

Desde que su hijo/hija estado en casa después del hospital:

<p>1. ¿Qué tan estresante ha sido tu vida?</p> <p>¿Qué ha sido estresante?: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada estresante Extremadamente</p>
<p>2. ¿Cuántas dificultades ha tenido con su recuperación?</p> <p>¿Qué ha sido difícil?: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada de dificultades Muchísimas</p>
<p>3. ¿Cuántas dificultades ha tenido con el cuidado de su bebé?</p> <p>¿Que ha sido difícil?: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada de dificultades Muchísimas</p>
<p>4. ¿Cuántas dificultades ha tenido con alimentar a su bebé?</p> <p>¿Que ha sido difícil?: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada de dificultades Muchísimas</p>
<p>5. ¿Qué tan difícil ha sido este tiempo para su familia y personas cercanas?</p> <p>¿Que ha sido difícil?: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada difícil Extremadamente</p>

6. ¿Cuánta ayuda ha necesitado con el cuidado de su bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
7. ¿Cuánta soporte emocional ha necesitado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
8. ¿Qué tan confidente se ha sentido en su habilidad de cuidar de sus propias necesidades desde el nacimiento?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada confidente Completamente
9. ¿Qué tan confidente se ha sentido en su habilidad de cuidar a su bebe desde el nacimiento?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada confidente Completamente
10. ¿Qué tan bien se ha adaptado a estar en casa desde el nacimiento de su bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada bien Extremadamente bien
11. ¿Ha tenido que hacer <u>llamadas a los proveedores de salud</u> debido a problemas con su bebé y / o usted mismo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. ¿Ha tenido que hacer <u>llamadas al hospital</u> debido a problemas con su bebé y / o usted mismo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13. ¿Ha tenido que hacer <u>visitas al consultorio o la clínica</u> debido a problemas con su bebé y / o usted mismo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
14. ¿Ha tenido que hacer <u>visitas a atención de urgencia o sala de emergencia</u> debido a problemas con su bebé y / o usted mismo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Gracias por participar en nuestro estudio.

© Dr. Marianne Weiss, DNSc, RN

Marianne.weiss@marquette.edu

Traducido por Gabriella Malagon-Maldonado, DNP, RN