



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. xx/xx/xxxx

HCHS/SOL Visit 2- Pregnancy Complications History

ID NUMBER:

FORM CODE: PCS
VERSION: 1, 1/10/2014

Contact Occasion 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. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

A. PREGNANCY HISTORY QUESTIONS

A continuación, nos gustaría hacerle preguntas más detalladas sobre los embarazos de más de seis meses de duración que haya tenido después de la visita 1 del estudio SOL el [DATE]

BEGIN WITH THE FIRST PREGNANCY SINCE VISIT 1 on [DATE]

1. Díganos, desde su primer hasta su último embarazo que haya durado por lo menos seis meses o más.

a. Embarazo número

b. Año en el cual terminó el embarazo

c. ¿Tuvo hipertensión o presión arterial alta? (Le dijeron que su presión había aumentado)

No 0

Sí 1

Unsure 9

c1. ¿Tuvo hipertensión o presión arterial alta antes de este embarazo?

No 0

Sí 1

Unsure 9

d. ¿Tuvo preeclampsia o toxemia? (¿Le dijeron que su presión arterial había aumentado y que había proteína en su orina? ¿Le dijeron que había proteína en su orina?)

No 0

Sí 1

e. ¿Tuvo eclampsia? (convulsiones o ataques)

No 0

Sí 1

f. ¿Tuvo diabetes? (¿Le dijeron que su nivel de azúcar era demasiado alto?)

No 0

Sí 1

f1. ¿Tomó medicamentos para controlar su nivel de azúcar durante este embarazo?

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

f2. ¿Tuvo diabetes antes de este embarazo?

- No 0
- Sí 1
- Unsure 9

g. ¿Fumó durante los tres meses antes de este embarazo o antes de enterarse que estaba embarazada?

- No 0
- A veces 1
- Todos los días 2

h. ¿Fumó durante los últimos 3 meses de este embarazo?

- No 0
- A veces 1
- Todos los días 2

2. ¿Cuál fue la fecha de nacimiento? / /
MM / DD / YYYY

3. ¿Cuántos meses o semanas de embarazo llevaba cuando (nació el bebé/ los bebés/terminó el embarazo)?

número DE Meses 1 [Go to Question 4](#)
Semanas 2 [Go to Question 4](#)

a. Si se desconoce la duración del embarazo, pregunte: Un parto prematuro ocurre a las 36 semanas o menos de embarazo. ¿Según sabe, tuvo un parto prematuro?

- No 0
- Sí 1
- Unsure 9

4. ¿Cómo fue el parto? (marque una)?

- Vía vaginal 1
- Cesárea 2
- El bebé nació muerto 3

5. ¿Dónde dio a luz (marque una)?

En un hospital 1

En un centro de maternidad 2

En su casa u otro lugar 3 [Go to Question 6](#)

If this birth happened in a hospital or birthing center, ask:

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

b. ¿Cuál es la dirección? _____

c. Sólo para tenerlo claro, ¿qué nombre utilizó en los registros médicos?

5c1. Primer nombre: _____

5c2. Segundo nombre: _____

5c3. Apellido paterno: _____

5c4. Apellido materno: _____

6. ¿Cuánto subió de peso durante este embarazo?

lbs 1
 kgs 2

7. ¿Cuántos bebés tuvo en este embarazo?

Bebés → For each baby born in this birth, complete row of table 8

Table 8

| # | Baby | Sex (a) | Weight in pounds and ounces or grams (b) | If uncertain (c) |
|-----|------|--|---|--|
| 8. | 1 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> <input type="text"/> lbs <input type="text"/> <input type="text"/> oz OR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g | <input type="checkbox"/> Menos de 5 ½ libras (2500g)? <input type="checkbox"/> Entre 5 ½ y 9 libras? <input type="checkbox"/> Más de 9 libras (4000g)? |
| 9. | 2 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> <input type="text"/> lbs <input type="text"/> <input type="text"/> oz OR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g | <input type="checkbox"/> Less than 5 ½ lbs (2500g)? <input type="checkbox"/> Between 5 ½ and 9 lbs? <input type="checkbox"/> More than 9 lbs (4000g)? |
| 10. | 3 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> <input type="text"/> lbs <input type="text"/> <input type="text"/> oz OR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g | <input type="checkbox"/> Less than 5 ½ lbs (2500g)? <input type="checkbox"/> Between 5 ½ and 9 lbs? <input type="checkbox"/> More than 9 lbs (4000g)? |
| 11. | 4 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> <input type="text"/> lbs <input type="text"/> <input type="text"/> oz OR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g | <input type="checkbox"/> Less than 5 ½ lbs (2500g)? <input type="checkbox"/> Between 5 ½ and 9 lbs? <input type="checkbox"/> More than 9 lbs (4000g)? |

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

FORM CODE: PCS
VERSION: 1, 1/10/2014

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 2 |
|---|---|

| | | |
|-------|--|--|
| SEQ # | | |
|-------|--|--|

12. **SI EL BEBÉ NACIÓ VIVO**, ¿Qué edad tenía este bebé/estos bebés cuando dejó de dar el pecho o sacarse la leche? **[Enter 00 if never breastfed]**

- Semanas (if younger than 4 weeks)
- MESES
- Todavía estoy dando el pecho [Go To Question](#)

13. Si ya dejó de amamantar, pregunte: ¿Dio el pecho todo el tiempo que planeaba hacerlo?

- No 0
- Sí 1

14. Si amamantó, pregunte: ¿Qué edad tenía este bebé/estos bebés cuando les dio fórmula o comida sólida por primera vez?

- DÍAS (if younger than 2 weeks)
- SEMANAS
- No le han dado fórmula o comida sólida a este bebé