

A. Participante #: _____	B. Entrevistadora: _____	C. Fecha: _____
--------------------------	--------------------------	-----------------

**PARA SER COMPLETADA POR LA ENTREVISTADORA:**

D. Por favor indique la apariencia racial del entrevistado:

- 1 Negro
- 2 Blanco
- 3 Más de una raza
- 99 No sabe

**Encuesta sobre el Embarazo en el Trabajo**

Voy a hacerle algunas preguntas sobre su experiencia como mujer en edad reproductiva que trabaja en la hojita/ la guardería. La encuesta nos debe tomar unos \_\_\_\_\_ minutos. Vamos a comenzar con algunas preguntas básicas acerca de usted y de donde viene

**SECCION A. DEMOGRAFICA**

1. ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_ Años

2. ¿En qué país nació?

- 1 Estados Unidos
- 2 México
- 3 Haití
- 4 Otro, **ESPECIFIQUE** \_\_\_\_\_

3. ¿En qué condado está actualmente viviendo? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su estado civil?

- 1 Casada
- 2 Unión Libre/Viviendo con su pareja sin estar casados
- 3 Soltera
- 4 Divorciada
- 5 Viuda

5. ¿Qué idioma habla originalmente? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos años de escuela terminó en su país de origen? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuántos años de escuela terminó en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

8. ¿Se considera usted Hispana/Latina?

- 1 Si
- 2 No
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

9. ¿Está actualmente embarazada?

- 1 Si
- 2 No
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

**SECCION B. PRACTICAS LABORALES**

Las siguientes preguntas son sobre el tipo de trabajo que hace y las tareas que este trabajo implica.

10. ¿Esta actualmente empleada?

- 1 No
- 2 Si, tiempo parcial [menos de 35 horas a la semana]
- 3 Si, tiempo completo [mas de 35 horas a la semana]
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

11. En todo lo que va de su vida, ¿cuánto tiempo tiene trabajando en las norserias/con la hojita?\_\_\_\_\_

12. Además de su trabajo en las norserias/con la hojita ¿ha hecho algun otro tipo de trabajo en la agricultura?

- 1 Si
- 2 No
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

13. En una semana típica, ¿cuál de las siguientes tareas hace en su trabajo?

	1 Frecuentemente	2 Algunas veces	3 Nunca
13A. Plantando (poniendo retoños en macetas - Poteando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13B. Cortando o podando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13C. Moviendo plantas o arboles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13D. Empacando y poniendo ordenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13E. Desempacando retoños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13F. Lavando, limpiando plantas y/o arboles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13G. Deshierbando (limpiando monte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13H. Clasificando plantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13I. Transportando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13J. Cargando a mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13K. Mesclando/rociando/sprayando pesticidas u otros químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13L. Limpiando el área de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13M. Operando el montacargas (forklift) u otra maquinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13N. Supervisando otros trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13O. Otra cosa (Por favor especifique)			

14. En la última semana, cuando estuvo en el trabajo, cuanto tiempo estuvo haciendo lo siguiente:

	1 Frecuentemente	2 Algunas veces	3 Nunca
14A. Sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14B. Parada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14C. Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14D. Cargando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14E. Agachada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14F. Cortando/Usando herramientas de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14G. Arrodillada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14H. En un lugar muy caliente o bajo el sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14I. Retorciéndose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14J. Alcanzando cosas por encima de su cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14K. En cuclillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Durante el verano, con que frecuencia siente \_\_\_\_\_ (SINTOMA) mientras trabaja:

	1 Frecuentemente	2 Algunas veces	3 Nunca
15A. Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15B. Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15C. Perdida de coordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15D. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15E. Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15F. Calambres musculares repentinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15G. Agotamiento por calor (bochorno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15H. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **SECTION C. HIGIENE EN EL TRABAJO**

Las siguientes preguntas son sobre su acceso a facilidades sanitarias en su lugar de trabajo

16A. En su lugar de trabajo ¿Tiene un lugar donde pueda lavar sus manos?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

16B. **SI SIEMPRE O ALGUNAS VECES:** En su trabajo, donde se lava las manos ¿Cón que frecuencia hay jabón y toallas de papel?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

17. Cuando esta trabajando en la nurseria o con la hojita ¿Con que frecuencia se lava las manos antes de comer?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

18. En su lugar de trabajo ¿tiene agua potable (que este lo suficientemente limpia como para beber)?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

19A. ¿Con que frecuencia su trabajo tiene vasos desechables o algo con que beber?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

19B. **SI SIEMPRE O ALGUNAS VECES:** Si no le dan vasos desechables, con que frecuencia usa cualquier recipiente disponible para beber agua?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

20A. En su lugar de trabajo, ¿puede tomar agua a la hora que usted quiera?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

**SI ALGUNAS VECES O NUNCA:** Cuando no puede tomar agua a la hora que usted quisiera ¿Con que frecuencia se debe a una de las siguientes razones?

	1 Frecuentemente	2 Algunas veces	3 Nunca
20B. Estoy preocupada que mi supervisor me este observando y se enoje conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20C. No quiero tomar tiempo de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20D. No hay agua de beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21A. ¿Normalmente hay baños en su lugar de trabajo?

- 1 Si, hay baño
- 2 Si, hay baños moviles/letrinas (portable toilets)
- 3 No

21B. SI **NO**: ¿A donde va a hacer del baño?

---

---

---

- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

22A. En su lugar de trabajo ¿Puede ir al baño en el momento que usted quiere?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

**SI ALGUNAS VECES O NUNCA:** Cuando no puede ir al baño a la hora que usted quisiera ¿Con que frecuencia se debe a una de las siguientes razones?

	1 Frecuentemente	2 Algunas veces	3 Nunca
22B. Estoy preocupada que mi supervisor me este observando y se enoje conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22C No quiero tomar tiempo de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22D. Los baños no estan limpios o les falta mantenimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. En su lugar de trabajo ¿le dan equipo de protección (por ejemplo: guantes, overoles, mascarillas, lentes)?

- 1 Siempre (PASE A LA PREGUNTA 25)
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

24. ¿Usted tiene que traer su propio equipo de protección (por ejemplo: guantes, overoles, mascarillas, lentes)?

- 1 Siempre
- 2 Algunas veces
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

25. ¿En que momento se cambia de ropa después de haber salido del trabajo?

- 1 Inmediatamente
- 2 En los primeros 30 minutos de salir
- 3 Mas tarde de 30 minutos de haber salido
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

26. . ¿En que momento se baña cuando llega a casa después del trabajo?

- 1 Inmediatamente
- 2 En los primeros 30 minutos de salir
- 3 Mas tarde de 30 minutos de haber salido
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

#### **SECCION D. CREENCIAS DE SALUD**

Las siguientes preguntas son sobre sus sentimientos y creencias de los pesticidas

27. ¿Con que frecuencia piensa que tiene contacto con los pesticidas mientras trabaja en la nurseria/con la hojita?

- 1 Todos los días
- 2 Ocasionalmente
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

28. En el mes pasado ¿Con que frecuencia le preocuparon los efectos de los pesticidas a su salud?

- 1 Todos los días
- 2 Ocasionalmente
- 3 Nunca
- 77 SE NIEGA A CONTESTAR
- 99 NO SABE

29. ¿Usted cree que alguna vez ha estado enferma por haber trabajado en lugares donde se han usado pesticidas?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 No estoy segura	<input type="checkbox"/> 77 Se niega a contestar
30. ¿Usted cree que los pesticidas puedan afectar a las personas que trabajan en las norserias o en la hojita?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 No estoy segura	<input type="checkbox"/> 77 Se niega a contestar
31. ¿Usted cree que los pesticidas puedan afectar la salud de los niños en los vientres de las madres que trabajan en la nurseria/ o en la hojita?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 No estoy segura	<input type="checkbox"/> 77 Se niega a contestar
32. ¿Usted cree que los pesticidas puedan afectar la salud de los niños que viven con padres que trabajan en la nurseria/ o en la hojita?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 No estoy segura	<input type="checkbox"/> 77 Se niega a contestar
33. ¿Usted cree que tendrá problemas de salud en futuro a causa de los pesticidas?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 No estoy segura	<input type="checkbox"/> 77 Se niega a contestar
34. ¿Usted cree que sus hijos estén sufriendo o sufriran de problemas de salud a causa de los pesticidas?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 No estoy segura	<input type="checkbox"/> 77 Se niega a contestar



**SECTION E. HISTORIA REPRODUCTIVA**

Ahora me gustaría preguntarle sobre las veces en las que ha estado embarazada.

35. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? Por favor incluya a todos los niños vivos, abortos voluntarios e involuntarios (miscarriages), niños nacidos muertos, embarazos ectópicos, embarazos en los tubos de la matriz, y embarazos molares \_\_\_ \_\_ **embarazo(s)** [00 = Ninguno]

Ahora me gustaría preguntarle sobre cada uno de sus embarazos comenzando con su último embarazo.

36.	<p>Dígame ¿Cuál fue el resultado de su embarazo <b>mas reciente?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El niño nació vivo</li> <li>2. Miscarriage (perdida del embarazo en las primeras 20 semanas de gestación)</li> <li>3. Aborto</li> <li>4. El niño nació muerto (nacido después de 20 semanas de gestación)</li> <li>5. Embarazo Ectópico (embarazo en los tubos de la matriz)</li> <li>6. Embarazo Molar</li> <li>77. SE NIEGA A CONTESTAR</li> <li>99. NO SABE</li> </ol>	
37.	<p>¿Cuántas semanas duro el embarazo?</p> <p><b>[USE MESES SI NO SABE CUANTAS SEMANAS]</b></p> <p><b>[SI NO SABE, PREGUNTE SI]:</b> ¿Fue un embarazo a término? 37-40 semanas, o 9 meses?</p> <p><b>[94=NO FUE A TERMINO]</b></p> <p><b>[95= A TERMINO]</b></p> <p><b>[99 = NO SABE]</b></p>	<p style="text-align: center;">— —</p> <p style="text-align: center;"><b>MARQUE: SEM/MES</b></p>
38A.	<p>¿Estuvo trabajando durante este embarazo?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 – SI, TRABAJO DURANTE TODO EL EMABRAZO <b>(PASE A LA PREGUNTA 39)</b></li> <li>2 – SI, PERO DEJO DE TRABAJAR ANTES QUE TERMINARA EL EMBARAZO</li> <li>3 – NO, NO TRABAJO EN NINGUN MOMENTO DE ESTE EMBARAZO <b>(PASE A LA PREGUNTA 41)</b></li> <li>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</li> <li>99 – NO SABE</li> </ol>	

38B.	Si no trabajo durante todo el embarazo. ¿En que semana dejo de trabajar? <b>[USE MESES SI NO SABE CUANTAS SEMANAS]</b>	<p style="text-align: center;">— —</p> <p style="text-align: center;"><b>MARQUE: SEM/MES</b></p>
39.	¿Trabajo en la agricultura durante este embarazo? 1 – SI, EN UNA NURSERIA 2 – SI, CON LA HOJITA 3 – SI, EN AMBOS UNA NURSERIA Y LA HOJITA 4 – SI, EN OTRO TRABAJO AGRICOLA 5 – NO, NO TRABAJE EN LA AGRICULTURA 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">37B. Si 4, ¿que tipo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
40A.	¿Le dijo a su supervisor que estaba embarazada? 1 – SI 2 – NUNCA LE DIJE PERO SE DIO CUENTA 3 – NO <b>(PASE A LA PREGUNTA 41)</b> 4 –NO TRABAJE DURANTE ESTE EMBARAZO <b>(PASE A LA PREGUNTA 41)</b> 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	
40B.	<b>SI LE DIJO:</b> ¿En que momento le dijo que estaba embarazada? <b>[USE MESES SI NO SABE CUANTAS SEMANAS]</b> <b>[99 = NO SABE]</b>	<p style="text-align: center;">— —</p> <p style="text-align: center;"><b>MARQUE: SEM/MES</b></p>
41.	¿Fumo durante este embarazo? 1 – SI 2 – ALGUNAS VECES 3 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	<p style="text-align: center;">—</p>

42.	¿Tomo alcohol durante este embarazo? 1 – SI 2 – ALGUNAS VECES 3 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	—
43.	¿Recibió cuidado prenatal durante este embarazo? 1 – SI 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	—
44.	¿Qué tipo de problemas tuvo para recibir atención prenatal durante este embarazo? <b>MARQUETODAS LAS QUE APLIQUEN</b>	A. No consiguió hacer cita B. No tenía dinero para recibir atención C. Sin transportación D. No tenía seguro médico E. Sin Medicaid F. Sin ayuda para cuidar a los otros hijos G. Muy ocupada o con muchas otras preocupaciones para buscar cuidado prenatal H. Tuvo que ocultar el embarazo I. No existía atención médica en el area J. Temerosa de perder días de trabajo y/o las consecuencias en su trabajo K. Otra razón Por favor especifique : L. _____ M. _____ N. _____

45.	<p>¿En que semana de su embarazo recibió su primera atención prenatal?</p> <p><b>[USE MESES SI NO SABE CUANTAS SEMANAS]</b></p> <p><b>[99 = NO SABE]</b></p> <p><b>NO MARQUE NADA SI NO RECIBIO CUIDADO PRENATAL</b></p>	<p>— —</p> <p><b>MARQUE: SEM/MES</b></p>
46.	<p>Durante su embarazo ¿Se sintió cómoda hablando con su medico y haciéndole preguntas?</p> <p>1 – MUY COMODA</p> <p>2 – MAS O MENOS COMODA</p> <p>3 – SE SINTIO INCOMODA</p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	<p>—</p>
47.	<p>Durante su embarazo, ¿Su médico le pregunto sobre el tipo de trabajo que estaba haciendo?</p> <p>1 – SI</p> <p>2 – NO <b>[PASE A LA PREGUNTA 51]</b></p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	<p>—</p>
48.	<p>¿Recibió indicaciones de su médico u enfermera para que cambiara algo en el trabajo que hacia por el tiempo en que duraba este embarazo?</p> <p>1 – SI</p> <p>2 – NO <b>(PASE A LA PREGUNTA 51)</b></p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	<p>—</p>
49 A-F.	<p><b>SI ASI FUE:</b> ¿Qué le pidió que cambiara?</p> <p><b>[MARQUE A LA DERECHA]</b></p>	<p>A. Trabajar menos horas</p> <p>B. Tomar descansos con mayor frecuencia</p> <p>C. Estar más tiempo sentada que parada</p> <p>D. Otro tipo de recomendación, por favor especifique:</p> <p>E. _____</p> <p>F. _____</p>

49G.	<p>Si le hicieron una recomendación ¿Pudo hacer los cambios en el trabajo para seguir trabajando?</p> <p>1 – SI</p> <p>2 – NO, TUVE QUE DEJAR DE TRABAJAR</p> <p>3 – NO, SEGUI TRABAJANDO DE LA MISMA FORMA, CONTRARIO A LAS INDICACIONES DEL MEDICO/ENFERMERA</p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	—
50.	<p>Durante el embarazo ¿se le diagnosticó con:</p> <p><b>[PREGUNTE POR CADA DIAGNOSTICO]</b></p> <p>1 – SI</p> <p>2 – NO</p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	
50A.	Alta presión arterial, pre eclampsia, toxemia, o eclampsia?	—
50B.	Diabetes o alto nivel de azúcar en la sangre?	—
50C.	Parto prematuro o contracciones prematuras?	—
50D.	Alguna otra complicación en su embarazo? (Especifique por favor)	<p>50E. _____</p> <p>50F. _____</p> <p>50G. _____</p>

51.	<p>Durante este último embarazo ¿tuvo alguno de los siguientes problemas?</p> <p><b>(LEA Y MARQUE LA LISTA A LA DERECHA)</b></p> <p><b>MARQUE. N/A SI NINGUNO DE LOS PROBLEMAS FUERON REPORTADOS</b></p>	<p>A. Dolor de cabeza</p> <p>B. Nausea/vomito</p> <p>C. Mareos/Desmayos</p> <p>D. Vista Borrosa/Nublada</p> <p>E. Hinchazón</p> <p>F. Se le entumieron las manos o las piernas</p> <p>G. Ronchas/Salpullido</p> <p>H. Ojos irritados</p> <p>I. Infección en las vías urinarias</p> <p>J. Incremento o decremento de los movimientos del niño a la hora del trabajo</p> <p>K. Mucha tos/dificultad para respirar</p> <p>L. Taquicardia/El corazón muy acelerado</p> <p>M. Garganta irritada</p> <p>N. Sangrado vaginal o pantis manchadas</p> <p>O. Constipación o diarrea</p> <p>P. Piernas temblorosas/caídas mientras trabajaba</p> <p>Q. N/A</p>
52.	<p><b>[Si el participante no trabajo en la agricultura en este ultimo embarazo PASE A LA PREGUNTA 55]</b></p> <p>Nos podría mostrar donde tuvo dolor <b>mientras trabajaba</b> en la nurseria o la hojita estando embarazada.</p> <p><b>[COMPLETE BODY PAIN CHART Y MARQUE EN ESTA PAGINA AL TERMINAR]</b></p>	<p>___ Body chart completed</p> <p><b>MARQUE N/A si no aplica</b></p>
53.	<p>Nos podría mostrar donde tuvo ronchas/salpullido <b>cuando trabajaba</b> en la nurseria o la hojita estando embarazada.</p> <p><b>[ COMPLETE RASH CHART Y MARQUE EN ESTA PAGINA AL TERMINAR ]</b></p>	<p>___ Rash chart completed</p> <p><b>MARQUE N/A si no aplica</b></p>
54.	<p>¿En que fecha nació su hijo(a) o termino este embarazo)?</p> <p><b>[00/00/13]= ACTUALMENTE EMBARAZADA</b></p> <p><b>[99/99/13]= NO SE ACUERDA</b></p>	<p>___/___/___</p> <p>MES/DIA/ANO</p>

55.	<p>¿En algún momento desde su nacimiento hasta el primer año de vida, el medico le dijo que el bebe tenía algún defecto de nacimiento o alguna otra enfermedad? (Pregunto incluso si el niño falleció)</p> <p>1 – SI 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE</p> <p><b>[SI ACTUALMENTE EMBARAZADA O NO RESULTO EN INFANTE VIVO PASE A LA PREGUNTA 63]</b></p>	<p>Si contesta afirmativamente, por favor especifique:</p> <p>—</p> <p><b>Si fue causa de muerte marque (D)</b></p> <p>55B. _____ 55C. _____ 55D. _____ 55E. _____</p>
56.	<p><b>[CONTINUE SOLO SI EL EMBARAZO TERMINO EN HIJO VIVO]</b></p> <p>¿Este ultimo hijo fue un niño o una niña?</p> <p>NIÑO – 1 NIÑA– 2</p>	<p>—</p>
57.	<p>¿Cuál es el nombre de su niño(a)?</p>	<p>_____</p>
58.	<p>¿Qué peso tenia _____ <b>[NOMBRE]</b> cuando nacio?</p> <p><b>[SI NO SABE]</b> ¿Sabe si _____ <b>[NOMBRE]</b> pesando menos de 5 lbs 8 oz? (2500g)</p> <p>MARQUE si 'NO SABE':</p> <p><b>9994:</b> &lt; 5 lbs, 8 oz o 2500 gramos <b>9995:</b> &gt; 5 lbs, 8oz o 2500 gramos</p>	<p>__ lbs __ oz Or _____ kg</p>

59.	¿Le dio el pecho a _____ [NOMBRE]? 1 – SI 2 – NO ( <b>PASE A LA PREGUNTA 61</b> ) 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	—
60.	¿Cuántos meses tenía _____ [NOMBRE] cuando dejo de darle pecho? <b>[94 = ACTUALMENTE AMAMANTANDO ]</b> <b>[95 = MENOS DE UN MES]</b> <b>[77 = SE NIEGA A CONTESTAR]</b> <b>[99 = NO SABE]</b>	— — MESES
61.	¿Qué edad tenía _____ [NOMBRE] cuando usted regreso a trabajar?	_____ <b>MARQUE: SEM/MES/AÑOS</b>
62.	¿Alguna vez han diagnosticado a _____ [NOMBRE] de alguna enfermedad incluyendo problemas respiratorios, asma, problemas psicológicos o de aprendizaje o cualquier otro problema crónico? SI – 1 (ESPECIFIQUE) NO – 2 SE NIEGA A CONTESTAR – 7 NO SABE – 9	— Si contesta afirmativamente, por favor especifique: A. _____ B. _____ C. _____



<b>HÁBITOS PATERNALES</b>		
63.	¿Vivió con el papa del niño mientras duro su embarazo? 1 – SI 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	—
64.	¿Durante este embarazo el padre de su hijo	
64A.	Trabajo en las norserias o en la hojita? 1 – SI 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR                      99 – NO SABE	—
64B.	Aplico pesticidas, espray en el trabajo (sprayo)? 1 – SI 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR                      99 – NO SABE	—

En esta última sección voy a preguntarle por el resto de sus embarazos comenzando con el más reciente después del que le acabo de preguntar.

**(MENCIONE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO SI ES POSIBLE)**

	EMBARAZO	2 <sup>nd</sup> más reciente	3 <sup>rd</sup> más reciente	4 <sup>th</sup> más reciente	5 <sup>th</sup> más reciente	6 <sup>th</sup> más reciente
65.	<p>Díganos ¿Cual fue el resultado de sus anteriores embarazos comenzando con el penúltimo?</p> <p>1. Niño(a) viva</p> <p>2. Un aborto involuntario <b>con menos</b> de 20 semanas o 5 meses de embarazo (Miscarriage) .</p> <p>3. Aborto</p> <p>4. Nacido muerto (≥ 20 semanas o 5 meses de embarazo)</p> <p>5. Embarazo Ectopic (tubal)</p> <p>6. Embarazo Molar</p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99. NO SABE</p>	—	—	—	—	—
66.	<p>¿Trabajo en la agricultura durante este embarazo?</p> <p>1 – SI, EN UNA NURSERIA</p> <p>2 – SI, CON LA HOJITA</p> <p>3 – SI, EN AMBOS: NURSERIA Y LA HOJITA</p> <p>4 – SI, EN OTRO TRABAJO AGRICOLA</p> <p>5 – NO, NO TRABAJE EN LA AGRICULTURA</p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	<p>—</p> <p>66B. Si 4, pregunte ¿que tipo de trabajo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>—</p> <p>66B. Si 4, pregunte ¿que tipo de trabajo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>—</p> <p>66B. Si 4, pregunte ¿que tipo de trabajo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>—</p> <p>66B. Si 4, pregunte ¿que tipo de trabajo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>—</p> <p>66B. Si 4, pregunte ¿que tipo de trabajo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
67.	<p>¿Recibió cuidado prenatal durante este embarazo?</p> <p>1 – SI</p> <p>2 – NO (<b>PASE A LA PREGUNTA 70</b>)</p> <p>77 – SE NIEGA A CONTESTAR</p> <p>99 – NO SABE</p>	—	—	—	—	—

	EMBARAZO	2 <sup>nd</sup> más reciente	3 <sup>rd</sup> más reciente	4 <sup>th</sup> más reciente	5 <sup>th</sup> más reciente	6 <sup>th</sup> más reciente
68.	Durante el embarazo ¿se le diagnosticó con <b>[PREGUNTE POR CADA DIAGNOSTICO]?</b> 1 – SI 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE					
69A.	Alta presión arterial, pre eclampsia, toxemia, o eclampsia?	---	---	---	---	---
69B.	Diabetes o alto nivel de azúcar en la sangre?	---	---	---	---	---
69C.	Parto premature o contracciones prematuras?	---	---	---	---	---
70.	¿En algún momento desde su nacimiento hasta el primer año de vida, el medico le dijo que el bebe tenía algún defecto de nacimiento o alguna otra enfermedad? 1 – SI <b>[Pregunte si fue mas de una enfermedad o defecto, y si fue causa de muerte]</b> 2 – NO 77 – SE NIEGA A CONTESTAR 99 – NO SABE	--- Si contesta afirmativamente, por favor especifique: <b>Si fue causa de muerte marque (D)</b> 70B. _____ 70C. _____ 70D. _____ 70E. _____	--- Si contesta afirmativamente, por favor especifique: <b>Si fue causa de muerte marque (D)</b> 70B. _____ 70C. _____ 70D. _____ 70E. _____	--- Si contesta afirmativamente, por favor especifique: <b>Si fue causa de muerte marque (D)</b> 70B. _____ 70C. _____ 70D. _____ 70E. _____	--- Si contesta afirmativamente, por favor especifique: <b>Si fue causa de muerte marque (D)</b> 70B. _____ 70C. _____ 70D. _____ 70E. _____	--- Si contesta afirmativamente, por favor especifique: <b>If cause of death indicate - (D)</b> 70B. _____ 70C. _____ 70D. _____ 70E. _____
71.	¿Qué peso tenia el/la niño(a) cuando nació? <b>[SI NO SABE PREGUNTE SI FUERON MENOS DE 2 KILOS Y MEDIO -2500 GRAMOS o DE 5 LBS 8 OZ O]</b> <b>9994:</b> < 5 lbs, 8 oz o 2500 gramos <b>9995:</b> > 5 lbs, 8oz o 2500 gramos	__ lbs __ oz Or _____ kg MARQUE si 'NO SABE':	__ lbs __ oz Or _____ kg	__ lbs __ oz Or _____ kg	__ lbs __ oz Or _____ kg	__ lbs __ oz Or _____ kg

GRACIAS POR SU PARTICIPACION