



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 06 minutes per response, 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: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584  
Exp. 8/31/2017

## HCHS/SOL Visit 2- Pregnancy Complications History

ID NUMBER:

FORM CODE: PCS  
VERSION: 1, 9/05/2014

Contact Occasion  0  2

SEQ #

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:   /   /

0b. Staff ID:

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. Complete one form for each pregnancy of 6 or more months in duration. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc for those questions that do not list these values as possible answer choices.

### A. PREGNANCY HISTORY QUESTIONS

A continuación, me gustaría hacerle preguntas más detalladas sobre los embarazos que haya tenido **Después** de la visita a nuestro centro en [SOL DATE] y que hayan durado 6 meses o más.

1. Comenzaremos con el primero de todos los embarazos que tuvo desde su primera visita al estudio SOL el día [SOL Visit 1 date of examination] y que duró 6 meses o más.

a. Embarazo número

b. ¿Cuál fue la fecha del parto (nacimiento) [o ¿cuándo terminó este embarazo?]

/   /

month day year

c. Para este embarazo, ¿recibió usted cuidado prenatal: tanto dentro como fuera de los Estados Unidos, solo en los Estados Unidos o solo fuera de los Estados Unidos?

- No recibió cuidado prenatal 0
- Tanto dentro como fuera de los Estados Unidos 1
- Solo en los Estados Unidos 2
- Solo fuera de los Estados Unidos 3
- Unsure/don't know 9

d. ¿Tuvo hipertensión o presión arterial alta durante este embarazo?

No 0  Sí 1  Unsure 9

d.1. ¿Tuvo hipertensión o presión arterial alta antes de este embarazo? [y en un momento donde no estaba embarazada]

No 0  Sí 1  Unsure 9

e. ¿Tuvo preeclampsia o toxemia durante este embarazo?

No 0  Sí 1  Unsure 9

f. ¿Tuvo eclampsia, ataques o convulsiones durante este embarazo?

No 0  Sí 1  Unsure 9

g. ¿Tuvo diabetes o niveles altos de glucosa (azúcar en la sangre) durante este embarazo?

No 0  **Go to Question 1.g2.** Sí 1  Unsure 9

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: PCS  
VERSION: 1, 9/05/2014

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

g.1. ¿Tomó medicamentos para controlar su nivel de glucosa (azúcar en la sangre) durante este embarazo? [If YES] ¿tomó pastillas, insulina o ambas pastillas e insulina?

- No 0   
Sí, sólo pastillas 1   
Sí, sólo insulina 2   
Sí, pastillas e insulina 3   
Unsure/don't know 9

g.2. ¿Tuvo diabetes antes de este embarazo? [¿y mientras no haya estado embarazada?]

- No 0  Sí 1  Unsure 9

h. Durante los últimos tres meses de este embarazo, ¿fumo diariamente, fumo ocasionalmente o nunca fumo?

- Nunca 0  Ocasionalmente 1  Diariamente 2  Unsure 9

i. Durante los tres meses antes de este embarazo o antes de enterarse que estaba embarazada, ¿fumo diariamente, fumo ocasionalmente o nunca fumo?

- Nunca 0  Ocasionalmente 1  Diariamente 2  Unsure 9

j. ¿Cuánto aumentó su peso durante este embarazo?

.  Weight (on paper form enter "999" if unsure)

j.1. lbs 1

kgs 2

2. ¿Cuántos meses o semanas tenía de embarazo cuando [nació el bebé o los bebés o terminó el embarazo]?

2.a.  número de (on paper form enter "99" if Unsure/don't know) a.1. Semanas 2   
Meses 3

Entiendo que la siguiente pregunta pueda ser muy delicada.

3. ¿Nació vivo el bebé (o nacieron vivos los bebés) o perdió el embarazo, tuvo un embarazo ectópico (en las trompas de la matriz) o nació el bebé (o los bebés) muerto(s)?

Perdió el embarazo 0  **End of form**

Nació vivo el bebé (o al menos un bebé nació vivo en un parto de múltiples) 1

Nació muerto el bebé (o nacieron muertos los bebés) 2

Embarazo ectópico o en las trompas de la matriz 3

Otro 4

Refuse 7

Unsure/don't know 9

**Go to Question 4 &5;  
Then End**

**End of form**

**End of form**

**End of form**

**End of form**

3.a. [If at least one live birth] ¿Cuántos bebés nacieron de este embarazo?

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: PCS  
VERSION: 1, 9/05/2014

Contact Occasion	0	2
------------------	---	---

SEQ #		
-------	--	--

4. ¿Fué este parto vaginal o mediante cesárea?

Parto vaginal 1

Cesárea 2

Unsure or refused 9

5. ¿Dónde dio a luz? (marque una)

En un hospital 1

En un centro de maternidad 2

En su casa u otro lugar 3

Unsure 9

Si el parto ocurrió en un hospital o centro de maternidad, pregunte:

a. ¿Cómo se llama el lugar donde dio a luz? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es la dirección? \_\_\_\_\_

c. Para asegurarnos que nuestros registros están correctos, ¿podría decirme bajo que nombre están sus expedientes médicos en dicho hospital o centro de maternidad?

c.1. Primer nombre: \_\_\_\_\_

c.2. Segundo nombre: \_\_\_\_\_

c.3. Apellido: \_\_\_\_\_

c.4. Apellido materno: \_\_\_\_\_

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: PCs  
VERSION: 1, 9/05/2014

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

6.  Bebés → For each baby born in this birth, complete a column in **Table below**.

7. Bebé 1	8. Bebé 2	9. Bebé 3	10. Bebé 4
<p>a. <b>Nació:</b> Muerto=0 <input type="checkbox"/> Vivo=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. <b>Nació:</b> Muerto=0 <input type="checkbox"/> Vivo=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. <b>Nació:</b> Muerto=0 <input type="checkbox"/> Vivo=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. <b>Nació:</b> Muerto=0 <input type="checkbox"/> Vivo=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>
<p>b. <b>Género:</b> M=1 <input type="checkbox"/> F=2 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>	<p>b. <b>Género:</b> M=1 <input type="checkbox"/> F=2 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>	<p>b. <b>Género:</b> M=1 <input type="checkbox"/> F=2 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>	<p>b. <b>Género:</b> M=1 <input type="checkbox"/> F=2 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/></p>
<p>c. <b>Peso:</b> <input type="text"/><input type="text"/> lbs c.1. <input type="text"/><input type="text"/> oz O c.2. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> g</p>	<p>c. <b>Peso:</b> <input type="text"/><input type="text"/> lbs c.1. <input type="text"/><input type="text"/> oz O c.2. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> g</p>	<p>c. <b>Peso:</b> <input type="text"/><input type="text"/> lbs c.1. <input type="text"/><input type="text"/> oz O c.2. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> g</p>	<p>c. <b>Peso:</b> <input type="text"/><input type="text"/> lbs c.1. <input type="text"/><input type="text"/> oz O c.2. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> g</p>
<p>d. <b>Si no está segura del peso:</b> ¿Menos de 5 ½ lbs (2500g)? 1 <input type="checkbox"/> ¿Entre 5 ½ and 9 lbs? 2 <input type="checkbox"/> ¿Más de 9 lbs (4000g)? 3 <input type="checkbox"/> Unsure 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>d. <b>Si no está segura del peso:</b> ¿Menos de 5 ½ lbs (2500g)? 1 <input type="checkbox"/> ¿Entre 5 ½ and 9 lbs? 2 <input type="checkbox"/> ¿Más de 9 lbs (4000g)? 3 <input type="checkbox"/> Unsure 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>d. <b>Si no está segura del peso:</b> ¿Menos de 5 ½ lbs (2500g)? 1 <input type="checkbox"/> ¿Entre 5 ½ and 9 lbs? 2 <input type="checkbox"/> ¿Más de 9 lbs (4000g)? 3 <input type="checkbox"/> Unsure 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>d. <b>Si no está segura del peso:</b> ¿Menos de 5 ½ lbs (2500g)? 1 <input type="checkbox"/> ¿Entre 5 ½ and 9 lbs? 2 <input type="checkbox"/> ¿Más de 9 lbs (4000g)? 3 <input type="checkbox"/> Unsure 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>e. <b>Si el bebé nació vivo:</b> ¿Está actualmente dándole el pecho o sacándose la leche? 0 <input type="checkbox"/> No, nunca le dí el pecho a este bebé <b>(Go to e3 then to 8)</b> 1 <input type="checkbox"/> No, pare de darle el pecho a este bebé 2 <input type="checkbox"/> Sí, sigo dándole el pecho a este bebé<b>(Go to e4)</b> 9 <input type="checkbox"/> Unsure/don't know <b>(Go to Question 8)</b></p>	<p>e. <b>Si el bebé nació vivo:</b> ¿Está actualmente dándole el pecho o sacándose la leche? 0 <input type="checkbox"/> No, nunca le dí el pecho a este bebé <b>(Go to e3 then to 9)</b> 1 <input type="checkbox"/> No, pare de darle el pecho a este bebé 2 <input type="checkbox"/> Sí, sigo dándole el pecho a este bebé<b>(Go to e4)</b> 9 <input type="checkbox"/> Unsure/don't know <b>(Go to Question 9)</b></p>	<p>e. <b>Si el bebé nació vivo:</b> ¿Está actualmente dándole el pecho o sacándose la leche? 0 <input type="checkbox"/> No, nunca le dí el pecho a este bebé <b>(Go to e3 then to 10)</b> 1 <input type="checkbox"/> No, pare de darle el pecho a este bebé 2 <input type="checkbox"/> Sí, sigo dándole el pecho a este bebé <b>(Go to e4)</b> 9 <input type="checkbox"/> Unsure/don't know <b>(Go to Question 10)</b></p>	<p>e. <b>Si el bebé nació vivo:</b> ¿Está actualmente dándole el pecho o sacándose la leche? 0 <input type="checkbox"/> No, nunca le dí el pecho a este bebé <b>(Go to e3 then End)</b> 1 <input type="checkbox"/> No, pare de darle el pecho a este bebé 2 <input type="checkbox"/> Sí, sigo dándole el pecho a este bebé <b>(Go to e4)</b> 9 <input type="checkbox"/> Unsure/don't know <b>(End Questionnaire)</b></p>

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: PCS  
VERSION: 1, 9/05/2014

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

7. <b>Bebé 1</b>	8. <b>Bebé 2</b>	9. <b>Bebé 3</b>	10. <b>Bebé 4</b>
e.1. ¿Qué edad tenía este bebé cuando usted paró completamente de darle el pecho? <b>(on paper form enter "99" if unsure)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé: e.2. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>	e.1. ¿Qué edad tenía este bebé cuando usted paró completamente de darle el pecho? <b>(on paper form enter "99" if unsure)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé: e.2. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>	e.1. ¿Qué edad tenía este bebé cuando usted paró completamente de darle el pecho? <b>(on paper form enter "99" if unsure)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé: e.2. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>	e.1. ¿Qué edad tenía este bebé cuando usted paró completamente de darle el pecho? <b>(on paper form enter "99" if unsure)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé: e.2. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>
e.3. ¿Dió el pecho todo el tiempo que planeaba? No=0 <input type="checkbox"/> Sí=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/>	e.3. ¿Dió el pecho todo el tiempo que planeaba? No=0 <input type="checkbox"/> Sí=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/>	e.3. ¿Dió el pecho todo el tiempo que planeaba? No=0 <input type="checkbox"/> Sí=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/>	e.3. ¿Dió el pecho todo el tiempo que planeaba? No=0 <input type="checkbox"/> Sí=1 <input type="checkbox"/> Unsure=9 <input type="checkbox"/>
e.4. ¿Qué edad tenía este bebé cuando le dio formula o comida sólida por primera vez? <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé <b>(on paper form enter "99" if unsure, Go to Question 8)</b> e.5. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>	e.4. ¿Qué edad tenía este bebé cuando le dio formula o comida sólida por primera vez? <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé <b>(on paper form enter "99" if unsure, Go to Question 9)</b> e.5. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>	e.4. ¿Qué edad tenía este bebé cuando le dio formula o comida sólida por primera vez? <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé <b>(on paper form enter "99" if unsure, Go to Question 10)</b> e.5. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>	e.4. ¿Qué edad tenía este bebé cuando le dio formula o comida sólida por primera vez? <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> edad del bebé <b>(on paper form enter "99" if unsure, (End Questionnaire))</b> e.5. Días      1 <input type="checkbox"/> Semanas 2 <input type="checkbox"/> Meses    3 <input type="checkbox"/>

If there is another baby then continue to answer questions for each baby, otherwise this is the end of the form.