

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 ( <b>no</b> 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.**

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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).....
- b. Alta presión sanguínea (que **comenzó** durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia.....
- c. Depresión.....

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.)

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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

**Las preguntas 34 y 35 están omitidas. Por favor siga con la Pregunta 36.**

## 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. Hablé conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablé conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablé 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.

La pregunta 63 están omitidas. Por favor siga con la Pregunta 64.

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 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 Pregunta CV3**

**Pase a la Página 16, 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 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 18, 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 Página 18, 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 mí

**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"/> |

**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. Hablé 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 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.***

