

# PRAMS ZPER 2.0 – IN-HOSPITAL PARTNER SURVEY: Spanish version

Form Approved

OMB No.0920-XXXX

Exp. Date xx/xx/20xx

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).

## Spanish

### PRAMS-ZPER 2.0 In-Hospital Partner Survey (Spanish)

*Quisiéramos conocer sobre sus experiencias durante el último año. Primero, quisiéramos hacerle unas preguntas sobre usted.*

1. ¿Cuál es **su** fecha de nacimiento?

MES/DÍA/AÑO

2. ¿En qué municipio reside **actualmente**? *(Si usted vive en más de un lugar, por favor escriba el municipio donde vive la **mayoría** del tiempo.)*

Nombre del municipio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Actualmente no estoy viviendo en Puerto Rico

3. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

No terminé la escuela superior

Me gradué de escuela superior o su equivalente

Tomé algunos cursos de educación universitaria o cursos técnicos

Me gradué de educación universitaria

Tomé algunos cursos posgraduados

Completé estudios posgraduados (maestría, doctorado)

4. **En los últimos 12 meses**, ¿qué tipo de seguro o plan médico tenía **usted**? *(Marque **todas** las que correspondan.)*

No tenía ningún tipo de seguro o plan médico  
Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposa o pareja  
Seguro médico privado de mis padres  
Seguro médico privado pagado por mí o que otra persona pagaba por mí  
Plan de salud del gobierno/ Medicaid (también conocido como Mi Salud o Reforma)  
Otro → Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas son sobre el virus del Zika.*

**5. En los últimos 12 meses, ¿cuán preocupado se sintió usted acerca de infectarse con el virus del Zika?**  
(Marque **una** respuesta.)

Muy preocupado  
Algo preocupado  
Nada preocupado

**6. ¿En CUÁL de estas fuentes confía más para recibir información sobre el virus del Zika?** (Marque **una** respuesta.)

Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar u otros profesionales médicos)  
Mi esposa o pareja  
Familia o amigos  
Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)  
El Departamento de Salud de Puerto Rico  
Las noticias en radio o televisión  
Sitios de redes sociales como Facebook  
Otros sitios de la web → Por favor, escríbalo: \_\_\_\_\_  
Otras fuentes → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**7. Según su opinión, ¿cuáles de las siguientes declaraciones acerca del virus del Zika son ciertas y cuáles son falsas?** (Para cada una, marque **Cierto** si usted cree que es verdad o **Falso**, si opina que no es verdad.)

**Cierto Falso**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. El virus del Zika puede transmitirse al tener relaciones sexuales con una persona que tiene Zika      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| b. La infección por el virus del Zika durante el embarazo puede causar defectos de nacimiento en el bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| c. El virus del Zika puede propagarse a través de las picaduras de un mosquito                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El virus del Zika puede permanecer en el semen de un hombre hasta 6 meses después de ser infectado    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| e. Todas las personas que tienen Zika presentan síntomas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

**8. En los últimos 12 meses, ¿usted ha ido alguna visita de atención médica donde se haya atendido por un doctor, enfermera u otro profesional de la salud?**

Sí

No → **Pase a la Pregunta 11**

**9. ¿Qué tipo de visitas de atención médica tuvo usted en los últimos 12 meses? (Marque *todas* las que correspondan.)**

Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia

Visita asociada al virus del Zika

Visita asociada a una enfermedad o condición crónica

Visita asociada a una herida

Visita para depresión o ansiedad

Visita para una limpieza dental con un dentista o higienista dental

Otra → Por favor escríbala: \_\_\_\_\_

- 10. En cualquiera de sus visitas de atención médica durante los últimos 12 meses, ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo alguna de las siguientes cosas? (Para cada una, marque **Sí**, si lo hicieron o **No**, si no lo hicieron.)**
- |   | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Habló con usted acerca de la importancia de prevenir el virus del Zika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló con usted acerca de prevenir las picaduras de mosquitos          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| c. Habló con usted sobre el uso de condones para prevenir el Zika         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| d. Habló con usted sobre sus deseos de tener o no tener hijos             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

e. Habló con usted sobre cómo evitar un embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
f. Habló con usted sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
g. Habló con usted sobre mantener un peso saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
h. Habló con usted sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
i. Le preguntó si fumaba cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
j. Le preguntó si se sentía decaído o deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
k. Le preguntó sobre el tipo de trabajo que tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<p><b>11. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo síntomas de infección del virus de Zika tales como fiebre, sarpullido, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones, ojos enrojecidos o dolor muscular?</b></p> <p>Sí No</p>																				
<p><b>12. En los últimos 12 meses, ¿usted se ha hecho la prueba de detección del virus del Zika?</b></p> <p>Sí No</p>																				
<p><b>13. En cualquiera de los siguientes períodos de tiempo, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía el virus del Zika? (Para cada período de tiempo, marque <b>Sí</b>, si le dijeron que tenía el virus del Zika en ese entonces o <b>No</b>, si no le dijeron. Puede solicitar o utilizar un calendario.)</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><b>Sí</b></th> <th style="text-align: center;"><b>No</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. En los últimos 30 días</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. En los últimos 1 a 3 meses</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En los últimos 4 a 6 meses</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. En los últimos 7 a 9 meses</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. En los últimos 10 a 12 meses</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				<b>Sí</b>	<b>No</b>	a. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. En los últimos 1 a 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. En los últimos 4 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. En los últimos 7 a 9 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. En los últimos 10 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>																		
a. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
b. En los últimos 1 a 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
c. En los últimos 4 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
d. En los últimos 7 a 9 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
e. En los últimos 10 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<p><i>Las siguientes preguntas son acerca de evitar las picaduras de mosquitos.</i></p>																				
<p><b>14. En los últimos 12 meses, ¿tomó alguna de las siguientes medidas para evitar las picaduras de mosquitos en su hogar? (Para cada una, marque <b>Sí</b> si lo hizo o <b>No</b> si no lo hizo.)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Sí      No</b></p>																				

a. Siempre usó tela metálica (“screens”) en puertas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Siempre usó tela metálica (“screens”) en ventanas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Siempre mantuvo las puertas y ventanas sin tela metálica (“screens”) cerradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Siempre usó abanicos o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Vacío los envases con agua estancada en su casa y patio <b>semanalmente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Durmió debajo de un mosquitero para la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Fumigó el interior de su casa para combatir los mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Fumigó las afueras y alrededor de su casa y patio para combatir los mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Aplicó larvicidas en el exterior de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Montó trampas de mosquitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**15. En los últimos 12 meses, ¿cuán a menudo utilizó repelente de mosquitos sobre su piel expuesta o ropa cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo? (Marque *una* respuesta.)**

Siempre

Algunas veces

Pocas veces o cuando veía mosquitos

Nunca → **Pase a la Pregunta 17**

**16. Cuando usaba repelente de mosquitos sobre su piel expuesta o ropa, ¿cuántas veces al día se lo aplicaba?**

Más de una vez por día

Una vez por día

**17. Cuando **no** usaba repelente de mosquitos, ¿cuáles eran sus razones para no usarlo? (Marque *todas* las que correspondan.)**

No me gustaba su olor

No me gustaba cómo me dejaba la piel

Me preocupaba que los químicos del repelente me hicieran daño

Me preocupaba que los químicos del repelente le hicieran daño a mi pareja

Se me olvidaba aplicármelo

Me daba alergia o hacía que me picara la piel  
No pensé que lo necesitaba  
Raramente estaba afuera  
El repelente de mosquitos era demasiado costoso  
A mi esposa o pareja no le gustaba cuando lo usaba  
Otra razón → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas son acerca de los anticonceptivos.*

**18.** ¿Cuál es el método de control de la natalidad que usted está pensando utilizar después del embarazo de su esposa o pareja? (Marque **todas** las que correspondan.)

Condomes  
Vasectomía  
Interrumpir el acto sexual (el hombre se retira antes de terminar)  
Planificación familiar con métodos naturales (incluido el método del ritmo)  
Mi esposa o pareja usará pastillas anticonceptivas  
Mi esposa o pareja usará inyecciones contraceptivas (Depo)  
Mi esposa o pareja usará el parche o anillo vaginal  
Mi esposa o pareja se colocará un implante anticonceptivo en el brazo  
Mi esposa o pareja se colocará un IUD o dispositivo intrauterino  
Mi esposa o pareja va a operarse para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio (esterilización femenina)  
Otro método → Por favor, escríbalo \_\_\_\_\_  
No sé  
Mi pareja y yo no utilizaremos anticonceptivos → **Pase a la Pregunta 20**

**19.** ¿**CUÁL** de las siguientes premisas es **la más** importante para usted al escoger un método anticonceptivo? (Marque **una** respuesta.)

Es fácil de usar  
Es fácil de conseguir  
Interfiere menos en el acto sexual  
Es económico  
Tiene menos efectos secundarios  
Funciona bien para prevenir un embarazo

Evita enfermedades de transmisión sexual (ETS)/HIV

Mi pareja femenina lo recomienda

Mi médico lo recomienda

Mis amigos lo recomiendan

Otra → Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas son acerca del embarazo de la mamá de su nuevo bebé.*

**20.** Cuando ella quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con **la mamá de su nuevo bebé?**

(Marque **una** respuesta.)

Era mi esposa (casados legalmente)

Era mi pareja (no casados legalmente, pero una pareja fija)

Era mi novia (una pareja casual)

Otra → Por favor, explique: \_\_\_\_\_

**21.** ¿Vivía con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo? (Marque **una** respuesta.)

Sí, todo el embarazo

Sí, parte del embarazo

No

**22.** Recordando el momento justo **antes** de que la mamá de su nuevo bebé quedara embarazada, ¿**CUÁL** de las siguientes frases mejor identifica como **usted** se sentía acerca de tener un bebé? (Marque **una** respuesta.)

Quería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, dado al riesgo asociado al virus del Zika

Quería esperar a tener un bebé después y no en ese momento, por otra razón

Quería tener un bebé desde hace tiempo

Quería tener un bebé en ese momento

Nunca quería tener un bebé

No estaba seguro de lo que quería

**23.** ¿Cuán preocupado se sintió usted ante la posibilidad de que **la mamá de su nuevo bebé** se infectara con el virus del Zika durante su embarazo? (Marque **una** respuesta.)

Muy preocupado  
Algo preocupado  
Nada preocupado

**24. Durante el embarazo** de la mamá de su nuevo bebé, ¿cuán preocupado se sintió ante la posibilidad de tener un niño con microcefalia u otro defecto de nacimiento relacionado con el virus del Zika? *(La microcefalia es una malformación congénita o defecto de nacimiento en la que la cabeza del bebé es más pequeña de lo esperado al compararla con la de los bebés de la misma edad y sexo.) (Marque una respuesta.)*

Muy preocupado  
Algo preocupado  
Nada preocupado

**25. Durante el embarazo,** ¿habló con la mamá de su nuevo bebé acerca del virus del Zika?

Sí  
No → **Pase a la Pregunta 27**

**26.** Cuando habló con la mamá de su nuevo bebé acerca del virus del Zika **durante su embarazo,** ¿hablaron de algunos de los siguientes temas? *(Para cada una, marque **Sí**, si hablaron de eso o **No**, si no lo hablaron.)*

**Sí      No**

- a. El riesgo de tener un bebé con defectos de nacimiento asociados con el Zika
- b. Proteger el hogar de los mosquitos
- c. Usar repelente de mosquitos para evitar picaduras de mosquitos
- d. Abstenerse del sexo para evitar la infección de Zika
- e. Usar condones durante el sexo para evitar la transmisión del virus Zika

**27.** ¿Usted fue con la mamá de su nuevo bebé a las consultas de cuidado prenatal? *(Marque una respuesta.)*

Sí, fui a todas las consultas de cuidado prenatal  
Sí, fui a algunas de las consultas de cuidado prenatal  
No → **Pase a la Pregunta 29**

**28.** Durante alguna de las consultas de **cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de cómo podría ayudar a la mamá de su nuevo bebé a evitar la infección por el virus del Zika durante su embarazo?

Sí

No

**Si usted fue a todas las consultas de cuidado prenatal con la mamá de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 30.**

**29.** ¿Cuáles fueron sus razones para **no** ir a todas las consultas de cuidado prenatal con la mamá de su nuevo bebé? (*Marque **todas** las que correspondan.*)

No pude tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela

El horario de las citas no era conveniente para mí

No tenía transportación para llegar a la clínica o al consultorio médico

Estaba demasiado ocupado en otras cosas

No pensé que necesitaba ir

No pensé que me darían información útil durante las consulta

Mi esposa o pareja no quería que yo fuera

No quería ir

La mamá de mi nuevo bebé no obtuvo cuidado prenatal

Otra razón → Por favor, escriba su razón: \_\_\_\_\_

**30.** ¿Tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé en algunos de los siguientes momentos durante su embarazo? (*You can ask or use a calendar.*)

	<b>Sí</b>	<b>No, para evitar Zika</b>	<b>No, por otra razón</b>
a. Meses 1 a 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Meses 4 a 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Meses 7 a 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si no tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo, pase a la Pregunta 33.**

**31.** ¿Con qué frecuencia usó un condón cuando tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé

durante su embarazo en los siguientes meses?

**Siempre**      **A veces**      **Nunca**

- |                |                          |                          |                          |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Meses 1 a 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Meses 4 a 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Meses 7 a 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usó un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo, pase a la Pregunta 33. De lo contrario, pase a la Pregunta 32.**

**32.** ¿Cuáles fueron sus motivos para no usar un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo? (Marque **todas** las que correspondan.)

- No sabía que estaba embarazada
- No pensé que fuera necesario usar condones durante su embarazo
- No pensé que un condón podía prevenir la infección por el virus del Zika
- No pensé que el virus del Zika todavía era un problema
- No pensé que yo tuviera el virus del Zika
- No quería usar condones
- Ella no quería usar condones
- No pude conseguir condones cuando los necesité
- No tenía dinero para comprar condones
- Se me olvidó usar condones
- Me daban alergia o le daban alergia a mi pareja
- Otra razón → Por favor, escríbala

**33.** ¿Estuvo usted presente durante el nacimiento de su nuevo bebé?

- Sí → **Pase a la Pregunta 35**
- No

**34.** ¿Cuáles fueron sus razones para no estar presente durante el nacimiento de su nuevo bebé? (Marque **todas** las que correspondan.)

- Estaba fuera de la ciudad
- El nacimiento ocurrió inesperadamente y no pude llegar a tiempo
- No pude tomarme tiempo libre del trabajo o de la escuela

No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos  
 Mi esposa o pareja no quería que estuviera presente  
 No quería estar presente  
 El personal del hospital no me permitió asistir  
 Otra razón → Por favor, escríbala: \_\_\_\_\_

**35.** ¿Ha hecho alguna de las siguientes cosas para prepararse para su nuevo bebé? (Para cada una, marque **Sí**, si lo ha hecho como preparativo para el nuevo bebé o **No**, si no lo ha hecho.)

**Sí      No**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Asistir a una o más clases de preparación para el parto con la mamá de mi nuevo bebé                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asistir a una o más clases de lactancia con la mamá de mi nuevo bebé                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Buscar información sobre el embarazo y el nacimiento en el Internet o en otros lugares                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablar con <b>la mamá de mi nuevo bebé</b> sobre el embarazo, el nacimiento y el cuidado de un nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablar con <b>mi familia y amigos</b> sobre el embarazo, el nacimiento y el cuidado de un nuevo bebé      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Comprar cosas para bebés como cuna, coche, ropa, pañales, biberones, mantas, asiento para el carro etc.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hacer reparaciones o mejoras en el hogar para mantener a los mosquitos afuera del hogar                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Preparar el hogar para el nuevo bebé habilitando un espacio para el bebé                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Mejorar mi salud mediante la dieta (cambié mis hábitos alimenticios) para bajar de peso                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mejorar mi salud mediante el ejercicio 3 días o más a la semana   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Buscar ayuda para problemas de salud tales como depresión o ansiedad                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Buscar ayuda para reducir el uso de cigarrillos, alcohol o drogas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**36.** ¿Usted se sintió que estuvo tan involucrado como quería estar durante el embarazo de la mamá de su nuevo bebé? (Marque **una** respuesta.)

Sí  
No, yo quería estar más involucrado  
No, yo no quería estar tan involucrado

**37.** Esta pregunta trata sobre las preocupaciones y sentimientos que usted puede tener sobre ser padre. (Para cada una, marque **Sí**, si lo describe a usted o **No**, si no lo describe.)

	Sí	No		
m. No me siento listo para ser padre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Me preocupa no saber lo suficiente sobre cómo cuidar a un bebé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Pienso que un nuevo bebé me impedirá hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Estoy entusiasmado con la idea de educar y cuidar a un nuevo bebé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Estoy emocionado con las nuevas experiencias que tendré con mi nuevo bebé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Estoy emocionado por decirle a mis amigos del bebé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s. Me preocupa que no tenga suficiente dinero para cuidar a un bebé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Me preocupa lograr un balance entre el trabajo y la familia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. Me preocupa tener un bebé saludable			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza? (Marque *una* respuesta.)**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**39. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesado en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba? (Marque *una* respuesta.)**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**40. Actualmente, ¿tiene un trabajo con paga? (Marque *todas* las que correspondan.)**

- Sí, tengo un trabajo a tiempo parcial (30 horas o menos a la semana)
- Sí, tengo un trabajo a tiempo completo (Más de 30 horas a la semana)
- No → **Pase a la Pregunta 42**

**41. Una vez den de alta a su bebé del hospital, ¿Usted tomará tiempo libre de su trabajo para cuidar a su nuevo bebé? (Marque *todas* las que correspondan.)**

- Sí, tomaré tiempo libre **pagado** por mi trabajo o por vacaciones
- Sí, tomaré tiempo libre **no pagado** por mi trabajo
- No, no tomaré tiempo libre

**42. ¿Usted estará viviendo con su nuevo bebé? (Marque *una* respuesta.)**

- Sí, todo el tiempo
- Sí, parte del tiempo

No  
No sé

**43.** Aparte de su nuevo bebé, ¿usted tiene otros hijos (biológicos o adoptados)?

Sí

No → **Pase al final de la encuesta**

**44.** Sin incluir a su nuevo bebé, ¿cuántos hijos tiene usted (biológicos o adoptados)?

\_\_\_\_\_ Número de hijos

**¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!  
Sus respuestas nos ayudarán mantener a las familias de Puerto Rico saludables.**