

N A T I O N A L
NFIMR
FETAL–INFANT MORTALITY REVIEW PROGRAM

ENTREVISTA DOMICILIARIA

*Programa nacional de evaluación de la mortalidad fetal e infantil
National Fetal-Infant Mortality Review Program*

*The American College of Obstetricians and Gynecologists
Médicos al cuidado de la salud de la mujer*

ÍNDICE

Página No.

Cómo iniciar la entrevista..... ii

A. Atención prenatal 1

B. Nutrición, aumento de peso y hábitos de salud7

C. El nacimiento del bebé11

D. Otros bebés.....13

E. Información sobre la madre..... 15

F. Información sobre el padre..... 18

G. Nivel de vida20

H. Cambios en la vida/respaldo social22

Suplemento: La salud del bebé en la casa

CÓMO INICIAR LA ENTREVISTA

Los primeros 10 a 15 minutos de la visita domiciliaria servirán generalmente para establecer una buena relación de comunicación con la madre, darle las gracias por permitir la visita, y explicarle en qué consiste el programa. Una vez creada una atmósfera confortable, la mejor manera de iniciar la entrevista es pedirle a la madre que describa, en sus propias palabras, los eventos que ocasionaron la pérdida de su bebé. El entrevistador deberá llamar al bebé por su nombre, si la familia ya se lo había puesto. La madre posiblemente ya haya comenzado a hablarle al entrevistador acerca de su pérdida antes de que éste tuviera que pedirselo.

Es importante permanecer consciente de la necesidad que siente la madre de hablar largamente o de apartarse de cualquier suceso particular que le cause intensas emociones, y darle tiempo para que recuerde detalles y relate sus experiencias en sus propias palabras. Puede continuarse con el cuestionario estandarizado cuando la madre esté en condiciones de proseguir.

1. ¿Puede contarme lo que sucedió? (Refiérase al bebé por su nombre, si lo sabe)

2. ¿Cómo les fue explicada la muerte del bebé? (Refiérase al bebé por su nombre, si lo sabe)

Nota: El recopilador deberá escuchar mientras la madre explica lo sucedido, y luego registrar la información una vez finalizada la visita domiciliaria.

PARTE A – ATENCIÓN PRENATAL

Las primeras preguntas se relacionan con la atención prenatal para su bebé.

1. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando pensó por primera vez que posiblemente estaba embarazada?

_____ semanas No recuerdo

2. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando supo con certeza que estaba embarazada?

(Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o le dijo un médico o enfermera que estaba embarazada.)

_____ semanas No recuerdo

3. ¿Cuál era la fecha prevista para el parto?

| | | |
|-----|-----|-----|
| | | |
| mes | día | año |

No sé

4. ¿Recibió algún cuidado prenatal de un médico, enfermera obstétrica o enfermera especializada, durante este embarazo?

Sí (pase a la siguiente pregunta) No (pase a la pregunta #27)

5. ¿ Recibió atención prenatal tan pronto como usted quiso?

Sí No No recibí atención prenatal

Si respondió que no, marque todas las razones que correspondan

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No tenía quien me cuidara a los niños | <input type="radio"/> No tenía como llegar a la clínica o consultorio |
| <input type="radio"/> No pude lograr que un médico o enfermera me aceptara como paciente | <input type="radio"/> No creí estar embarazada |
| <input type="radio"/> No pude conseguir una cita al principio de mi embarazo | <input type="radio"/> No sabía a dónde dirigirme |
| <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> No tenía suficiente dinero ni seguro para pagar la visitas |
| <input type="radio"/> Otra (especifique): _____ | |

6. Si respondió que NO a la pregunta #5, ¿acudió usted a la sala de emergencia del hospital cuando necesitó atención médica durante su embarazo?

Sí No

7. Durante su último embarazo, ¿alguna de las razones siguientes le hizo difícil asistir a tantas citas de atención prenatal como hubiese querido?

(Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> No tenía quien me cuidara a los niños | <input type="radio"/> No sabía a dónde dirigirme |
| <input type="radio"/> No tenía suficiente dinero ni seguro para pagar las visitas | <input type="radio"/> No pude lograr que un médico o enfermera me aceptara como paciente |
| <input type="radio"/> No tenía como llegar a la clínica o consultorio | <input type="radio"/> No pude conseguir una cita al principio de mi embarazo |
| <input type="radio"/> Ninguna | |
| <input type="radio"/> Otra (especifique): _____ | |

8. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando asistió a su primera cita de atención prenatal?

(No cuente como cita médica aquella cuyo objetivo fuera hacerse la prueba de embarazo o un sonograma, o participar en el programa WIC)

Convierta los meses en semanas _____ semanas No recuerdo

9. ¿A dónde se dirigió para su primera cita médica prenatal?

(Marque una respuesta)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Al consultorio de un médico privado | <input type="radio"/> Al departamento de salud del condado |
| <input type="radio"/> A una organización de atención médica administrada (MCO) | <input type="radio"/> A un centro de salud comunitario |
| <input type="radio"/> A la clínica de un hospital | <input type="radio"/> A la clínica del trabajo o la escuela |
| <input type="radio"/> No recibí más atención prenatal | <input type="radio"/> A la sala de emergencias del hospital o a la clínica de un proveedor de servicios médicos cuando se requieren |

Otra (especifique): _____

10. ¿Quién pagó sus citas médicas prenatales?

(Marque una respuesta)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Seguro privado | <input type="radio"/> Medicaid |
| <input type="radio"/> Organización de atención médica administrada (MCO) | <input type="radio"/> Yo/nosotros |
| <input type="radio"/> Otra fuente (especifique): _____ | <input type="radio"/> CHAMPUS |

11. ¿Cómo llegaba usted generalmente a ese lugar?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> En automóvil | <input type="radio"/> En taxi |
| <input type="radio"/> En autobús u otro medio de transporte público | <input type="radio"/> Caminando |
| <input type="radio"/> La clínica proveía transporte | |
| <input type="radio"/> Otro medio (especifique): _____ | |

12. ¿Cuánto tiempo le tomaba de ordinario ir a ese lugar o volver del mismo?

horas _____ minutos _____

13. ¿Vio normalmente al mismo médico, enfermera obstétrica, u otro proveedor de atención médica cada vez que acudió a ese lugar?

- Sí No

14. ¿Tuvo que cambiar a su proveedor de atención prenatal durante este embarazo?

- Sí No (Si no tuvo que cambiar, pase a la pregunta #20)

Si responde que sí, ¿por qué? (Marque todas las razones que correspondan)

- El proveedor no aceptaba Medicaid Nos mudamos

No podía pagar

Otra (especifique): _____

15. Si tuvo que cambiar a sus proveedores de atención prenatal, ¿en dónde recibió el resto de la atención prenatal?*(Marque una respuesta)*

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> En el consultorio de un médico privado | <input type="radio"/> En el departamento de salud del condado |
| <input type="radio"/> En una organización de atención médica administrada (MCO) | <input type="radio"/> En un centro de salud comunitario |
| <input type="radio"/> En la clínica de un hospital | <input type="radio"/> En la clínica del trabajo o escuela |
| <input type="radio"/> No recibí más atención prenatal | <input type="radio"/> En la sala de emergencias del hospital o en la clínica de un proveedor de servicios médicos cuando se requieren |
| <input type="radio"/> Otra <i>(especifique)</i> : _____ | |

16. ¿Quién pagó por estas citas médicas prenatales?*(Marque una respuesta)*

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Seguro privado | <input type="radio"/> Medicaid |
| <input type="radio"/> Organización de atención médica administrada (MCO) | <input type="radio"/> Yo/nosotros |
| <input type="radio"/> Otra fuente <i>(especifique)</i> : _____ | <input type="radio"/> CHAMPUS |

17. ¿Cómo llegaba usted generalmente a ese lugar?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> En automóvil | <input type="radio"/> En taxi |
| <input type="radio"/> En autobús u otro medio de transporte público | <input type="radio"/> Caminando |
| <input type="radio"/> La clínica proveía transporte | |
| <input type="radio"/> Otro medio <i>(especifique)</i> : _____ | |

18. ¿Cuánto tiempo le tomaba de ordinario el trayecto de ida o vuelta?

horas _____ minutos _____

19. ¿Vio normalmente al mismo médico, enfermera obstétrica, u otro proveedor de atención médica cada vez que acudió a ese lugar?

-
- Sí
-
- No

20. ¿Cuán satisfecha estuvo con la atención prenatal que recibió? Marque una respuesta por cada uno de los aspectos enumerados. Si fue a más de un lugar para recibir la atención prenatal, conteste refiriéndose al lugar donde recibió la mayor parte de dicha atención.

- | | Satisfecha | Insatisfecha |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • El tiempo que usted debió esperar después de llegar a sus consultas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • El tiempo que el médico o enfermera le dedicó durante las consultas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Los consejos que recibió acerca de cómo cuidarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Las horas en que el consultorio o clínica prestaba servicios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La comprensión y el respeto que el personal mostraba hacia Usted como persona | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. Esta pregunta se relaciona con temas que el médico, enfermera o trabajador de salud pueden haber tratado con usted cuando usted recibió atención prenatal durante su embarazo más reciente.

(Marque todas las que correspondan)

- | | No/No recuerdo |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Las enfermedades o defectos congénitos que pueden haber en las familias | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> El amamantamiento de su bebé | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Hacerse la prueba de VIH (el virus que produce el SIDA) | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cómo evitar contraer el SIDA | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Las señales y los síntomas del parto prematuro | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos o drogas que pueden afectar a su embarazo | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Tomar vitaminas o hierro durante el embarazo | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuándo tiempo dejar pasar antes de tener otro bebé | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cómo seleccionar un médico o enfermera especializada para la atención médica de su bebé | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuándo llevar a su bebé a un examen médico | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> El empleo de un asiento de seguridad para su bebé | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Su casa debe tener una alarma de incendio que funcione | <input type="radio"/> |

22. Cuando usted fue a recibir atención prenatal, ¿le preguntó un médico, enfermera u otro trabajador de salud si usted fumaba?

- Sí No No recuerdo

23. ¿Le habló un médico, enfermera u otro trabajador de salud sobre la manera en que fumar durante el embarazo podía afectar a su bebé?

- Sí No No recuerdo

24. Cuando usted fue a recibir atención prenatal, ¿le preguntó un médico, enfermera u otro trabajador de salud si usted tomaba bebidas alcohólicas (cerveza, vino, refrescos con vino, o licor)?

- Sí No No recuerdo

25. ¿Le habló un médico, enfermera u otro trabajador de salud sobre la manera en que beber alcohol durante el embarazo podía afectar a su bebé?

- Sí No No recuerdo

26. ¿Trató un médico, enfermera u otro trabajador de salud los siguientes puntos con usted?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Lo que debía comer durante el embarazo | <input type="radio"/> Si tenía suficiente comida |
| <input type="radio"/> Si tenía problemas familiares | <input type="radio"/> Lo relativo a sus condiciones de trabajo |
| <input type="radio"/> Si tenía ansiedad o preocupación debido a este embarazo | <input type="radio"/> Si estaba experimentando alguna tensión |

27. Durante su embarazo más reciente, asistió usted a alguno de los siguientes programas?

(Marque todos los que correspondan)

- Clases de preparación para el parto Clases para la crianza de los hijos
- Asesoramiento relacionado con la tensión, problemas familiares o mentales

28. Antes de quedar embarazada ¿cómo recuerda haberse sentido con respecto a quedar embarazada?

(Marque la respuesta que mejor refleje lo que sentía)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Yo deseaba haber quedado embarazada antes | <input type="radio"/> Yo deseaba quedar embarazada más adelante |
| <input type="radio"/> Yo deseaba quedar embarazada entonces | <input type="radio"/> Yo no deseaba quedar embarazada ni entonces ni en el futuro |
| <input type="radio"/> Yo no deseaba quedar embarazada entonces | |
| <input type="radio"/> No sé | |

29. ¿Alguna vez consideró interrumpir su embarazo?

- Sí No

Si respondió que sí, ¿que sucedió? _____

30. ¿Estaba utilizando algún método anticonceptivo durante los tres meses antes de quedar embarazada?

- Sí No (Si responde que no, pase a la pregunta #32)

31. ¿Qué tipo de anticonceptivo estaba usando durante los tres meses que precedieron al embarazo?

(Marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Píldora | <input type="radio"/> Preservativos (condones) |
| <input type="radio"/> Espuma, jalea o crema | <input type="radio"/> Depo-provera |
| <input type="radio"/> Diafragma | <input type="radio"/> Retirada (interrupción del coito) |
| <input type="radio"/> Método del ritmo | |

Otra (especifique): _____

(Pase a la pregunta #34)

32. ¿Por qué no estaba utilizando un método anticonceptivo durante los tres meses antes de quedar embarazada?

(Marque todas las razones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Yo deseaba quedar embarazada | <input type="radio"/> No pensé que podía quedar embarazada |
| <input type="radio"/> Me era difícil conseguir anticonceptivos | <input type="radio"/> No pensé que tendría relaciones sexuales |
| <input type="radio"/> No me gustaba usar anticonceptivos | <input type="radio"/> Sufría los efectos secundarios del método anticonceptivo que usaba |

Otra razón (especifique): _____

33. Poco antes de este embarazo, ¿recibió usted o el padre del bebé tratamiento médico alguno para ayudaría a quedar embarazada?

- Sí No

Si respondió afirmativamente, ¿cuál de los tratamientos siguientes emplearon usted o el padre del bebé para ayudaría a quedar embarazada?

(Marque todos los que correspondan)

- Medicina para estimular la ovulación (Clomid, Pergonal, etc.)
- Inyecciones de hormonas
- Tratamiento/cirugía para eliminar el bloqueo de las trompas de Falopio
- Tratamiento/cirugía del sistema reproductivo del padre
- Pruebas de infertilidad efectuadas en el padre (recuento de espermatozoides, etc.)

- Asesoramiento sobre cómo programar el coito para aprovechar los momentos más fértiles
- Fertilización in vitro (en un tubo de ensayo)
- Inseminación artificial
- Pruebas de infertilidad efectuadas en la madre
- Otros (*especifique*): _____

34. Por lo general, durante el embarazo se espera que las mujeres tomen precauciones especiales para evitar un parto premature o adelantado. Durante este embarazo, ¿hizo usted algo para prevenir el inicio premature o adelantado del parto?

- Sí No

Si respondió que sí, ¿cuál de las siguientes medias tomó para evitar un parto premature o adelantado?

(*Marque todas las que correspondan*)

- Tomé medicinas para evitar el parto o el aborto espontáneo
- Me dieron inyecciones de hormonas
- Dejé de tener relaciones sexuales, o las limité, durante el embarazo
- Usamos condones para evitar infecciones
- El médico me cerró el cuello uterino (procedimiento consistente en rodear el cuello con un anillo para tratar la insuficiencia uterine)
- Reposé en cama, en mi casa, durante una o más semanas
- Fui hospitalizada durante una o más noches
- Reduje mis horas de trabajo o dejé de trabajar antes de lo previsto
- Reduje mis labores domésticas u otras actividades físicas
- Otras (*especifique*): _____

35. Si su médico le mandó reposo en cama, ¿pudo quedarse en cama el tiempo recomendado?

- Sí No (*Si responde que no, marque todas las que correspondan*)

- No tenía quien me ayudara en la casa Tenía que asistir a citas
- Tenía que asistir al trabajo
- Otras razones (*especifique*): _____

36. ¿Cómo describiría su salud durante el embarazo?

- Excelente Buena Regular Mala

37. ¿Tomó usted alguna medida para prepararse para el embarazo?

- Sí No

Si respondió que sí, especifiquela: _____

¿Hay algo más que quisiera decirme en relación con su embarazo?

PARTE B – NUTRICIÓN, AUMENTO DE PESO Y HÁBITOS DE SALUD

1. ¿Siguió una dieta especial durante su reciente embarazo? Sí No

A. Si respondió que sí, especifique: _____

- B. Si respondió que sí, ¿la puso su médico o enfermera en esa dieta? Sí No

2. ¿Cuánto pesaba durante los tres meses antes de quedar embarazada?
_____ libras No sé

3. Durante los seis meses antes de quedar embarazada, ¿cambió su peso o permaneció aproximadamente igual?

- Perdí peso lb _____ Gané peso lb _____
 Mi peso no cambió No sé

4. ¿Cuánto peso aumentó durante su embarazo?

_____ libras No sé

5. ¿Cuál es su estatura, sin zapatos?

_____ pies _____ pulgadas No sé

6. ¿Le dijo un médico, enfermera o asesor en nutrición cuánto peso debía aumentar durante este embarazo?

- Sí No No se sabe

Si respondió que sí, qué peso le dijeron? _____ lb

7. ¿Vio usted a un asesor especial en dietas (dietista registrado) durante su embarazo?

- Sí No

Si respondió afirmativamente, dígame por qué: _____

8. Algunas madres nos dicen que, durante sus embarazos, se les antojaron y comieron sustancias que no eran alimentos. ¿Comió usted hielo, barro, almidón o alguna sustancia no alimenticia durante su reciente embarazo?

- Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____

Entrevistador: Use su propio criterio al determinar la conveniencia de hacer las preguntas #9 a #14.

9. ¿Pensó que tenía suficiente dinero para comprar alimentos para usted y su familia?

- Sí No No recuerdo

10. ¿Durante su reciente embarazo, disminuyó usted la cantidad de comida que compraba?

- Sí No No recuerdo

Si respondió afirmativamente, por qué: _____

11. Durante su reciente embarazo, hubo algún momento en el que usted y su familia necesitaron comida pero no podían pagarla?

- Sí No (pase a la pregunta #12) No recuerdo (pase a la pregunta #12)

A. Si respondió que sí, cuando eso sucedió, ¿la ayudó alguna persona u organización a comprar comida?

- Sí No

B. Si respondió que sí, ¿quién la ayudó? _____

12. ¿Durante su embarazo, ¿recibió ayuda del WIC (Programa especial de alimentos suplementarios para mujeres, lactantes y niños)?

- Sí No (pase a la pregunta #15)

13. ¿Le dio oficina del WIC alguno de los siguientes consejos?

(Marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Comer alimentos nutritivos durante el embarazo | <input type="radio"/> Cómo utilizar los alimentos del WIC |
| <input type="radio"/> Cuánto peso aumentar durante el embarazo | <input type="radio"/> Amamantar a su bebé |
| <input type="radio"/> Alimentar al bebé con fórmula infantil | <input type="radio"/> Cómo comprar alimentos |
| <input type="radio"/> Continuar con su atención prenatal | <input type="radio"/> Fumar menos o dejar de fumar |
| <input type="radio"/> Tomar menos bebidas alcohólicas o dejar de tomarlas | <input type="radio"/> No usar drogas ilegales (marihuana, cocaine, crack, etc.) |
| <input type="radio"/> No le dieron consejo alguno | <input type="radio"/> No recuerda |
| <input type="radio"/> Otro (especifique): _____ | |

14. ¿Fue conveniente o fácil para usted conseguir los cupones del WIC?

- Sí No

Si respondió que no, ¿por qué? _____

15. ¿Ha fumado cuando menos 100 cigarrillos en su vida?

- Sí No

16. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba como promedio en un día? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> _____ cigarrillos o _____ cajetillas | <input type="radio"/> Menos de un cigarrillo al día |
| <input type="radio"/> No fumaba (pase a la pregunta #20) | <input type="radio"/> No sé |

17. Durante los últimos tres meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba como promedio en un día?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> _____ cigarrillos o _____ cajetillas | <input type="radio"/> Menos de un cigarrillo al día |
| <input type="radio"/> No fumaba (pase a la pregunta #20) | <input type="radio"/> No sé |

18. ¿Dejó de fumar cigarrillos cuando menos un mes en el curso de su embarazo?

- Sí No No recuerdo

19. ¿Redujo el número de cigarrillos que fumaba durante este embarazo?

- Sí No No recuerdo

Si respondió que sí, qué la hizo fumar menos?

(Marque todas las razones que correspondan)

- Mi médico o enfermera insistieron Mis amigos o familiares insistieron
 Perdí el deseo de fumar Los cigarrillos me sabían mal u olían mal
 Fumar me producía malestar
 Otras (*especifique*): _____

20. ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fuma actualmente como promedio en un día?

- _____ cigarrillos o _____ cajetillas Menos de un cigarrillo al día
 No fumo No sé

21. A. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos tragos se tomaba en una semana promedio? (Un trago es un vaso de vino, un refresco preparado con vino, una lata o botella de cerveza, o una medida de licor puro o mezclado)

- Yo no tomaba en ese entonces Menos de un tragos a la semana
 De uno a tres tragos a la semana De cuatro a seis tragos a la semana
 De siete a trece tragos a la semana Catorce tragos o más a la semana
 No sé

B. Durante los tres meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces se tomó cinco o más tragos seguidos?

- _____ veces Yo no tomaba en ese entonces No sé

22. A. Durante los tres últimos meses de su embarazo, ¿cuántos tragos se tomaba en una semana promedio?

- Yo no tomaba en ese entonces Menos de un trago a la semana
(Pase a la pregunta #23) De uno a tres tragos a la semana
 De cuatro a seis tragos a la semana De siete a trece tragos a la semana
 Catorce tragos o más a la semana No sé

B. Durante los tres últimos meses de su embarazo, ¿cuántas veces se tomó cinco a más tragos seguidos?

- _____ veces Yo no tomaba en ese entonces No sé

23. ¿Cuál de los siguientes medicamentos que requieren prescripción médica tomó durante este embarazo?

(Marque todos los que correspondan)

- Vitaminas
- Píldoras de dieta o anfetaminas
- Píldoras para dormir o tranquilizantes
- Antialérgicos
- Metadona
- Antidepresivos o reguladores del estado de ánimo *(especifique)*: _____
- Demerol, morfina *(especifique)*: _____
- Analgésicos *(especifique)*: _____
- Esteroides *(especifique)*: _____
- Antibióticos *(especifique)*: _____
- Anticonvulsivos *(especifique)*: _____
- Hormonas *(especifique)*: _____
- Cualquier otro medicamento prescrito *(especifique)*: _____

24. Algunas madres nos dicen que la tensión que les causa el embarazo es tal que usan drogas mientras están embarazadas. ¿Cuál de estas drogas de recreo o callejeras usó usted durante el embarazo?

(Marque todas las que correspondan)

- Marihuana o hashish
- Anfetas/sedantes
- Heroína
- Metadona
- Crack
- Cocaína/coca en otras formas
- PCP, polvo de angel, LSD
- Ninguna
- Otras drogas no prescritas *(especifique)*: _____

¿Hay algo más que quiera decirme acerca de su nutrición y hábitos de salud?

10. ¿Fue transferido su bebé a otro hospital inmediatamente después del parto?

- Sí (Pase a la pregunta siguiente) No (Pase a la última pregunta)

11. ¿Cuándo transfirieron a su bebé a este hospital?

| | | |
|-----|-----|-----|
| | | |
| mes | día | año |

- No se sabe

¿Le gustaría decirme algo más acerca del nacimiento de su bebé?

PARTE D – OTRA BEBÉS

1. ¿El bebé que murió era mellizo, trillizo, etc.?

Sí No *Si respondió que sí, complete los puntos A y B*

A. ¿Cuántos otros niños nacieron de este embarazo?

Uno más (mellizos) Dos más (trillizos)

Otros (especifique): _____

B. ¿Están vivos algunos de estos bebés?

Sí No No se sabe

2. ¿Estuvo alguna vez embarazada antes del bebé nacido el ____ / ____ / ____ ?

Sí No

3. ¿Si lo estuvo, cuántas embarazos tuvo con anterioridad a este último?

_____ embarazos *(Entrevistador: Si tuvo más de cuatro, tome nota al dorso de la página)*

4. Fecha más reciente _____

Resultado del embarazo

Aborto espontáneo Aborto inducido
 Embarazo ectópico Niño nacido muerto
 Niño nacido vivo

Estado actual: Vivo Muerto

Si ha muerto: 1) causa de la muerte _____ 2) edad al morir _____

 Fecha siguiente _____

Resultado del embarazo

Aborto espontáneo Aborto inducido
 Embarazo ectópico Niño nacido muerto
 Niño nacido vivo

Estado actual: Vivo Muerto

Si ha muerto: 1) causa de la muerte _____ 2) edad al morir _____

 Fecha siguiente _____

Resultado del embarazo

Aborto espontáneo Aborto inducido
 Embarazo ectópico Niño nacido muerto
 Niño nacido vivo

Estado actual: Vivo Muerto

Si ha muerto: 1) causa de la muerte _____ 2) edad al morir _____

 Fecha siguiente _____

Resultado del embarazo

Aborto espontáneo Aborto inducido
 Embarazo ectópico Niño nacido muerto
 Niño nacido vivo

Estado actual: Vivo Muerto

Si ha muerto: 1) causa de la muerte _____ 2) edad al morir _____

5. ¿Alguno de sus hijos ha sido puesto al cuidado de un hogar de guarda o adoptado?

- Sí
- No

En caso afirmativo, cuénteme cómo sucedió: _____

6. ¿Espera tener más niños?

- Definitivamente sí (Pase a la siguiente pregunta)
- Probablemente sí (Pase a la siguiente pregunta)
- No sé
- Definitivamente no (Pase a la pregunta #10)
- Probablemente no (Pase a la pregunta #10)

7. ¿Cuántos niños más espera tener? _____ niños No sé

8. ¿Cuándo desearía tener otro niño? _____ meses No sé

9. ¿Se halla actualmente embarazada?

- Sí
- No
- No se sabe

Si lo está, ¿cuántas semanas de embarazo tiene ahora? _____ No se sabe

10. ¿Está usando actualmente un método anticonceptivo?

- Sí
- No

Si no lo está usando, indique por qué?

- Deseo quedar embarazada
- No puedo pagar un método anticonceptivo
- No creo en los anticonceptivos
- No sé dónde obtener información acerca de métodos anticonceptivos
- Otras razones (especifique): _____
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Me ligaron las trompas
- Mi pareja no quiere que use anticonceptivos

¿Hay alguna otra cosa que quiera contarme acerca de sus demás embarazos?

PARTE E – INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

1. ¿Cuál era su estado civil durante el embarazo?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Manteniendo una relación estable, pero sin casarse

2. ¿Cuál es su fecha da nacimiento?

| | | |
|-----|-----|-----|
| | | |
| mes | día | año |

3. ¿En dónde nació? _____

4. ¿Cuál de los siguientes grupos étnicos es el que mayor coincide con su origen racial?

- Blanco
 - Negro
 - Asiático
 - Otro (especifique): _____
- (Ver el Diccionario de datos del NFIMR)*

5. ¿Es usted de origen hispano?

- Sí
- No

Si lo es, ¿cuál de estos grupos corresponde a su origen?

- Mexicano, mexicano-americano, chicano
- Portorriqueño
- Cubano
- Centro o suramericano
- Otro grupo hispano (especifique): _____

6. ¿Cuál es el grado/año escolar o universitario más alto que terminó?

- 0-11
- 12
- 13-14
- 15-16
- 17+

7. ¿Asistió a una escuela vocacional o de oficios?

- Sí
- No

Si asistió, descríbala: _____

8. ¿Estuvo empleada en algún momento durante su embarazo reciente?

- Sí
- No *(Pase a la pregunta final de esta parte)*

A. Si estuvo empleada, trabajó durante: *(Marque todos los períodos que correspondan)*

- El primer trimestre del embarazo
- El segundo trimestre del embarazo
- El tercer trimestre del embarazo

B. Describa lo que hacía en su trabajo: *(Nota: Si está utilizando el Software del NFIMR, vea en el Diccionario de datos el código de empleo correspondiente)*

9. ¿Mientras trabajó en su empleo más reciente durante el embarazo:

(Marque todas las respuestas que correspondan)

- A. ¿Podía tomar una pausa cuando se sentía cansada? Sí No
- B. ¿Trabajó en una línea de montaje? Sí No
- C. ¿Trabajó con maquinaria pesada que produce vibraciones? Sí No
- D. ¿Debía realizar labores repetitivas? Sí No
- E. ¿Consideró aburrido su empleo fuera de casa? Sí No
- F. ¿Había mucho ruido? Sí No
- G. ¿Trabajaba usted en una area demasiado caliente? Sí No
- H. ¿Trabajaba usted en una area demasiado fría? Sí No
- I. ¿Trabajaba de pie la mayor parte del tiempo? Sí No

10. ¿Cómo llegaba usualmente al trabajo?

- En automóvil En taxi
- En autobus Caminando
- Otro medio (especifíquelo): _____

11. ¿Cuánto tiempo le tomaba llegar al trabajo? _____ horas _____ minutos

12. ¿Consideró que su trabajo demandaba un gran esfuerzo físico?

- Sí No No estoy segura

13. ¿Le producía tension su trabajo?

- Sí No No estoy segura

14. ¿Tenía que utilizar vestimenta o equipo de protección en su trabajo?

- Sí No

(Si tenía que hacerlo, indique todo lo que corresponda)

- Guantes Anteojos protectores
- Respirador Overoles
- Zapatos protectores Otro equipo (especifique): _____

15. ¿Dejó de trabajar antes del parto?

- Sí No

A. Si así fue, indique la fecha en que dejó de trabajar:

| | | | | |
|-----|-----|-----|--|--|
| | | | | |
| mes | día | año | | |

B. ¿Le dieron licencia de maternidad?

- Sí No

C. Si gozó de licencia, fue ésta?

- Con goce de sueldo Sin goce de sueldo

D. ¿Le recomendó su médico que dejara de trabajar?

- Sí No No se sabe

E. De haber sido así, ¿pudo dejar de trabajar?

- Sí No

F. ¿Por qué razón dejó de trabajar:

(Marque todas las que correspondan)

- Mi empleador me hizo renunciar
- Mi médico o enfermera me aconsejaron dejar de trabajar
- Me despidieron
- Otra razón *(especifique)*: _____
- Me sentí enferma y quise dejar de trabajar
- Yo quise dejar de trabajar
- El padre del bebé quería que yo dejara de trabajar
- Me despidieron por estar embarazada

¿Hay alguna otra cosa que quiera añadir acerca de sus actividades u otras preguntas relacionadas con esta parte?

PARTE F – INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE

1. ¿Cuál es el grado/año escolar o universitario más alto que terminó el padre del bebé?
 0-11 12 13-14 15-16 17+

2. ¿Asistió el padre del bebé a una escuela vocacional o de oficios?

Sí No

Si asistió, descríbalas: _____

3. ¿Qué edad tiene el padre del bebé? _____ años

4. ¿Cuál de los siguientes grupos étnicos es el que major coincide con el origen racial del padre del bebé?

Blanco

Negro

Asiático

Otro (especifique): _____

(Ver el Diccionario de datos del NFIMR)

5. ¿Es el padre del bebé de origen hispano?

Sí No No se sabe

Si lo es, ¿cuál de estos grupos corresponde a su origen?

Mexicano, mexicano-americano, chicano

Portorriqueño

Cubano

Centro o suramericano

Otro grupo hispano (especifique): _____

6. ¿Estuvo empleado el padre del bebé durante su embarazo?

Sí No

Si lo estuvo, descríbalas: _____

(Nota: Si está utilizando el Software del NFIMR, vea en el Diccionario de datos el código de empleo correspondiente)

7. ¿Tenía el padre que utilizar vestimenta o equipo de protección en su trabajo?

Sí No

(Si tenía que hacerlo, indique todo lo que corresponda)

Guantes

Anteojos protectores

Respirador

Overoles

Zapatos protectores

Otro equipo (especifique): _____

Ahora queremos que piense en su relación con el padre del bebé.

8. ¿Cómo describiría su relación con su pareja durante su embarazo?

Excelente

Mala

Buena

El padre no estaba presente

Regular

No estoy segura

Si el padre no estaba presente, pase a la Parte G

9. ¿Cuán satisfecha estaba usted con su contribución financiera para mantenerla?

- Muy satisfecha
- Un tanto satisfecha
- No corresponde
- Insatisfecha
- No estoy segura

10. ¿Ahora voy a hablar acerca de algunos problemas que los padres pueden experimentar. Durante su embarazo, ¿tuvo el padre del bebé alguno de los siguientes problemas?

- Problemas de trabajo o para conseguir empleo
- Problemas de dinero
- Problemas emocionales
- Problemas con sus hijos u otros parientes
- Problemas con la ley
- Problemas de salud
- Problemas de drogas o alcohol
- Problemas de vivienda
- Una muerte en la familia
- Ninguno
- No sé
- Otros (*especifique*): _____

11. En terminus generales, ¿cómo describiría su relación actual con el padre del bebé?

- Excelente
- Mala
- Buena
- El padre no está presente
- Regular
- No estoy segura

¿Hay algo más que quiera decirme acerca del padre del bebé?

PARTE G – NIVEL DE VIDA

En esta sección, quisiéramos que nos hablara de su nivel de vida durante su embarazo reciente y antes de que su bebé muriera. Piense acerca de dónde vivía y las cosas que podía permitirse hacer y comprar.

1. ¿Cómo se sentía acerca de su nivel de vida en general?

- Muy satisfecha Relativamente satisfecha
 Ni satisfecha ni insatisfecha Relativamente insatisfecha
 Muy insatisfecha No sé

2. ¿Cuáles fueron las fuentes de sus ingresos familiares durante los últimos 12 meses?

(Marque todas las que correspondan)

- Sueldo o salario de un empleo
 Programas de asistencia, tales como AFDC, Welfare, Public Assistance, General Assistance, vales canjeables por alimentos o SSI
 Prestaciones de desempleo
 Pagos para la manutención de hijos o pensión alimentaria
 Honorarios, ingresos provenientes de alquileres, comisiones, intereses, dividendos, o ingresos de un negocio o finca
 Seguro social, Indemnización por accidentes de trabajo, prestaciones o pensiones para veteranos
 Otra (especifique): _____

3. ¿Estaría dispuesta a darme una estimación de los ingresos anuales de su familia?

- Sí No (Pase a la pregunta #5)

4. ¿Cuáles fueron los ingresos totales de su familia durante el año que precedió a su parto más reciente? (Incluya todas las fuentes de ingresos)

- \$7,999 o menos \$8,000 - \$11,999
 \$12,000 - \$15,999 \$16,000 - \$19,999
 \$20,000 - \$24,999 \$25,000 - \$29,999
 \$30,000 - \$39,999 \$40,000 - \$49,999
 \$50,000 or more No sé

5. ¿Su casa era propia o alquilada?

- Propia Alquilada No corresponde, vivía con mi familia, familia política, o con amigos

6. ¿Qué ambientes tiene la casa, trailer o apartamento en donde vive?

(Marque todos los que correspondan)

- Dormitorios (número: _____) Sala
 Comedor separado Cocina
 Baños (número: _____) Sala de juegos, cuarto de estar, salon familiar
 Sótano habitable Vivienda de un solo ambiente

7. ¿Cuánte pagaba de alquiler o hipoteca cada mes? \$ _____ No recuerdo

8. ¿Cuántas veces se cambió de casa en el último año? _____

(Entrevistador: Utilice su criterio al determinar la conveniencia de hacer las preguntas #9 a #12)

9. ¿Vivía usted en viviendas públicas?

- Sí No

10. Durante su reciente embarazo o antes de la muerte de su bebé, ¿hubo algún momento en el que no tuvo dinero para pagar un alojamiento, o no podía pagar el alquiler o la hipoteca?

- Sí No

11. ¿Fue desalojada de su casa?

- Sí No

12. ¿Le desconectaron el gas o la electricidad porque no podía pagar la cuenta?

- Sí No

13. Antes de morir su bebé, ¿le preocupaba no tener suficiente dinero de un mes al siguiente?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> No me preocupaba para nada | <input type="radio"/> Me preocupaba un poco |
| <input type="radio"/> Me preocupaba un tanto | <input type="radio"/> Me preocupaba mucho |
| <input type="radio"/> Me preocupaba en extremo | <input type="radio"/> No estoy segura |

¿Hay algo más que quiera decirme acerca de su nivel de vida?

SECCIÓN H – CAMBIOS EN LA VIDA/RESPALDO SOCIAL

Para algunas mujeres, el embarazo puede ser un período difícil. Las siguientes preguntas se refieren a algunas cosas que pudieron haberle sucedido antes de su embarazo más reciente o durante el mismo.

1. Esta pregunta se relaciona con cosas que pudieron haberle sucedido durante los 12 meses antes de dar a luz a su recién nacido. Este lapso incluye los meses antes de que usted quedara embarazada. Podría ser útil usar un calendario.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Un familiar cercano estuvo gravemente enfermo y debió ser hospitalizado | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Se divorció o separó de su marido o compañero | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Se mudó a otro domicilio | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Se quedó sin casa | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Su marido o compañero se quedó sin empleo | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Usted perdió su empleo, a pesar de desear seguir trabajando | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Usted y su marido o compañero discutían más que de costumbre | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Su marido o compañero le dijo que no la quería embarazada | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Tenía muchas cuentas que no podía pagar | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Tuvo una pelea en la que hubo golpes | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Usted o su marido o compañero estuvieron en la cárcel | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Alguien muy cercano tuvo un serio problema de alcohol o drogas | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Alguien muy cercano a usted murió | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| • Usted sentía temor por la violencia que había en su vecindario | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Las siguientes preguntas se refieren al maltrato físico. El maltrato físico incluye los empujones, golpes, bofetadas, patadas, o cualquier otra manera de lesionar a alguien.

2. Durante los doce meses antes de quedar embarazada de su último bebé, ¿la maltrató físicamente alguna de las siguientes personas?

(Marque todas las personas que correspondan)

- Mi esposo o compañero
- Un familiar u otra persona que vivía conmigo y que no era mi marido o compañero
- Un amigo
- Otra persona (por favor, díganos quién): _____
- Nadie me maltrató físicamente durante los doce meses antes de quedar embarazada

3. Durante su embarazo más reciente, ¿la maltrató alguna de las siguientes personas?

(Marque todas las personas que correspondan)

- Mi esposo o compañero
- Un familiar u otra persona que vivía conmigo y que no era mi marido o compañero
- Un amigo
- Otra persona (por favor, díganos quién): _____
- Nadie me maltrató físicamente durante mi embarazo

4. Durante los doce meses antes de nacer su bebé, ¿quién la habría ayudado si se le hubiese presentado algún problema? (Por ejemplo, si hubiese necesitado que la llevaran a la clínica o le prestaran \$20).

(Marque todas las personas que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mi esposo o compañero | <input type="radio"/> Mi madre, mi padre o mis suegros |
| <input type="radio"/> Otro miembro de la familia o pariente | <input type="radio"/> Un amigo |
| <input type="radio"/> Nadie me habría ayudado | <input type="radio"/> No sé |
| <input type="radio"/> Otra persona <i>(especifique)</i> : _____ | |

5. En el transcurso del último mes, ¿con cuánta frecuencia se sintió satisfecha con respecto a su capacidad para resolver sus problemas personales?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Casi nunca |
| <input type="radio"/> A veces | <input type="radio"/> Con cierta frecuencia |
| <input type="radio"/> Con mucha frecuencia | <input type="radio"/> No sé |

6. En el transcurso del último mes, ¿con cuánta frecuencia sintió que sus problemas eran tantos que no podría resolverlos?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Casi nunca |
| <input type="radio"/> A veces | <input type="radio"/> Con cierta frecuencia |
| <input type="radio"/> Con mucha frecuencia | <input type="radio"/> No sé |

7. En el transcurso del último mes, ¿con cuánta frecuencia se sintió deprimida, desanimada o triste?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Casi nunca |
| <input type="radio"/> A veces | <input type="radio"/> Con cierta frecuencia |
| <input type="radio"/> Con mucha frecuencia | <input type="radio"/> No sé |

8. Desde que muriera su bebé, ¿ha recibido asesoramiento o ha participado en un grupo de respaldo para padres que han perdido a un hijo?

- Sí No

En caso afirmativo, marque todos los que correspondan

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Su médico | <input type="radio"/> Las enfermeras del consultorio o clínica de su médico |
| <input type="radio"/> Un sacerdote o pastor | <input type="radio"/> Un terapeuta o asesor profesional |
| <input type="radio"/> Los miembros de un grupo de respaldo | <input type="radio"/> Otra persona <i>(especifique)</i> : _____ |

9. Al analizar toda esta experiencia, ¿qué considera que la habría hecho más llevadera su situación?

10. ¿Qué considera usted que debe hacerse para ayudar a las mujeres y familias que experimentan la muerte de una criatura?

¿Hay algo que quiera decirme en relación con la muerte de su bebé?

NOTAS DEL RECOPIADOR: *(sírvese describir el ambiente familiar, ver ejemplos en el Diccionario de datos)*

Completado por: _____

Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| | | |
| mes | día | año |

N A T I O N A L
NFIMR
FETAL–INFANT MORTALITY REVIEW PROGRAM

**SUPLEMENTO DE LA
ENTREVISTA DOMICILIARIA
LA SALUD DEL BEBÉ
EN LA CASA**

*Programa nacional de evaluación de la mortalidad fetal e infantil
National Fetal-Infant Mortality Review Program*

*The American College of Obstetricians and Gynecologists
Médicos al cuidado de la salud de la mujer*

FORMULARIO PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS

SUPLEMENTO – LA SALUD DEL BEBÉ EN LA CASA

Estas preguntas se refieren al cuidado de su bebé en la casa. Sabemos que algunas preguntas serán difíciles de contestar y otras podrán traerle recuerdos dolorosos. Le rogamos que nos suministre toda la información que pueda. Hacemos estas preguntas a fin de tratar de ayudar a otras mujeres durante sus embarazos.

1. A. ¿Qué edad tenía su bebé cuando lo trajeron por primera vez del hospital a la casa?

_____ días _____ ó meses No estoy segura

B. ¿Cuando el bebé vino a casa, se sintió lista para cuidar a un recién nacido?

Sí No No estoy segura

Sírvase explicar _____

2. ¿Durante cuántas semanas amamantó a su recién nacido?

_____ semanas

No amamanté a mi bebé

Lo amamanté menos de una semana

3. ¿Cuántas semanas de edad tenía su bebé cuando lo alimentó con algo que no fuera leche materna? (Incluya fórmula, comida para bebés, leche de vaca o cualquier otro alimento)

_____ semanas

Mi bebé tenía menos de una semana

No lo alimenté con nada que no fuera mi propia leche

4. ¿Aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, su recién nacido permanecía en la misma habitación con alguien que estuviese fumando?

_____ horas

Mi bebé nunca estuvo en la misma habitación con alguien que estuviese fumando

5. ¿En que posición acostaba a dormir a su recién nacido la mayor parte del tiempo?

(Marque una respuesta)

De costado

De espaldas

Boca abajo

6. Después de que nació su bebé, ¿usted trabajó o asistió a la escuela?

Sí No

Si así fue, provea información: _____

A. Si respondió que sí, ¿cuándo volvió al trabajo o a la escuela después de tener al bebé?

_____ semanas

B. Si respondió que sí, ¿quién cuidó del bebé?

Una familiar o amiga

Una guardería privada

Una niñera autorizada para cuidar niños en su domicilio

Otra persona (*especifique*): _____

7. ¿Cuántas veces fue llevado su bebé al médico o enfermera para recibir vacunas o atención médica de rutina para niños sanos?

_____ veces Nunca No recuerdo

8. ¿Fue llevado su bebé tantas veces como usted quiso a recibir atención médica de rutina para niños sanos?

Sí No

9. ¿Impidió alguna de los obstáculos siguientes que su bebé recibiera atención médica de rutina para niños sanos?

(Marque todos los que correspondan)

- No tenía suficiente dinero ni seguro para pagarla
- No pude conseguir una cita
- No sabía adónde dirigirme
- No tenía manera de llevar al bebé a la clínica o consultorio
- No tenía quien me cuidara a los demás niños
- Otra *(especifique)*: _____

10. Cuando su bebé recibió vacunas infantiles u otra atención médica de rutina para niños sanos, ¿a dónde lo llevó la mayor parte del tiempo?

(Marque todos los lugares que correspondan)

- Al consultorio de un médico provado
- A un centro de salud comunitario
- A la clínica de un hospital
- Otro lugar *(especifique)*: _____
- No recuerdo
- Al departamento de salud del condado o la ciudad
- A un centro de atención médica administrada
- A la sala de emergencias de un hospital

11. ¿Tuvo su bebé algún problema de salud crónico?

Sí No *(Pase a la pregunta #14)* No sé

Si lo tuvo, descríballo: _____

12. Algunos bebés necesitan equipo o tratamientos medicos especiales en la casa. ¿Necesitó su bebé algo especial?

Sí No

A. Si lo necesitó, indique todo lo que corresponda:

- Oxígeno
- Nutrición parenteral
- Traqueostomía
- Alimentación por tubo
- Respirador
- Otro *(especifique)*: _____
- Equipo suctorio (relativo a la succión)
- Diálisis renal
- Traqueotomía
- Colostomía
- Monitores cardiorespiratorios (apnea)

B. Si lo necesitó, ¿le fue difícil pagar estos medicamentos o tratamientos?

Sí No No se sabe

C. Si lo necesitó, ¿recibió usted capacitación e instrucción con respecto a lo siguiente después de que su bebé fue trasladado a su casa?

Sí No

Si respondió que sí, marque todos los procedimientos que correspondan

- Resucitación de boca a boca
- Número telefónico para pedir asistencia médica las 24 horas del día
- Empleo del equipo
- Número telefónico para la reparación del equipo durante las 24 horas del día
- Otro (*especifique*): _____
- Cuidado del equipo
- Maneras de tratar los problemas especiales del bebé
- Síntomas infantiles que requieren atención médica inmediata

13. Cuando su bebé ya estaba en casa con usted, ¿desarrolló alguna de los siguientes problemas o enfermedades? No incluya los problemas o enfermedades que pudieran haberse presentado mientras el bebé se hallaba en el hospital :

Sí No (*Si respondió que sí, marque todos los que correspondan*)

- ResfriadoNúmero de veces _____
- Fiebre.....Número de veces _____
- Infección de los ojos.....Número de veces _____
- Infección de los oídos.....Número de veces _____
- VómitosNúmero de veces _____
- Diarrea.....Número de veces _____
- Lesión causada por una mala caída o accidenteNúmero de veces _____
- Otras enfermedades (*especifique*): _____ .Número de veces _____

14. Antes de que sacara del hospital a su recién nacido, ¿sabía usted adónde llevarlo en caso de que se enfermera?

Sí No No recuerdo

15. ¿Tuvo alguna vez problemas para pagar la atención médica cuando su bebé estuvo enfermo?

Sí No No recuerdo

16. Después de que su bebé fue traído a casa, ¿aproximadamente cuántas veces lo llevó al médico porque estaba enfermo?

_____ veces No recuerdo

17. ¿Cuál fue el último lugar donde su bebé recibió atención médica antes de morir? (No incluya el hospital en donde murió o al que fue llevado después de su muerte.)

- El consultorio de un médico privado
- Un centro de salud communitario
- La clínica de un hospital
- Otro lugar (*especifique*): _____
- No recuerdo
- El departamento de salud del condado o la ciudad
- Un centro de atención médica administrada
- La sala de emergencias de un hospital

18. Hábleme de la salud del bebé después de esta última visita:

19. ¿Cómo pagó la atención médica del bebé? (Incluya tanto la atención médica del niño enfermo como la de rutina para niños sanos)

(Marque todas las respuestas que correspondan)

- Seguro privado
- Yo/nosotros
- Medicaid
- Otra fuente (especifique): _____
- Organización de atención médica administrada (MCO)
- CHAMPUS

20. Después de que el bebé fue llevado a casa, ¿recibió usted ayuda financiera o respaldo de algún programa u organización?

Sí No (Si así fue, marque todos los que correspondan)

- Servicio de salud mental
- Evaluación genética/asesoramiento
- WIC
- Alojamientos colectivos
- Medicaid
- Programa de mantenimiento con metadona
- Servicios de protección infante
- Evaluación y seguimiento de hogares por el PHN
- Otro (especifique): _____
- Planificación financiera
- Planificación familiar
- Dirección de la vivienda
- Asistente de economía doméstica/de salud domiciliaria
- Oficina de empleos
- Manejo de casos de asistencia social en curso
- Programa para dejar de fumar

21. ¿Recibió su niño la asistencia de algún programa de salud?

Sí No (Si así fue, marque todos los que correspondan)

- Atención o visitas domiciliarias de enfermeras de salud pública
- WIC
- Centros de descanso/guarderías infantiles
- Seguridad social
- Otro (especifique): _____
- Atención, tratamientos o equipos médicos financiados por el condado o estado
- Programa para niños con impedimentos físicos
- Programa de salud para niños pequeños

Entrevistador: *Quedan apenas unas pocas preguntas acerca del bebé. Estas se relacionan con los períodos que estuvo hospitalizado.*

22. Una vez que trajo a su bebé a casa después del parto, ¿tuvo que volver a quedarse la noche en el hospital por alguna razón?

Sí No

A. ¿Por qué fue hospitalizado? _____ No sé

B. ¿Aproximadamente cuántas noches permaneció su bebé en hospital?
_____ noches No sé

23. ¿Cuándo fue internado su bebé en este hospital?

| | | |
|-----|-----|-----|
| | | |
| mes | día | año |

24. ¿Cuántas veces, incluida la ocasión arriba mencionada, pasó su bebé la noche en el hospital después de nacer y ser llevado a casa?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces o más
- No recuerdo

25. ¿Por qué razón fue su bebé hospitalizado la última vez?

¿Hay algo más que quiera decirme acerca de la salud de su bebé?

NOTAS DEL RECOPIADOR:

Completado por: _____

Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| | | |
| mes | día | año |