

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies **Y** Pulgadas
O Centímetros

2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras **O** Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

/ /
 Mes Día Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el mes antes de quedar embarazada
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces a la semana
 Todos los días de la semana

6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- No → **Pase a la Página 3, Pregunta 9**
 Sí

Pase a la Página 2, Pregunta 7

7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

8. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo bebé*.

9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o Equality Care
- Kid Care (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

10. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 11**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o Equality Care
- Kid Care (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o Equality Care
- Kid Care (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

13. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

Semanas Meses
 No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Pregunta 15

Pase a la Pregunta 14

14. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

- No
- Sí

16. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No
- Sí, antes de mi embarazo
- Sí, durante mi embarazo

17. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

- No
 Sí

18. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No
 Sí

19. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué pensaba sobre darle pecho a su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- Sabía que quería dar pecho
 Pensaba que posiblemente le daría pecho
 Sabía que **no** le daría pecho
 No sabía que iba a hacer al respecto

20. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

21. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 2 años?

- No → Pase a la Página 6, Pregunta 25
 Sí

22. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

23. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

24. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumo ahora

Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.

E-cigarillos (cigarillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

25. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarillos (cigarillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, o rapé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 26. Sino, pase a la Pregunta 28.

26. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

27. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

28. En los últimos 2 años, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 31**
- Sí

29. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

30. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.

31. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcí de mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

- No
 Sí

33. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron según su raza?

- No
 Sí

34. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

36. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

37. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

- No → **Pase a la Pregunta 39**
 Sí
 No sé → **Pase a la Pregunta 39**

38. ¿Por qué su doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

Marque TODAS las que correspondan

- Se rompió mi fuente y había miedo de una infección
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba el tamaño del bebé
- El bebé no estaba bien y necesitaba nacer
- Tuve una complicación del embarazo (como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia)
- Deseaba programar mi parto
- Deseaba que me atendiera cierto proveedor en particular
- Otra → Por favor, escríbala:

39. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 41**
 Parto por cesárea (c-section)

40. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)?

Marque TODAS las que correspondan

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)
- Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
- Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra → Por favor, escríbala:

41. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 44**

Pase a la Pregunta 42

42. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
 Sí → **Pase a la Página 11, Pregunta 56**

43. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 55**
 Sí

44. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes? Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

45. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 50**
 Sí

46. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

- No
 Sí → **Pase a la Página 10, Pregunta 49**

47. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

- Menos de 1 semana

_____ Semanas **O** _____ Meses

48. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo o pareja no apoyaba que diera pecho
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra → Por favor, escríbala:

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 50.

49. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si sucedió.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 55.

50. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado
 Boca arriba
 Boca abajo

51. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

Pase a la Pregunta 53

52. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme usted?

- No
 Sí

53. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo usualmente durmió su nuevo bebé en las últimas 2 semanas? Para cada una, marque **No, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si *normalmente* durmió así.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir (<i>sleeping sack</i>) o saquito cobertor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna (<i>bumper pads</i>) transpirables o no transpirables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

54. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las siguientes cosas? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play"..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

55. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

56. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí →

Pase a la Página 12, Pregunta 58

57. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- Quiero quedar embarazada
- Estoy embarazada ahora
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- Otra → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 59.

58. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

59. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No _____ → **Pase a la Pregunta 61**
- Sí

Pase a la Pregunta 60

60. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

61. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

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

62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

63. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, marque **No**, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

64. Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón? Sus respuestas son completamente confidenciales. Para cada una, marque **No**, si no la usó, o **Sí**, si la usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marihuana o hachís..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Marihuana sintética (K2, Spice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Heroína (<i>smack, junk, Black Tar, chiva, alquitrán negro</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, agua</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow, nieve</i>)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers, ludes</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

65. ¿Quién *actualmente* vive con usted en la misma casa?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo o pareja
- Niños menores de 12 meses de edad → ¿Cuántos niños?
- Niños de 1 a 5 años de edad → ¿Cuántos niños?
- Niños de 6 años de edad o más → ¿Cuántos niños?
- Mi madre
- Mi padre
- Los padres de mi esposo o pareja
- Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto
- Otro miembro de la familia o pariente
- Otra → Por favor, escríbala:
- Vivo sola

66. ¿Es usted miembro de una tribu amerindia?

- No → **Pase a la Pregunta 68**
- Sí

67. ¿Cuál es su inscripción o afiliación tribal?

- Eastern Shoshone
- Northern Arapahoe
- Sioux
- Crow
- Northern Cheyenne
- Shoshone Bannock
- Otro → Por favor, detallar:

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé.

68. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.*

- De 0 a \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

69. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?

Número de Personas

70. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20

Mes Día Año

Las próximas preguntas son acerca del uso de medicamentos para el dolor durante el embarazo.

O1. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos de venta libre (“over-the-counter”) para aliviar el dolor? Los medicamentos de venta libre son aquellos que *usualmente* están disponibles sin receta. Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® o Tylenol PM®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naproxen (como Aleve® o Midol®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O2. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos recetados para el dolor? Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó. *No* incluya los medicamentos que utilizó *solamente* durante el parto y el nacimiento.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hidrocodona (como Vicodin®, Norco® o Lortab®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeína (como Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxycodona (como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (como Ultram® o Ultracet®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hidromorfona o meperidina (como Demorol®, Exalgo® o Dilaudid®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oximorfona (como Opana®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morfina (como MS Contin®, Avinza® o Kadian®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanilo (como Duragesic®, Fentora® o Actiq®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted marcó “Sí” en alguna de las opciones en la Pregunta O2, continúe con la siguiente pregunta. Si no, pase a la Página 16, Pregunta O10.

Las siguientes preguntas son solamente sobre el uso de medicamentos *recetados* para el dolor que aparecen en la lista de la Pregunta O2.

O3. ¿Dónde obtuvo los medicamentos recetados para el dolor que usó durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
- Médico de familia o un proveedor de atención primaria
- Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
- Doctor en la sala de emergencias
- Tenía medicamentos para el dolor que me sobraron de una receta anterior
- Un amigo o pariente me los dio
- Obtuve los medicamentos para el dolor sin receta de otra forma
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

O4. ¿Cuáles fueron sus razones para usar medicamentos recetados para el dolor durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuve **antes** del embarazo
- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió **durante** mi embarazo
- Para relajarme o aliviar la tensión o el estrés
- Para ayudarme con mis sentimientos o emociones
- Para ayudarme a dormir
- Para sentirme bien o drogarme
- Porque estaba adicta o tenía que usarlos
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

O5. En cada uno de los siguientes periodos de tiempo durante su embarazo, ¿cuántas semanas o meses usó medicamentos recetados para el dolor? Por favor escriba el número total de semanas o meses en cada periodo de tiempo.

a. En los **primeros** 3 meses del embarazo

Semanas Meses

- Menos de una semana
 Nunca

b. En los **segundos** 3 meses del embarazo

Semanas Meses

- Menos de una semana
 Nunca

c. En los **últimos** 3 meses del embarazo

Semanas Meses

- Menos de una semana
 Nunca

O6. Durante su embarazo más reciente, ¿quería o necesitaba reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

No → **Pase a la Pregunta O10**

Sí

O7. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos recetados para el dolor?

- No
 Sí

O8. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió ayuda de un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

No → **Pase a la Pregunta O10**

Sí

O9. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió tratamiento asistido por medicación para ayudarlo a dejar de usar medicamentos recetados para el dolor? Esto es cuando un doctor receta medicinas como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexone (Vivitrol®).

- No
 Sí

O10. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría ser dañino para la salud de un bebé?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

O11. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor podría ser dañino para la salud de una mujer?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

O12. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud habló con usted sobre cómo el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría afectar a un bebé?

- No
 Sí

La siguiente pregunta es acerca del uso de otros medicamentos o drogas durante el embarazo.

013. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó algunos de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Para cada una, marque **No**, si no la tomó o usó, o **Sí**, si la tomó o usó.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de “benzos” (benzodicepinas))..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naloxona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Productos de Cannabidiol (CBD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Marihuana o hachís..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Marihuana sintética (K2, Spice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Heroína (<i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers o ludes</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias con su cuidado prenatal, el parto, su cuidado posparto, y el cuidado de su bebé durante la pandemia de COVID-19.

CV1. Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipos de citas de cuidado prenatal asistió?

Marque UNA respuesta

- Citas en persona solamente
 - Citas virtuales (video o teléfono) solamente
 - Ambas, citas en persona y virtuales
 - No tuve cuidado prenatal
- Pase a la Página 18, Pregunta CV3**
- Pase a la Página 18, Pregunta CV4**

CV2. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de cuidado prenatal? Para cada una, marque **No** si no fue una razón o **Sí** si lo fue.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Falta de disponibilidad de citas virtuales de mi proveedor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Falta de un teléfono disponible para usar para en las citas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Falta de suficiente data o minutos en el móvil o celular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Falta de una computadora o un dispositivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Falta de servicio de internet o el internet no era confiable..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Falta de un espacio privado o confidencial para usar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Preferí ver a mi proveedor de atención médica en persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra razón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor díganos:
-

CV3. ¿Algunas de sus citas de *cuidado prenatal* fueron canceladas o retrasadas durante la pandemia de COVID-19 debido a las siguientes razones? Para cada una, marque **No** si no fue una razón por la que sus citas fueron canceladas o retrasadas o **Sí** si lo fue.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque la oficina de mi proveedor estaba cerrada o tenía horario reducido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Las cancelé o retrasé porque tenía miedo de exponerme a COVID-19 durante las citas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Las cancelé o retrasé porque perdí mi seguro médico durante la pandemia de COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Las cancelé o retrasé porque tuve problemas consiguiendo cuidado para mis hijos u otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Las cancelé o retrasé porque me preocupaba tomar transporte público y no tenía otra forma de llegar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque tuve que aislarme debido a la posibilidad de estar expuesta o infectada con COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CV4. Mientras estaba *embarazada*, ¿con qué frecuencia hizo las siguientes cosas para evitar contraer COVID-19? Para cada una, marque si lo hizo **Siempre**, **A Veces** o **Nunca**.

- | | Siempre | A Veces | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Evité reunirme en grupos de más de 10 personas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mantenía al menos 2 metros (6 pies) de distancia de los demás cuando salía de mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Salía de mi hogar solo por razones esenciales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hice las salidas lo más cortas posibles cuando salí de mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Evité tener visita dentro de mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utilizaba una mascarilla o cubierta de tela en la cara cuando estaba en público..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me lavaba las manos durante 20 segundos con agua y jabón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Utilizaba desinfectante de manos a base de alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cubría la toz o estornudos con un pañuelo de papel o mi codo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CV5. Mientras estaba *embarazada* durante la pandemia de COVID-19, ¿usted tuvo alguna de las siguientes experiencias? Para cada una, marque **No** si no la tuvo o **Sí** si la tuvo.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tenía responsabilidades o un trabajo que me impedía quedarme en el hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien en mi hogar tenía un trabajo que requería contacto cercano con otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cuando salí, encontraba que otras personas a mi alrededor no practicaban el distanciamiento social..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tuve problemas consiguiendo desinfectante para limpiar mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuve problemas consiguiendo desinfectante de manos o jabón de manos para mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuve problemas consiguiendo o haciendo mascarillas o cubiertas de tela para la cara | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me resultaba difícil usar una mascarilla o cubierta de tela para la cara (dificultaba la respiración, claustrofobia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Un proveedor de atención médica me dijo que yo tenía COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Un proveedor de atención médica le dijo a alguien en mi hogar que tenían COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no nació en el hospital, pase a la Página 20, Pregunta CV9.

CV6. ¿Quién estuvo con usted en la sala de parto en el hospital como persona de apoyo durante el nacimiento?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo o pareja
 - Otro familiar o amigo
 - Una doula
 - Otra persona de apoyo (sin incluir el personal del hospital)
- Por favor, díganos:

- El hospital no me permitió tener una persona de apoyo

Si su bebé no está vivo, pase a la Página 20, Pregunta CV10.

CV7. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento, ¿le sucedió alguna de las siguientes cosas a usted y su bebé debido a COVID-19? Para cada una, marque **No** si no sucedió o **Sí** si sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Le hicieron la prueba de COVID-19 a mi bebé en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui separada de mi bebé en el hospital después del nacimiento <u>para proteger a mi bebé de COVID-19</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Utilicé una mascarilla cuando otras personas entraban a mi habitación en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Utilicé una mascarilla cuando estaba sola mientras cuidaba a mi bebé en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me brindaron información sobre cómo proteger a mi bebé de COVID-19 cuando regresara al hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no lactó a su nuevo bebé, pase a la Pregunta CV9.

CV8. ¿La pandemia de COVID-19 afectó la lactancia materna para usted y su bebé de alguna de las siguientes maneras? Para cada una, marque **No** si no le aplica a usted o **Sí** si le aplica.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me brindaron información en el hospital sobre cómo evitar que mi bebé se infecte durante la lactancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me ponía mascarilla mientras amamantaba o lactaba en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Extraje leche materna en el hospital para que otra persona pudiera alimentar a mi bebé para evitar que se infectara..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dado a COVID-19, tuve problemas logrando que un especialista en lactancia me visitara mientras estuve en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no vive con usted, pase a la Pregunta CV10.

CV9. ¿De qué manera afectó la pandemia de COVID-19 el cuidado de salud de rutina de su bebé? Para cada una, marque **No** si el cuidado de salud de su bebé no fue afectado de esa manera por la pandemia o **Sí** si lo fue.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cancelados o retrasados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cambiados de visitas en persona a citas virtuales (por video o teléfono)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La vacunación de mi bebé se pospuso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CV10. Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipo de citas de cuidado posparto asistió para usted?

Marque UNA respuesta

- Citas en persona solamente
- Citas virtuales (video o teléfono) solamente
- Ambas, citas en persona y virtuales
- No tuve citas de cuidado posparto para mi

CV11. ¿A usted le sucedió alguna de las siguientes cosas debido a la pandemia de COVID-19? Para cada una, marque **No** si no le sucedió o **Sí** si le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Perdí mi trabajo o tuve un recorte en las horas de trabajo o paga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Otros miembros de mi hogar perdieron sus trabajos o les redujeron las horas de trabajo o paga..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuve problemas pagando el alquiler, la hipoteca u otras facturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un miembro de mi hogar o yo recibimos beneficios por desempleo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuve que mudarme o reubicarme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me quedé sin hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. La pérdida del cuidado de niños o el cierre de escuelas dificultó el manejo de todas mis responsabilidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tuve que dedicar más tiempo de lo usual al cuidado de niños u otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preocupaba que nuestra comida se acabara antes de tener dinero para comprar más..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me sentí más ansiosa de lo usual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me sentí más deprimida de lo usual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo o pareja y yo tuvimos más discusiones o conflictos verbales de lo usual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Mi esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o emocionalmente conmigo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Estas últimas preguntas son sobre la vacuna contra el COVID-19.

VC1. Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada una, marque **No** si no lo hicieron o **Sí** si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Habló conmigo sobre la vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Recomendó que me pusiera la vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me ofreció ponerme la vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me refirió a otro lugar para que me pusieran la vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VC2. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió al menos una inyección o dosis de la vacuna contra el COVID-19?

- No
 Sí

Pase a la Página 22, Pregunta VC5

Pase a la Pregunta VC3

VC3. ¿Cuáles fueron sus razones para no vacunarse contra el COVID-19 durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- No estaba en uno de los grupos que podían recibir la vacuna contra el COVID-19
 - La vacuna no estaba disponible o se acabó en mi área
 - No pude conseguir una cita o fui colocada en una lista de espera
 - No tenía transportación para llegar a un lugar de vacunación
 - El personal del centro de vacunación no quiso ponerme la vacuna porque estaba embarazada
 - Me preocupaba la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mi bebé
 - Me preocupaba la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mí
 - Tengo una alergia o problema de salud que me impedía ponerme la vacuna
 - Mi médico o proveedor de atención médica me dijo que no me pusiera la vacuna
 - Me había puesto la vacuna contra el COVID-19 antes de mi embarazo
 - Ya me había dado COVID-19
 - No tenía suficiente información sobre la vacuna para sentirme cómoda en ponérmela
 - Me preocupaba que la vacuna contra el COVID-19 se desarrolló demasiado rápido
 - No pensé que la vacuna me protegería contra el COVID-19
 - No pensaba que el COVID-19 era una enfermedad grave
 - No pensaba que estaba en riesgo de contraer COVID-19
 - Preferí usar mascarillas y otras precauciones en vez
 - No creo que las vacunas sean beneficiosas
 - Otra razón
- Por favor, díganos:

VC4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sido vacunada contra el COVID-19?

- No
 Sí

VC5. ¿En CUÁL de las siguientes fuentes confía más para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19?

Marque UNA respuesta

- Mi doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica
 Mi farmacéutica
 Sitio web o informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés)
 Sitio web o informes de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés)
 Mi departamento de salud estatal o local
 Familiares o amigos
 Reportajes de noticias (como noticias de radio o televisión)
 Sitios de redes sociales como Facebook
 Sitios web sobre la salud u otros temas
 Por favor díganos que sitios:

- Alguna otra fuente
 Por favor díganos que otra fuente:

VC6. ¿Cuál de las siguientes describe su trabajo o actividades de voluntariado durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Trabajé o fui voluntaria brindando atención médica directa a pacientes (como doctora, enfermera, dentista, terapeuta, proveedora de atención médica en el hogar o personal de emergencia)
 Trabajé o fui voluntaria en el área de atención médica, pero no brindaba atención médica directa a pacientes (como ser personal administrativo, personal de limpieza, transporte de pacientes o secretaria de sala)
 Trabajé o fui voluntaria en un puesto en el que regularmente estaba en contacto con el público (como en educación, supermercados o tiendas, transporte público, restaurantes o servicios de alimentos, cumplimiento de la ley o servicios postales o de entrega)
 Trabajé o fui voluntaria en un puesto que no estaba regularmente en contacto con el público
 Ninguna de las anteriores

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Wyoming.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Wyoming.

