

Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta o siga las instrucciones en cada pregunta. Es posible que se le pida saltar alguna pregunta que no le aplique o corresponda a usted.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿En qué fecha nació *usted*?

<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Mes Día Año

2. Antes de quedar embarazada, ¿usted...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada.

- ### 3. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Para cada opción, marque **No**, si no tuvo la enfermedad, o **Sí**, si la tuvo.

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

- ### 4. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Chequeo regular con un médico de familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Visita por depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Visita para una limpieza dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

Si no fue a una visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la página 2, pregunta 6.

5. En alguna de las visitas médicas que tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Habló conmigo acerca de... | | |
| a. Mi peso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequearme la presión arterial regularmente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mis deseos de tener o no tener hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Métodos anticonceptivos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Me preguntó...

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si me sentía deprimida o ansiosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico*.

6. 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 (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid
- Kid Care (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés)
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

7. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid
- Kid Care (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés)
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid
- Kid Care (CHIP)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés)
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

Si usted tiene seguro médico ahora, pase a la pregunta 10.

9. ¿Cuál es la razón por la que usted **no** tiene seguro médico *ahora*?

Marque **TODAS** las que correspondan

- El seguro médico es demasiado caro
- No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tengo todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o con el sitio web
- Mis ingresos son demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Mis ingresos son demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov, en inglés)
- No sé cómo obtener seguro médico
- Otra —————> Por favor, díganos:

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

Marque **UNA** respuesta

- Quería quedar embarazada más adelante
- Hubiera querido quedar embarazada antes
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un médico, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo. (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas).

11. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?

- No —————> **Pase a la página 4, pregunta 13**
- Sí

12. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

- No
- Sí —————> **Pase a la página 4, pregunta 14**

Pase a la página 4, pregunta 13

13. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir al centro médico o al consultorio del médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El médico o mi plan de salud no empezaría a darme atención tan pronto como yo quería..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tenía muchas otras cosas que estaban pasando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El consultorio del médico quedaba muy lejos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la pregunta 15.

14. Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Habló conmigo acerca de... | | |
| a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me preguntó... | | |
| e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si estaba tomando medicamentos recetados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si estaba tomando alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Si estaba usando drogas ilegales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Si estaba usando marihuana..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Si quería hacerme la prueba del VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:

A, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo

D, si se la puso **Durante** el embarazo o marque **N**, si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

- | | A | D | N |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 19. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 20.

19. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle a manejar su presión arterial alta?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente después del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo, ya que requerirían atención médica inmediata?

Algunos de estos "signos de advertencia de una urgencia" incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

- No → Pase a la página 6, pregunta 22
 Sí

Pase a la página 6, pregunta 21

21. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia de una urgencia de alguna de las siguientes fuentes?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Un proveedor de atención médica (como un doctor, una enfermera o una partera) ..
- b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)
- c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan **"Hear Her"** o **"Escúchela"** (como sitios web, redes sociales o folletos)
- d. Familiares o amigos

Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos y otros productos del tabaco.

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

No —————→ **Pase a la pregunta 27**

Sí

23. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces —————→ **Pase a la pregunta 25**

24. Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica le aconsejó que dejara de fumar?

- No
- Sí
- No recibí cuidado prenatal

25. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

26. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumo actualmente

27. En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

No —————→ **Pase a la pregunta 31**

Sí

28. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

29. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

30. En los últimos 2 años, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser una copa de vino, una lata o botella de cerveza, un refresco alcohólico carbonatado (“Hard Seltzer”), un trago de licor o un cóctel.

31. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 ^{er} trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 33.

32. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 ^{er} trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

33. ¿Ocurrió alguna de las siguientes cosas durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me separé o divorcí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Yo estuve en la cárcel/prisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo(a) o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo(a) 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 siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo(a) o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo(a) 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"/> |

36. ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior hizo alguna de las siguientes cosas durante su embarazo más reciente?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me amenazó o me hizo sentir insegura de alguna manera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo(a) o pareja actual o anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me obligó a tocarlo o participar en otras actividades sexuales cuando yo no quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

37. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?

- Menos de 3 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 40**

Pase a la pregunta 38

38. ¿Está vivo su bebé?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida. Pase a la página 10, pregunta 51**
- Sí

39. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 10, pregunta 49**
- Sí

40. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio leche materna a su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- No amamanté a mi bebé
- Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- Amamanté a mi bebé:
 - semana(s) **O** mes(es)
- Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 10, pregunta 49.

41. En las últimas 2 semanas, ¿en qué posición ha acostado a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. De lado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Boca arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Boca abajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con qué frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca → **Pase a la pregunta 44**

Pase a la pregunta 43

43. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado la cuna o cama de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

- No
 Sí

44. En las últimas 2 semanas, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, cuna portátil o moisés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, butaca o sillón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento de bebé para el auto ("car seat") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro lugar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

45. En las últimas 2 semanas, ¿acostó a su nuevo bebé para dormir con alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En un saco de dormir (manta tipo bolsa).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una manta en la que envolvió a su bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Protectores de cuna (con o sin malla) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

46. ¿Le dijo un proveedor de atención médica que acostara a su bebé de las siguientes maneras? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. De espalda o boca arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una cuna, moisés o cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sin una manta, juguetes suaves, cojines o almohadas en la cuna o cama de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que colocara la cuna, moisés o cuna portátil de mi bebé en mi habitación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita médica regular para su bebé, usualmente cuando tenga 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- No
 Sí →

Pase a la página 10, pregunta 49

48. ¿Alguna de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera chequeos de rutina?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagarlos
- No tenía como llevar a mi bebé al centro de cuidado médico o al consultorio del médico
- No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos
- No pude conseguir una cita
- Mi bebé estaba demasiado enfermo para un chequeo de rutina
- Otra opción → Por favor, díganos:

49. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha ido una visitadora al hogar a su hogar para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar su nuevo bebé? Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, un profesional de atención médica, una *doula* o asistente de parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa que ayuda a las mujeres con recién nacidos.

No → **Pase a la pregunta 51**

Sí

50. ¿Cuál era la especialidad o profesión de la visitadora al hogar que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Una enfermera, asistente de enfermería o partera
- Una maestra o educadora de salud
- Una *doula* (asistente de parto) o una educadora del parto
- Otra persona → Por favor, díganos:

No sé

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

Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

No → **Pase a la pregunta 53**

Sí → **Pase a la pregunta 54**

Estoy embarazada → **Pase a la pregunta 54**

Pase a la pregunta 52

52. ¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada
- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- No quiero usar anticonceptivos
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja no quiere usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja es del mismo sexo
- Tengo problemas para obtener los anticonceptivos que quiero
- No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Otra opción → Por favor, díganos:

Si usted *no está* haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*, pase a la pregunta 54.

53. ¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo(a) o pareja *actualmente* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- Pastillas anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (él eyacula afuera)
- Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)
- Otra opción → Por favor, díganos:

54. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

- No
 Sí

→ **Pase a la pregunta 56**

55. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?

Marque TODAS las que correspondan

- No sabía que necesitaba uno
 No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta
 Me sentía bien y no pensé que era necesario ir a la consulta
 No pude conseguir una cita cuando quería
 No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
 Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
 No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela
 No tenía a alguien que pudiera cuidar a mis hijos
 El consultorio médico estaba demasiado lejos
 Otra opción → Por favor, díganos:

Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la pregunta 57.

56. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

Habló conmigo acerca de...

- a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo
- b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez
- c. Métodos anticonceptivos
- d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo
- e. Tomarme la presión arterial regularmente
- f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa

Me preguntó...

- g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos de tabaco sin humo
- h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente

Un proveedor de atención médica...

- i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes
- j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad

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

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

58. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

59. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

60. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse o no ha podido controlar su preocupación?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca

61. ¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos? Para cada opción, marque **No o **Sí**.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?

- No → **Pase a la pregunta 65**
- Sí

63. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- No
- Sí → **Pase a la pregunta 65**

64. ¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

Marque TODAS las que correspondan

- No podía pagar el costo
- No pude conseguir una cita cuando la necesitaba
- Mi seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental
- Mi seguro médico no paga lo suficiente para servicios de salud mental
- No sabía a donde ir para obtener servicios
- Me preocupaba que la información que compartiera no se mantuviera confidencial
- No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento
- Me preocupaba que me internaran en un hospital psiquiátrico
- Me preocupaba que tuviera que tomar medicamentos
- No tenía transporte, el tratamiento estaba demasiado lejos o el horario no era conveniente
- No tenía tiempo (por el trabajo, cuidado de niños u otros compromisos)
- Otra → Por favor, díganos:

65. ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior ha hecho alguna de las siguientes cosas desde que nació su nuevo bebé?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Me amenazó o me hizo sentir insegura de alguna manera
- b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo(a) o pareja actual o anterior
- c. Trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir
- d. Me obligó a tocarlo o participar en otras actividades sexuales cuando yo no quería

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

66. Por favor, díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

- a. Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más
- A menudo A veces Nunca
- b. La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más
- A menudo A veces Nunca

67. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Ir a citas médicas.....
- b. Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo
- c. Hacer mandados o diligencias

68. Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?

Sus respuestas son estrictamente confidenciales. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Medicamentos para la depresión.....
- b. Medicamentos para la ansiedad.....
- c. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®), o codeína.....
- d. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante.....
- e. Benzodiazepines (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, *downers* o *ludes*)
- f. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina
- g. Naloxona.....
- h. Marihuana o cannabis en cualquiera de sus formas (no incluya productos a base de cáñamo o "hemp" ni los producidos únicamente con CBD)
- i. Productos de CBD
- j. Marihuana sintética, K2 o *Spice*
- k. Kratom
- l. Fentanilo o heroína (*smack, junk, Black Tar* o *chiva*)
- m. Anfetaminas (*uppers, speed, crystal meth, crank, ice* o *agua*).....
- n. Cocaína (*crack, rock, coke, blow, snow* o *nieve*).....
- o. Alucinógenos (LSD /ácido, PCP /polvo de ángel, éxtasis, *Molly*, hongos o sales de baño)

69. A continuación, aparecen algunas declaraciones acerca la seguridad. Para cada opción, marque **No**, si no corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi hogar hay un detector de humo que funciona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi hogar tiene un detector de monóxido de carbono que funciona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información acerca productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

70. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información acerca de las señales de advertencia de complicaciones durante el periodo posparto de alguna de las siguientes fuentes de información?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Un proveedor de atención médica (como un médico, enfermera o partera).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguna fuente de información que haya usado el eslogan “Hear Her” o “Escúchela” (como una página web, redes sociales o un folleto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Familiares o amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

71. Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?

Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi estado de discapacidad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi estatus de inmigración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi edad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi salario o ingresos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi sexo o género..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi orientación sexual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Mi religión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi idioma o acento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Otra razón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

72. Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- Muy a menudo
- A menudo
- No tan a menudo
- Nunca

73. ¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?

Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Trabajo (contratación, ascenso o despido) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los tribunales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En la escuela o la escuela de mi hijo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Al recibir atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

74. ¿Es usted miembro de una tribu amerindia?

No →

Pase a la pregunta 76

Sí

75. ¿Cuál es su inscripción o afiliación tribal?

- Eastern Shoshone
 Northern Arapaho
 Sioux
 Crow
 Northern Cheyenne
 Shoshone Bannock
 Otro → Por favor, díganos:

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

76. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.

- \$0 a \$18,000
 \$18,001 a \$23,000
 \$23,001 a \$27,000
 \$27,001 a \$32,000
 \$32,001 a \$37,000
 \$37,001 a \$42,000
 \$42,001 a \$48,000
 \$48,001 a \$57,000
 \$57,001 a \$60,000
 \$60,001 a \$73,000
 \$73,001 a \$85,000
 \$85,001 o más

77. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de estos ingresos?

Número de personas _____

78. ¿Cuál es la fecha de hoy?

____ / ____ / ____
 Mes Día Año

**¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!
¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus
experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor, utilice este
espacio para contarnos.**

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

Sus respuestas ayudarán a que las madres y los bebés en Wyoming sean más sanos.

