑ No estaba segura de lo que quería

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un médico, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo. (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas).

13. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?

- ❑ No ⟶ **Pase a la página 4, pregunta 15**
- ❑ Sí

Pase a la página 4, pregunta 14

14. *Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal*, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Habló conmigo acerca de...		
a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo	❑	❑
b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia	❑	❑
c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)	❑	❑
d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé	❑	❑
Me preguntó...		
e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé	❑	❑
f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé	❑	❑
g. Si estaba tomando medicamentos recetados	❑	❑
h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo	❑	❑
i. Si estaba tomando alcohol	❑	❑
j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente	❑	❑
k. Si estaba usando drogas ilegales	❑	❑
l. Si estaba usando marihuana	❑	❑
m. Si quería hacerme la prueba del VIH	❑	❑

15. Durante los *12 meses antes* de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le *ofreció* ponerle alguna de las siguientes vacunas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)	❑	❑
b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina)	❑	❑
c. Vacuna contra el COVID-19	❑	❑

16. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas *antes* o *durante* el embarazo?
Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:
A, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo
D, si se la puso **Durante** el embarazo
o marque **N,** si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

	A	D	N
a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)	❑	❑	❑
b. Vacuna Tdap	❑	❑	❑
c. Vacuna contra el COVID-19	❑	❑	❑

17. *Durante* su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

❑ No
❑ Sí

18. En general, *durante el embarazo*, me sentí...
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Cómoda haciendo preguntas acerca de la *atención prenatal* que recibí	❑	❑
b. Cómoda rechazando atención médica si no la quería	❑	❑
c. Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que me recomendó mi proveedor	❑	❑
d. Pude elegir las opciones de atención que recibí	❑	❑
e. Mis proveedores me trataron con respeto	❑	❑
f. Satisfecha con la *atención prenatal* que recibí	❑	❑

19. *Durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Diabetes gestacional (diabetes que **comenzó** durante *este* embarazo)	❑	❑
b. Presión arterial alta (que **comenzó** durante *este* embarazo), preeclampsia o eclampsia	❑	❑
c. Depresión	❑	❑
d. Ansiedad	❑	❑

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 20. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 21.

20. *Durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión arterial alta?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica	❑	❑
b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente ***durante*** el embarazo	❑	❑
c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable ***después*** del embarazo	❑	❑
d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente ***después*** del embarazo	❑	❑
e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardiacas ***después*** del embarazo	❑	❑

21. *Durante* su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo, ya que requerirían atención médica inmediata?
Algunos de estos "signos de advertencia de una urgencia" incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

❑ No → **Pase a la página 6, pregunta 23**
❑ Sí

Pase a la página 6, pregunta 22

22. *Durante* su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia de una urgencia de alguna de las siguientes fuentes?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Un proveedor de atención médica (como un doctor, una enfermera o una partera)	❑	❑
b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)	❑	❑
c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan **"Hear Her"** o **"Escúchela"** (como sitios web, redes sociales o folletos)	❑	❑
d. Familiares o amigos	❑	❑

Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos y otros productos del tabaco.

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

❑ No → **Pase a la pregunta 27**
❑ Sí

24. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

❑ Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
❑ Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
❑ Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
❑ No fumaba en ese entonces

25. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

❑ Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
❑ Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
❑ Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
❑ No fumaba en ese entonces

26. *Actualmente*, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

❑ Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
❑ Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
❑ Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
❑ No fumo actualmente

27. En los *últimos 2 años*, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

❑ No → **Pase a la pregunta 31**
❑ Sí

28. Durante los *3 meses antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

❑ Todos los días
❑ Algunos días
❑ No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

29. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

❑ Todos los días
❑ Algunos días
❑ No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

30. En los *últimos 2 años*, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

❑ No
❑ Sí

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser una copa de vino, una lata o botella de cerveza, un refresco alcohólico carbonatado ("Hard Seltzer"), un trago de licor o un cóctel.

31. *Durante* su embarazo más reciente, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1er trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*	❑	❑
b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2do trimestre)?	❑	❑
c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3er trimestre)?	❑	❑

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 33.

32. *Durante* su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante…?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1er trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*	❑	❑
b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2do trimestre)?	❑	❑
c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3er trimestre)?	❑	❑

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

33. ¿Ocurrió alguna de las siguientes cosas durante los *12 meses antes* de que naciera su nuevo bebé? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Me separé o divorcié	❑	❑
b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo	❑	❑
c. Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente	❑	❑
d. Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio	❑	❑
e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo	❑	❑
f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo	❑	❑
g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas	❑	❑
h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión	❑	❑
i. Yo estuve en la cárcel/prisión	❑	❑
j. Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas	❑	❑
k. Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió	❑	❑

34. En los *12 meses antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Mi esposo(a) o pareja	❑	❑
b. Mi ex esposo(a) o ex pareja	❑	❑
c. Otro miembro de la familia	❑	❑
d. Otra persona	❑	❑

35. *Durante* su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Mi esposo(a) o pareja	❑	❑
b. Mi ex esposo(a) o ex pareja	❑	❑
c. Otro miembro de la familia	❑	❑
d. Otra persona	❑	❑

36. ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior hizo alguna de las siguientes cosas *durante* su embarazo más reciente?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Me amenazó o me hizo sentir insegura de alguna manera	❑	❑
b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo(a) o pareja actual o anterior	❑	❑
c. Trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir	❑	❑
d. Me obligó a tocarlo o participar en otras actividades sexuales cuando yo no quería	❑	❑

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

37. *Después* del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?

- ❑ Menos de 3 días
- ❑ De 3 a 5 días
- ❑ De 6 a 14 días
- ❑ Más de 14 días
- ❑ Mi bebé no nació en un hospital
- ❑ Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la pregunta 40**

Pase a la pregunta 38

38. ¿Está vivo su bebé?

- ❑ No → *Lamentamos mucho su pérdida.* **Pase a la pregunta 46**
- ❑ Sí

39. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- ❑ No → **Pase a la pregunta 46**
- ❑ Sí

40. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio leche materna a su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- ❑ No amamanté a mi bebé
- ❑ Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- ❑ Amamanté a mi bebé:

  _____ semana(s) **O** _____ mes(es)
- ❑ Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta 46.

41. En las *últimas 2 semanas*, ¿en qué posición ha acostado a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. De lado	❑	❑
b. Boca arriba	❑	❑
c. Boca abajo	❑	❑

42. En las *últimas 2 semanas*, cuando usted estaba durmiendo, ¿con qué frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

- ❑ Siempre
- ❑ A menudo
- ❑ A veces
- ❑ Rara vez
- ❑ Nunca → **Pase a la pregunta 44**

Pase a la pregunta 43

43. En las *últimas 2 semanas*, ¿ha estado la cuna o cama de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

- ❑ No
- ❑ Sí

44. En las *últimas 2 semanas*, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

		No	Sí
a.	En una cuna, cuna portátil o moisés	❑	❑
b.	En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande	❑	❑
c.	En un sofá, butaca o sillón	❑	❑
d.	En un asiento de bebé para el auto ("car seat")	❑	❑
e.	En un columpio, mecedora u otra cama inclinada	❑	❑
f.	En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto	❑	❑
g.	En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard")	❑	❑
h.	Otro lugar Por favor, díganos:	❑	❑

45. En las *últimas 2 semanas*, ¿acostó a su nuevo bebé para dormir con alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

		No	Sí
a.	En un saco de dormir (manta tipo bolsa)	❑	❑
b.	En una manta en la que envolvió a su bebé	❑	❑
c.	Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas	❑	❑
d.	Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar	❑	❑
e.	Protectores de cuna (con o sin malla)	❑	❑
f.	Otra opción Por favor, díganos:	❑	❑

46. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo? Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- ❑ No
- ❑ Sí → **Pase a la página 10, pregunta 48**
- ❑ Estoy embarazada → **Pase a la página 10, pregunta 49**

47. ¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada
- ❑ Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- ❑ Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- ❑ No quiero usar anticonceptivos
- ❑ Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- ❑ Mi esposo(a) o pareja no quiere usar condones
- ❑ Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos
- ❑ Mi esposo(a) o pareja es del mismo sexo
- ❑ Tengo problemas para obtener los anticonceptivos que quiero
- ❑ No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando
- ❑ No estoy teniendo relaciones sexuales
- ❑ Otra opción → Por favor, díganos:

Si usted <u>no está</u> haciendo algo para evitar un embarazo <u>actualmente</u>, pase a la página 10, pregunta 49.

48. ¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo(a) o pareja *actualmente* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- ❑ Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- ❑ Pastillas anticonceptivas
- ❑ Condones
- ❑ Inyecciones
- ❑ Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- ❑ Dispositivo intrauterino o DIU
- ❑ Un implante anticonceptivo en el brazo
- ❑ Coito interrumpido (él eyacula afuera)
- ❑ Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- ❑ Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)
- ❑ Otra opción ⟶ Por favor, díganos:

_____

49. *Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha tenido usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

- ❑ No
- ❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 51**

50. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ No sabía que necesitaba uno
- ❑ No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta
- ❑ Me sentía bien y no pensé que era necesario ir a la consulta
- ❑ No pude conseguir una cita cuando quería
- ❑ No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- ❑ Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- ❑ No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela
- ❑ No tenía a alguien que pudiera cuidar a mis hijos
- ❑ El consultorio médico estaba demasiado lejos
- ❑ Otra opción ⟶ Por favor, díganos:

_____

Si usted <u>no</u> tuvo un chequeo posparto, pase a la pregunta 52.

51. ***Durante su chequeo posparto*, ¿un proveedor de atención médica <u>hizo</u> alguna de las siguientes cosas?**
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Habló conmigo acerca de...		
a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo	❑	❑
b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez	❑	❑
c. Métodos anticonceptivos	❑	❑
d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo	❑	❑
e. Tomarme la presión arterial regularmente	❑	❑
f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa	❑	❑
Me preguntó...		
g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos de tabaco sin humo	❑	❑
h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente	❑	❑
Un proveedor de atención médica...		
i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes	❑	❑
j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad	❑	❑

52. ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

- ❑ Siempre
- ❑ A menudo
- ❑ A veces
- ❑ Rara vez
- ❑ Nunca

53. ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?**

- ❑ Siempre
- ❑ A menudo
- ❑ A veces
- ❑ Rara vez
- ❑ Nunca

54. ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?**

- ❑ Siempre
- ❑ A menudo
- ❑ A veces
- ❑ Rara vez
- ❑ Nunca

55. ***Desde que nació su nuevo bebé*, ¿con qué frecuencia <u>no</u> ha podido dejar de preocuparse o <u>no</u> ha podido controlar su preocupación?**

- ❑ Siempre
- ❑ A menudo
- ❑ A veces
- ❑ Rara vez
- ❑ Nunca

56. ¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Durante mi embarazo más reciente	❑	❑
b. Desde que nació mi nuevo bebé	❑	❑

57. *Desde que nació su nuevo bebé*, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?

- ❑ No → **Pase a la pregunta 60**
- ❑ Sí

58. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- ❑ No
- ❑ Sí → **Pase a la pregunta 60**

59. ¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

Marque TODAS las que correspondan

- ❑ No podía pagar el costo
- ❑ No pude conseguir una cita cuando la necesitaba
- ❑ Mi seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental
- ❑ Mi seguro médico no paga lo suficiente para servicios de salud mental
- ❑ No sabía a donde ir para obtener servicios
- ❑ Me preocupaba que la información que compartiera no se mantuviera confidencial
- ❑ No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento
- ❑ Me preocupaba que me internaran en un hospital siquiátrico
- ❑ Me preocupaba que tuviera que tomar medicamentos
- ❑ No tenía transporte, el tratamiento estaba demasiado lejos o el horario no era conveniente
- ❑ No tenía tiempo (por el trabajo, cuidado de niños u otros compromisos)
- ❑ Otra → Por favor, díganos:

_____

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

60. Por favor, díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los *12 meses antes* de que naciera su nuevo bebé.

a. Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más

❑ A menudo ❑ A veces ❑ Nunca

b. La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más

❑ A menudo ❑ A veces ❑ Nunca

61. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	**Sí**
a. Ir a citas médicas	❑	❑
b. Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo	❑	❑
c. Hacer mandados o diligencias	❑	❑

62. *Durante* su embarazo más reciente, ¿sintió que *necesitó* alguno de los siguientes servicios? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	❑	❑
b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)	❑	❑
c. Consejería por problemas familiares o personales	❑	❑
d. Ayuda para dejar de fumar	❑	❑
e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar	❑	❑
f. Ayuda para dejar de consumir drogas	❑	❑
g. Asistencia con la vivienda o el alquiler	❑	❑
h. Otro	❑	❑

Por favor, díganos:

_____

63. *Durante* su embarazo más reciente, *¿recibió* alguno de los siguientes servicios? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	❑	❑
b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)	❑	❑
c. Consejería por problemas familiares o personales	❑	❑
d. Ayuda para dejar de fumar	❑	❑
e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar	❑	❑
f. Ayuda para dejar de consumir drogas	❑	❑
g. Asistencia con la vivienda o el alquiler	❑	❑
h. Otro	❑	❑

Por favor, díganos:

_____

64. Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindaron *mientras estuvo embarazada*. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. ¿Tenía a alguien a quien podía acudir cuando me sentía sola?	❑	❑
b. ¿Tenía a alguien con quien podía hablar acerca de cosas que son importantes para mí o acerca cómo me sentía?	❑	❑
c. ¿Tenía a alguien con quien podía contar para que escuchara mis problemas, preocupaciones y miedos?	❑	❑
d. ¿Tenía a alguien que me demostraba amor y cariño?	❑	❑
e. ¿Tenía a alguien que hacía cosas conmigo para poder relajarme o divertirme?	❑	❑
f. ¿Tenía a alguien con quien contar para que me prestara dinero para cosas como comida o facturas?	❑	❑
g. ¿Tenía a alguien que podía cuidar de mi(s) hijo(s) cuando necesitaba ayuda?	❑	❑
h. ¿Tenía a alguien que me podía ayudar con las tareas diarias si estaba enferma?	❑	❑
i. ¿Tenía a alguien que podía llevarme al centro médico o al consultorio del médico si necesitaba transporte?	❑	❑

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la página 14, pregunta 66.

65. *Desde que nació su nuevo bebé,* ¿con qué frecuencia el papá de su bebé u otro padre contribuye con cosas como dinero, comida, ropa, vivienda o cuidado médico para cubrir las necesidades básicas del bebé?

- ❑ Siempre
- ❑ A menudo
- ❑ A veces
- ❑ Rara vez
- ❑ Nunca

66. ***Mientras recibía atención médica*** **durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?** Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

		No	Sí
a.	Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel	❑	❑
b.	Mi estado de discapacidad	❑	❑
c.	Mi estatus de inmigración	❑	❑
d.	Mi edad	❑	❑
e.	Mi peso	❑	❑
f.	Mi salario o ingresos	❑	❑
g.	Mi sexo	❑	❑
h.	Mi orientación sexual	❑	❑
i.	Mi religión	❑	❑
j.	Mi idioma o acento	❑	❑
k.	Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico	❑	❑
l.	Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)	❑	❑
m.	Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión)	❑	❑
n.	Otra razón	❑	❑

Por favor, díganos:

_____

67. **¿Alguna vez se ha sentido discriminada, le han impedido hacer algo, la han molestado o la han hecho sentir que es inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?** Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

		No	Sí
a.	Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel	❑	❑
b.	Mi estado de discapacidad	❑	❑
c.	Mi estatus de inmigración	❑	❑
d.	Mi edad	❑	❑
e.	Mi peso	❑	❑
f.	Mi salario o ingresos	❑	❑
g.	Mi sexo	❑	❑
h.	Mi orientación sexual	❑	❑
i.	Mi religión	❑	❑
j.	Mi idioma o acento	❑	❑
k.	Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico	❑	❑
l.	Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)	❑	❑
m.	Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión)	❑	❑
n.	Otra razón	❑	❑

Por favor, díganos:

_____

68. ***Durante su vida hasta ahora*****, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?**

- ❑ Muy a menudo
- ❑ A menudo
- ❑ No tan a menudo
- ❑ Nunca

69. *¿Alguna vez* ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Trabajo (contratación, ascenso o despido)	❑	❑
b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca)	❑	❑
c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada)	❑	❑
d. En los tribunales	❑	❑
e. En la escuela o la escuela de mi hijo	❑	❑
f. Al recibir atención médica	❑	❑

70. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

Marque UNA respuesta

- ❑ Tengo un lugar estable para vivir
- ❑ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❑ No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando por un tiempo con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque)

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.

71. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.

- ❑ $0 a $18,000
- ❑ $18,001 a $23,000
- ❑ $23,001 a $27,000
- ❑ $27,001 a $32,000
- ❑ $32,001 a $37,000
- ❑ $37,001 a $42,000
- ❑ $42,001 a $48,000
- ❑ $48,001 a $60,000
- ❑ $60,001 a $85,000
- ❑ $85,001 o más

72. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, *incluida usted*, dependían de estos ingresos?

Número de personas _____

73. ¿Cuál es la fecha de hoy?

_____ / _____ / _____

Mes Día Año

¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!
¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor, utilice este espacio para contarnos.

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

Sus respuestas ayudarán a que las madres y los bebés en Oregon sean más sanos.

Información gratuita y confidencial sobre servicios sociales, comunitarios y de salud cerca de usted. Llamadas atendidas en más de 150 idiomas.

Llamar:
Estamos disponibles para atender su llamada las 24 horas del día, los siete días de la semana.

- Marque 211 o 1-866-698-6155
- TTY: marque 7-1-1 y llame al 1-866-698-6155
- Es posible que algunos teléfonos que usan VOIP (Protocolo de voz sobre Internet) o Wi-Fi no puedan marcar el 211. Si ese es el caso, utilice nuestro número gratuito: 1-866-698-6155

Hay intérpretes de idiomas disponibles.
Tenga en cuenta: durante los tiempos de respuesta a incidentes de emergencia, el tiempo de respuesta de 211info puede variar. El horario también puede variar según el programa.

¿Necesita ayuda para ponerse en contacto con 211info? Haga clic aquí para obtener sugerencias para la resolución de problemas .

Texto o correo electrónico:
Puede comunicarse con el equipo de 211info de lunes a viernes por mensaje de texto, correo electrónico, en línea o a través de nuestra aplicación móvil. El texto y el correo electrónico están disponibles en inglés y español.

- Envíe un mensaje de texto con su código postal al 898211 (TXT211) – lunes a viernes de 9 am a 5 pm
- Correo electrónico help@211info.org – Respuesta dentro de las 24 horas
- Descargue la aplicación 211info de Apple App Store o la versión de Android de Google Play Store .

OSpaA Ph9
Spanish OHA 8218A (Rev. 05/23)