

OMB No. xxx-xxxx
Expiration Date: xx/xx/20xx

MATHEMATICA
Policy Research

Medicaid Postpartum Survey

June 11, 2015

Spanish Version

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-TBD . The time required to complete this information collection is estimated to average 30 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Version History:

Version Name/Notes	Date Created/Revised	Revised by
40400 Appendix A Medicaid Postpartum CATI Survey (12-23-14 dab) v1.docx Dot formatted for Erin Panzarella	12/23/14	Dot B.
Medicaid postpartum CATI survey (3-4-15 ac).docx Translated into Spanish by Valerie, Allie formatted for translation team	3/5/15	Allie C
EPMHP Medicaid postpartum CATI survey Spanish (3-10-15 ac).docx Allie checked format for Valerie Williams and So O'Neil	3/10/15	Allie C

FRONT END SCREENER

ALL

FILL RESPONDENT PHONE NUMBER AND EXTENSION FROM PRELOAD

MakeDialPhone.

PHONE NUMBER DETAILS:

PHONE NUMBER= [PHONE NUMBER]

EXTENSION= [EXTENSION]

CODE ONE ONLY

AUTO DIAL	1	CallDialer
MANUAL DIAL	2	DialResult
QUICK EXIT	3	Exit
RESPONDENT CALLING IN	4	Hello1

MAKEDIALPHONE=1

CallDialer.

INTERVIEWER: PLEASE CLICK ON THE BUTTON IN THE FIELD WITH THREE DOTS TO MAKE THE CALL.

CALL OUTS

DialResult.

INTERVIEWER: CODE RESULT OF DIALING

CODE ONE ONLY

SOMEONE ANSWERS.....	1	Hello
NO ANSWER	2	Exit
BUSY.....	3	Exit
ANSWERING MACHINE	4	Verified
ANSWERING SERVICE	5	AnsService
PRIVACY MANAGER	6	Exit
PHONE/LINE PROBLEMS	7	PhoneProb
CHANGED TO NEW NUMBER	8	PhoneNum

DIALRESULT=4

NAME FROM PRELOAD

Verified.

INTERVIEWER: DID RECORDING VERIFY [NAME] AT THIS NUMBER?

CODE ONE ONLY

YES	1	Finished
NO	0	Finished

DIALRESULT=5

AnsService.

INTERVIEWER: IS THIS THE ANSWERING SERVICE FOR [NAME]?

CODE ONE ONLY

YES, [NAME]'S ANSWERING SERVICE 1 Finished
NO, DEFINITELY NOT [NAME]'S ANSWERING SERVICE 2 Finished
DON'T KNOW, WOULDN'T SAY, NO NAME WAS GIVEN 3 AnsOther

ANSSERVICE=3

AnsOther.

INTERVIEWER: PLEASE ENTER WHAT WAS SAID

_____ (STRING 100) Finished

DIALRESULT=7

PhoneProb.

INTERVIEWER: CODE PHONE PROBLEM

NOT IN SERVICE; DISCONNECTED; NOT WORKING 1 Exit
TEMPORARILY NOT IN SERVICE 2 Exit
CIRCUIT PROBLEMS; CIRCUITS OVERLOADED 3 Exit
FAST BUSY; FAST RING; NO RING 4 Exit
COMPUTER/FAX LINE..... 5 Exit
PAGER..... 6 Exit
CELL PHONE 7 Exit
OTHER PHONE DEVICE 8 Exit

DOCALLBACK = NO

AUTOFILL INTNAME

MAKEDIALPHONE=1,2 (call-out) text = Hola, mi nombre es [INTNAME] y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. ¿Podría hablar con [FULL NAME]?

MAKEDIALPHONE=4 (call-in) text = Mi nombre es [INTNAME]. ¿Estoy hablando con [FULL NAME]?

Hello. [Hola, mi nombre es [INTNAME] y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. ¿Podría hablar con [FULL NAME]??]

Mi nombre es [INTNAME]. ¿Estoy hablando con [FULL NAME]?

CODE ONE ONLY

SPEAKING TO [FIRSTNAME]	1	Go to SampMemb
[FIRSTNAME] COMES TO THE PHONE	2	Go to SampMemb
PERSON ASKS WHAT CALL IS ABOUT	3	Go to WhatAbout
NEED TO CALLBACK	4	Go to Callback
[FIRSTNAME] HAS A HEALTH PROBLEM.....	5	Go to HealthProb
[FIRSTNAME] IS IN AN INSTITUTION.....	6	Go to Institution
[FIRSTNAME] HAS MOVED.....	7	Go to KnowWhere
[FIRSTNAME] DOES NOT SPEAK ENGLISH.....	8	Go to Lang
NEVER HEARD OF [FULLNAME]/WRONG NUMBER.....	9	Status 530, Go to Thanks
HUNG UP DURING INTRODUCTION.....	10	Status 640, Exit
REFUSED	r	Status 220, Exit

HELLO = 3

WhatAbout. [FIRSTNAME] debería haber recibido una carta de Mathematica Policy Research acerca de una encuesta de nuevas mamás para los Centros de Medicare y Medicaid. ¿Podría hablar con ella ahora?

CODE ONE ONLY

[FIRSTNAME] COMES TO THE PHONE	1	Go to SampMemb
NEED TO CALLBACK	2	Go to Callback
[FIRSTNAME] HAS HEALTH PROBLEM/IS DECEASED.....	3	Go to HealthProb
[FIRSTNAME] IS IN AN INSTITUTION.....	4	Go to Institution
[FIRSTNAME] MOVED	5	Go to KnowWhere
[FIRSTNAME] DOES NOT SPEAK ENGLISH.....	6	Go to Lang
HUNG UP DURING INTRODUCTION.....	8	Status 640, Exit
SUPERVISOR REVIEW	9	Status 380, Exit
REFUSED	r	Status 220, Exit

HELLO = 5 OR WHATABOUT = 3

HealthProb. ENTER TYPE OF HEALTH PROBLEM.

CODE ONE ONLY

HEARING PROBLEM	1	Go to AmpTTY
SPEECH PROBLEM.....	2	Go to AmpTTY
PHYSICAL PROBLEM.....	3	Go to CallLater
COGNITIVE PROBLEM.....	4	Status 410, go to Thanks
IN A COMA	5	Status 410 go to Thanks
DECEASED	6	Go to Deceased
REFUSED	r	Status 210, Exit

HEALTHPROB = 1 OR 2

FILL FIRSTNAME

AmpTTY. Puedo obtener un teléfono que amplifique mi voz o la de [FIRSTNAME], o podemos usar un servicio de TTY. ¿Ayudaría alguno de éstos a que ella complete la entrevista?

CODE ONE ONLY

YES - USE AMPLIFIER PHONE	1	Go to RespAvail
YES - USE TTY CAPABILITY.....	2	Go to RespAvail
NO.....	0	Status 411, Go to Thanks
DON'T KNOW	d	Go to Callback
REFUSED	r	Status 210, Go to Thanks

AMPTTY = 1 OR 2

FIRSTNAME

RespAvail. ¿Está [FIRSTNAME] disponible ahora?

YES	1	
NO	0	Go to Callback

PROGRAMMER

If AmpTTY = 1, Go to AmpPhone. If AmpTTY = 2, Go to CallTTY

AMPTTY = 1 AND RESPAVAIL = 1

AmpPhone. Por favor espere mientras obtengo el teléfono amplificador.

INTERVIEWER: SET UP AMPLIFIER/WEAK SPEECH EQUIPMENT AND ASK
GATEKEEPER TO CALL [FIRSTNAME] TO THE PHONE.

CODE ONE ONLY

[FIRSTNAME] COMES TO THE PHONE 1 Go to SampMemb
NEED TO CALLBACK 2 Go to Callback

AMPTTY = 2 AND RESPAVAIL = 1

CallTTY. Volveré a llamar en unos minutos después de obtener la ayuda del operador de TTY.

CODE ONE ONLY

ARRANGE CALL WITH OPERATOR 1 Go to SampMemb
UNSUCCESSFUL -- NEED TO CALLBACK 2 Go to Callback

HEALTHPROB = 3

FILL FIRSTNAME

CallLater. ¿Podrá [FIRSTNAME] hablar por teléfono si vuelvo a llamar en una o dos semanas?

CODE ONE ONLY

YES/MAYBE – CALLBACK 1 Go to Callback
NO 0 Status 419, Go to Thanks
DON'T KNOW d Go to Callback
REFUSED r Status 210, Exit

(HELLO = 5 OR WHATABOUT = 3) AND (HEALTHPROB = 7)

Deceased. Siento mucho saber que falleció. Estoy llamando de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Recientemente se le envió una carta a [FIRSTNAME] explicando por qué estamos llamando. ¿Cuándo falleció? Gracias. Por favor acepte mi pésame. Adiós

PROGRAMMER: SELECT NUMBER OF FIELDS

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
MONTH DAY YEAR
1-12 1-31 2016-2017

Go To Thanks, Status 440

DON'T KNOW d Go To Thanks, Status 440
REFUSED r Go to Thanks, Status 440

HELLO = 6 OR WHATABOUT = 4

Institution. INTERVIEWER: ENTER TYPE OF INSTITUTION.

CODE ONE ONLY

HOSPITAL	1	Go to HomeSoon
NURSING HOME	2	Go to Capable
ASSISTED LIVING FACILITY	3	Go to Capable
GROUP HOME	4	Go to Capable
JAIL OR PRISON	5	Status 421, Go to Thanks

INSTITUTION = 1

FIRSTNAME

HomeSoon. ¿Espera que [FIRSTNAME] regrese a casa del hospital dentro de una o dos semanas?

CODE ONE ONLY

YES ARRANGE CALLBACK	1	Go to Callback
NO	0	Go to Capable
DON'T KNOW	d	Go to Callback
REFUSED	r	Status 210, Exit

(HELLO = 6 OR WHATABOUT = 4) AND (INSTITUTION = 2 OR 3 OR 4 OR HOMESOON = 0)

FIRSTNAME = RESPONDENT'S FIRST NAME

Capable. Estoy llamando acerca de una encuesta que nos gustaría realizar con [FIRSTNAME]. Recientemente se le envió a ella una carta explicando por qué estamos llamando. ¿Podría ella contestar preguntas por si misma, o necesitaría a alguien que contestara por ella?

CODE ONE ONLY

[FIRSTNAME] IS ABLE TO RESPOND	1	Go to Facility
[FIRSTNAME] IS UNABLE TO RESPOND	2	Status 410, Go to Thanks

Hello = 6 OR WhatAbout = 4 OR Institution = 2, 3 or 4 OR HomeSoon = 2 OR Capable = 1 or DK

Facility. ¿Cuál es el nombre del [hospital/ hogar colectivo]/ centro de vivienda asistida]?

_____	STRING (50)	Go To Contact
NAME		
DON'T KNOW	d	Go To Contact
REFUSED	r	Go To Contact

Hello = 6 OR WhatAbout = 4 OR Institution = 2, 3 or 4 OR HomeSoon = 2 OR Capable = 1 or DK

Contact. ¿Tiene usted el nombre del administrador o una persona de contacto allí?

_____ STRING (20)
FIRST NAME

_____ STRING (20)
MIDDLE INITIAL/NAME

_____ STRING (20) Go To FacAddr
LAST NAME

DON'T KNOW d Go To FacAddr

REFUSED r Go To FacAddr

Hello = 6 OR WhatAbout = 4 OR Institution = 2, 3 or 4 OR HomeSoon = 2 OR Capable = 1 or DK

FacAddr. ¿Cuál es la dirección del [hospital/ hogar colectivo]/centro de vivienda asistida]?

_____ STRING (25)
STREET

_____ STRING (25)
CITY

_____ STRING (25)
STATE

|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
ZIP CODE

DON'T KNOW d Go To FacPhone

REFUSED r Go To FacPhone

Hello = 6 OR WhatAbout = 4 OR Institution = 2, 3 or 4 OR HomeSoon = 2 OR Capable = 1 or DK

FacPhone. ¿Podría tener el número de teléfono del [hospital/hogar colectivo/centro de vivienda asistida]?

|_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| Status 899, Go to Thanks

DON'T KNOW d Status 380, Go to Thanks

REFUSED r Status 380, Go to Thanks

HELLO = 7 OR WHATABOUT = 5
IF S2 = FIRSTNAME

KnowWhere. ¿Sabe usted, o alguien allí cómo podemos contactar a [FIRSTNAME]?

CODE ONE ONLY

YES 1
NO 0 Status 530, Go to Thanks
DON'T KNOW d Status 530, Go to Thanks
REFUSED r Status 530, Go to Thanks

KNOWWHERE = 1

NewPhone.

_____ - _____ - _____ Go To NewAddr
DON'T KNOW d Go To NewAddr
REFUSED r Go To NewAddr

KNOWWHERE = 1

NewAddr. ¿Podría tener su dirección?

_____ (STRING 25)
STREET
_____ (STRING 25)
CITY
_____ (STRING 25)
STATE

ZIP CODE
DON'T KNOW d See programmer box
REFUSED r See programmer box

PROGRAMMER:
IF NEWPHONE = D OR R, STATUS 530, GO TO THANKS, ELSE STATUS 899, GO TO THANKS

HELLO = 8 OR WHATABOUT = 6

Lang. CODE LANGUAGE NEEDED TO COMPLETE INTERVIEW IF KNOWN

CODE ONE ONLY

SPANISH	1	Status 401, Go to Thanks
OTHER LANGUAGE SPECIFY _____ (STRING 20).....	99	Status 400, Go to Thanks
DON'T KNOW	d	Status 400, Go to Thanks

HELLO = 1 OR 2 OR WHATABOUT = 1 OR AMPPHONE = 1 OR CALLTTY = 1

SampMemb. Trabajo para Mathematica Policy Research. Recientemente puede haber recibido una carta diciendo que llamaríamos para pedirle que participe en una encuesta de nuevas madres. La encuesta llevará unos 25 minutos, y le enviaremos una tarjeta de regalo de \$25 cuando complete la encuesta para agradecerle su tiempo.

PROBE IF NEEDED: Mathematica Policy Research es una empresa de estudios investigativos, sin afiliación partidaria, bien conocida, con sede en Princeton, NJ. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han contratado a Mathematica para llevar a cabo este estudio.

PROBE IF NEEDED: Su participación es completamente voluntaria, pero muy importante. Todas sus respuestas se mantendrán privadas.

CODE ONE ONLY

BEGIN INTERVIEW	1	Go to SC1
DID NOT GET LETTER	2	Go to NoLetter
WANTS MORE INFORMATION	3	Go to MoreInfo
NOT A GOOD TIME.....	4	Go to Callback
HUNG UP DURING INTRODUCTION.....	5	Status 640, Exit
SUPERVISOR REVIEW	6	Status 380, Exit
REFUSED	r	Status 200, Exit

SAMPMEMB = 2 OR WHATABOUT = 7
FILL [PROGRAM] FROM SAMPLE FILE

NoLetter. La carta explicó que estamos realizando un estudio para saber las maneras en que las nuevas mamás obtienen información sobre su salud y la de sus niños.
¿Podemos empezar ahora?

CODE ONE ONLY

BEGIN INTERVIEW	1	Go to SC1
WANTS ANOTHER LETTER.....	2	Go to ReadLetter
NOT A GOOD TIME.....	3	Go to Callback
HUNG UP DURING INTRODUCTION.....	4	Status 640, Exit
REFUSED	r	Status 200, Exit

NOLETTER = 2

ReadLetter. ¿Me permite leerle la carta y luego podemos empezar?

CODE ONE ONLY

YES, READ THE LETTER FROM HARD COPY	1	Go to Screener/Survey
NO, WANTS ANOTHER LETTER FIRST	2	Go to SendLetter
HUNG UP DURING INTRODUCTION.....	3	Status 640, Exit
REFUSED	r	Status 200, Exit

ReadLetter = 2

SendLetter. Bien, enviaré otra carta y volveré a llamar en unos días.

STREET _____ STRING (25)

CITY _____ STRING (25)

STATE _____ STRING (25)

|_|_|_|_| - |_|_|_|_| ZIP CODE

DON'T KNOW	d	Status 831, Go to Thanks
REFUSED	r	Status 200, Exit

SAMPMEMB = 3

MoreInfo. Estamos entrevistando a mujeres en cuatro estados para saber los tipos de servicios e información que obtienen durante el embarazo y después de dar a luz. Sus respuestas ayudarán a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a saber las mejores maneras de ayudar a mujeres embarazadas y nuevas mamás a obtener la información y servicios que necesitan para tener bebés sanos. Su participación es muy importante. Comencemos.

CODE ONE ONLY

BEGIN INTERVIEW	1	Go to SC1
NOT A GOOD TIME.....	2	Go to Callback
HUNG UP DURING INTRODUCTION.....	3	Status 640, Exit
REFUSED	r	Status 200 Exit

DOCALLBACK = YES (CALL BACK TO SAMPLE MEMBER AFTER INITIAL CONTACT)

AUTOFILL INTVNAME

Hello2. **Hola, mi nombre es [INTNAME]. Estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. ¿Podría hablar con [FULL NAME]?**

CODE ONE ONLY

SPEAKING TO [FIRSTNAME]	1	Go to SampMemb2
[FIRSTNAME] COMES TO THE PHONE	2	Go to SampMemb2
PERSON ASKS WHAT CALL IS ABOUT	3	Go to WhatAbout2
NEED TO CALLBACK	4	Go to Callback
NEVER HEARD OF [FULLNAME]/WRONG NUMBER.....	5	Go to PhoneCheck
REFUSED	r	Status 220, Exit

HELLO2 = 3

FIRSTNAME

WhatAbout2. **Estoy llamando para completar una entrevista que empezamos recientemente con [FIRSTNAME]. ¿Está ella disponible ahora?**

CODE ONE ONLY

[FIRSTNAME] COMES TO THE PHONE	1	Go to Sampemb2
NEED TO CALLBACK	2	Go to Callback
SUPERVISOR REVIEW	3	Status 380, Exit
REFUSED	r	Status 220, Exit

HELLO2 = 1 OR 2 OR WHATABOUT2 = 1

SampMemb2. **Hola, mi nombre es [INTNAME]. Estoy llamando para completar la entrevista que empezamos recientemente. Le enviaremos una tarjeta de regalo por \$25 para agradecerle por participar. Estoy llamando para ver si éste es un buen momento para completar la entrevista.**

Como recordatorio, su participación es completamente voluntaria, pero muy importante. Todas sus respuestas se mantendrán privadas. Sigamos con la entrevista.

CODE ONE ONLY

CONTINUE INTERVIEW	1	Go to SC1
NOT A GOOD TIME.....	2	Go to Callback
SUPERVISOR REVIEW	3	Status 380, Exit
REFUSED	r	Status 200, Exit

HELLO2=5

PHONE

PhoneCheck2. Lo siento. Debo haber marcado un número incorrecto. Pensé que marqué [PHONE]. ¿Es eso el número que he alcanzado?

CODE ONE ONLY

RIGHT NUMBER, NO SUCH PERSON	1	GO TO WrongNumber2
WRONG CONNECTION/MISDIAL	2	Status 530, Exit
SUPERVISOR REVIEW REQUIRED	3	Status 380, Exit
REFUSED TO CONFIRM NUMBER	4	Status 380

PHONECHECK = 1

AUTOFILL INTVNAME

WrongNumber2. Soy [INTNAME] de Mathematica Policy Research. Según mi información habíamos hablado recientemente con alguien en su número y teníamos que volver a llamar para entrevistar a [FULLNAME]. Debe haber habido algún error. Gracias por su ayuda. Daré esto a mi supervisor.

CONTINUE 1 Status 380

HELLO = 9 OR HEALTHPROB = 1 OR 2 AND OR AMPTTY = 1

Thanks. Muchas gracias por su tiempo.

CONTINUE 1 Exit

HELLO = 4 OR WHATABOUT = 4 OR AMPTTY= D OR RESPAVAIL=0 OR MOREINFO=2 (ALL CALL BACKS)

CallBack. ¿Cuándo sería un buen momento para volver a llamar?

INTERVIEWER: MAKE AN APPOINTMENT. (PROGRAMMER: STATUS 810).

PARENT GUARDIAN CONSENT/ CALLBACK

SC4 = 2 OR SC5 = 2

AUTOFILL INTNAME

S1 = FULLNAME

Hello P/G. Hola, mi nombre es [INTNAME]. Estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. ¿Podría hablar con uno de los padres/tutores de [FULL NAME]?]

CODE ONE ONLY

- | | | |
|--|----|----------------------|
| SPEAKING TO PARENT/GUARDIAN | 1 | Go to SC5 |
| PARENT/GUARDIAN COMES TO THE PHONE | 2 | Go to SC5 |
| PERSON ASKS WHAT CALL IS ABOUT | 3 | Go to Whatabout P/G |
| NEED TO CALLBACK | 4 | Go to Callback P/G |
| [FIRSTNAME] HAS A HEALTH PROBLEM..... | 5 | Go to HealthProb P/G |
| [FIRSTNAME] IS IN AN INSTITUTION..... | 6 | Go to HomeSoon P/G |
| [FIRSTNAME] HAS MOVED..... | 7 | Go to KnowWhere P/G |
| [FIRSTNAME] DOES NOT SPEAK ENGLISH..... | 8 | Go to Lang P/G |
| HUNG UP DURING INTRODUCTION..... | 10 | Status 640, Exit |
| REFUSED | r | Status 210, Exit |

HELLO P/G = 3

S2 = FIRSTNAME

WhatAbout P/G. [FIRSTNAME] ha sido seleccionada para participar en una encuesta breve de nuevas mamás. Debido a que ella tiene menos de 18 años, estoy llamando para pedir permiso a uno de sus padres o tutores para que ella participe en la encuesta. ¿Puedo hablar con uno de sus padres o tutores ahora?

CODE ONE ONLY

- | | | |
|---|---|----------------------|
| PARENT/GUARDIAN COMES TO THE PHONE | 1 | Go to SC5 |
| NEED TO CALLBACK | 2 | Go to Callback |
| PARENT/GUARDIAN HAS HEALTH PROBLEM/IS DECEASED..... | 3 | Go to HealthProb P/G |
| PARENT/GUARDIAN IS IN AN INSTITUTION..... | 4 | Go to HomeSoon P/G |
| PARENT/GUARDIAN MOVED | 5 | Go to KnowWhere P/G |
| PARENT/GUARDIAN DOES NOT SPEAK ENGLISH..... | 6 | Go to Lang P/G |
| HUNG UP DURING INTRODUCTION..... | 7 | Status 640, Exit |
| SUPERVISOR REVIEW | 8 | Status 380, Exit |
| REFUSED | r | Status 210, Exit |

HELLO P/G = 5 OR WHATABOUT P/G = 3

HealthProb P/G. ENTER TYPE OF HEALTH PROBLEM.

CODE ONE ONLY

HEARING PROBLEM	1	Go to AmpTTY P/G
SPEECH PROBLEM.....	2	Go to AmpTTY P/G
PHYSICAL PROBLEM.....	3	Go to CallLater
COGNITIVE PROBLEM/ IN A COMA.....	4	Status 211, Exit
DECEASED	5	Go to Deceased
REFUSED	r	Status 211, Exit

HEALTHPROB P/G = 1 OR 2

If HELLO = 5: S2 = FIRSTNAME

AmpTTY P/G. Puedo obtener un teléfono que amplifique mi voz o la de su padre/madre o tutor, o podemos usar un servicio de TTY. ¿Me ayudaría alguno de estos a hablar con el padre/ madre o tutor?

YES - USE AMPLIFIER PHONE	1	Go to RespAvail P/G
YES - USE TTY CAPABILITY.....	2	Go to RespAvail P/G
NO.....	0	Status 211; Exit
DON'T KNOW	d	Go to Callback
REFUSED	r	Status 211; Exit

AMPTTY P/G = 1 OR 2

RespAvail P/G. ¿Está disponible el padre/ madre o tutor ahora?

YES	1	
NO.....	0	Go to Callback

PROGRAMMER:

If AmpTTY = 1, GoTo AmpPhone, else Go to CallTTY

AMPTTY P/G = 1 AND RESPAVAIL P/G = 1

AmpPhone. Por favor espere mientras obtengo el teléfono amplificador.

INTERVIEWER: SET UP AMPLIFIER/WEAK SPEECH EQUIPMENT AND ASK GATEKEEPER TO CALL [FIRSTNAME] TO THE PHONE.

[FIRSTNAME] COMES TO THE PHONE	1	Go to SC5
NEED TO CALLBACK	2	Go to Callback

AMPTTY P/G = 2 AND RESPAVAIL = 1

CallTTY P/G. Volveré a llamar en unos minutos después de obtener la ayuda del operador deTTY.

- ARRANGE CALL WITH OPERATOR..... 1 Go to SC5
- UNSUCCESSFUL -- NEED TO CALLBACK 2 Go to Callback

HEALTHPROB P/G = 3

CallLater P/G. ¿Podrá el padre/ madre o tutor de [FIRST NAME] hablar si vuelvo a llamar en una o dos semanas?

- YES/MAYBE – CALLBACK 1 Go to Callback
- NO 0 Status 211, Exit
- DON'T KNOW d Go to Callback
- REFUSED r Go to End 4

HELLO P/G = 5 AND HEALTHPROB P/G= 6

**Deceased P/G. Siento mucho oír eso. ¿Cuándo ocurrió?
Gracias. Por favor acepte mi pésame. Adiós**

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
MONTH DAY YEAR
1-12 1-31 2000 - 2017

Status 211

- DON'T KNOW d Status 380 Sup Rev
- REFUSED r Status 380 Sup Rev

HELLO P/G = 6 OR WHATABOUT P/G= 4

S2 = FIRSTNAME

HomeSoon P/G. ¿Espera usted que el padre/madre o tutor de [FIRSTNAME] regrese a casa en una o dos semanas?

- YES ARRANGE CALLBACK 1 Go to Callback
- NO 0 Status 211, Exit
- [FIRSTNAME] UNABLE TO RESPOND OVER THE TELEPHONE..... 3 Status 211, Exit

HELLO P/G = 7 OR WHATABOUT P/G = 5

IF S2 = FIRSTNAME

KnowWhere P/G. ¿Sabe usted, o alguien allí cómo podemos contactar al padre/madre o tutor de [FIRST NAME]?

YES 1

NO 0 Status 211, Exit

DON'T KNOW d Status 211, Exit

REFUSED r Status 211, Exit

KNOWWHERE P/G = 1

NewPhone P/G.

- - Exit

DON'T KNOW d Exit

REFUSED r Exit

HELLO P/G = 8 OR WHATABOUT P/G = 6:

Lang P/G. CODE LANGUAGE NEEDED TO COMPLETE INTERVIEW IF KNOWN

CODE ONE ONLY

SPANISH 1 Continue in Spanish

OTHER (SPECIFY) _____ (STRING (100)) 99 Status 211, Exit

DON'T KNOW d Status 211, Exit

REFUSED r Status 211, Exit

ALL

FILL SAMPLE MEMBER FULL NAME

SC1. **Antes de empezar, tengo que asegurar que he contactado a la persona correcta.**
¿Estoy hablando con [FILL SAMPLE MEMBER FULL NAME]?

CODE ONE ONLY

YES 1 GO TO SC2

YES, NAME NOW CHANGED 2

NO 0 NOT ELIGIBLE

DON'T KNOW d NOT ELIGIBLE

REFUSED r STATUS 200, EXIT

IF SC1 = YES, NAME NOW CHANGED

SC1a. ¿Cuál es su nuevo nombre?

RECORD NEW NAME

_____ (STRING 400)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

FILL DOB FROM PRELOAD

SC2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

PROGRAMMER: DISPLAY DOB AS INTERVIEWER NOTE

PROGRAMMER: ALLOW RESPONDENT INFO TO BE ENTERED/REVISED IN INFO SCREEN. FIRST, HAVE INTERVIEWER INDICATE WHETHER THE MOTHER'S DOB IS CORRECT; THEN, IF IT IS INCORRECT, ALLOW DOB TO BE REVISED.

INTERVIEWER: COMPARE RESPONSE WITH DOB DISPLAYED.

DOB CORRECT 1 GO TO SC3

DOB INCORRECT 2 GO TO SC3

DON'T KNOW d

REFUSED r

IF SC2 = DK, Rf:

SC2a. ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

|_|_| YEARS (14–50)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

FILL DATES

SC3. ¿Tuvo un bebé entre [CURRENT DATE MINUS 7 MONTHS] y [CURRENT DATE MINUS 4 MONTHS]?

YES 1

NO 0 NOT ELIGIBLE

MISCARRIAGE/BABY DIED/WAS STILLBORN 2 NOT ELIGIBLE

DON'T KNOW d NOT ELIGIBLE

REFUSED r STATUS 200, EXIT

SC2A < 18 YEARS OLD

SC4. Debido a que tiene menos de 18 años, necesito obtener permiso de uno de sus padres o tutores antes de que pueda entrevistarla. ¿Por favor, puedo hablar con uno de sus padres o tutores por un momento?

CODE ONE ONLY

YES 1

NOT AVAILABLE NOW 2 GO TO CALLBACK

DON'T KNOW d GO TO END 14

REFUSED r GO TO END 14

SPEAKING TO PARENT/GUARDIAN

SC4=1

INTERVIEWER NAME; FIRST NAME

SC5.

Hola, soy [INTNAME]. [FIRSTNAME] quisiera participar en una breve encuesta de nuevas mamás que estamos llevando a cabo de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid La encuesta llevará 25 minutos. Para agradecerle a ella por participar, le enviaremos una tarjeta de regalo por \$25. Debido a que ella tiene menos de 18 años, necesito el permiso de uno de sus padres o tutores para entrevistarla. ¿Da usted permiso para que [FIRSTNAME] participe en este estudio?

YES 1
PARENT CANNOT COME TO PHONE.....2 GO TO CALLBACK
PARENT REFUSES PERMISSION.....r Status 210, Exit

SC5 =1

FIRST NAME

SC6. Muchas gracias. ¿Podría hablar con [FIRSTNAME] otra vez para comenzar la entrevista?

YES 1 GO TO SC7
NO, SHE'S NOT HERE/NO LONGER HERE..... 0 GO TO CALLBACK

ALL

IF SC3 <18 FILL [Su padre/ madre/ tutor dio permiso para que participe en la encuesta, así que sigamos.]

SC7. [Su padre/ madre/ tutor dio permiso para que participe en la encuesta, así que sigamos.] Gracias por contestar esas preguntas. Ahora voy a explicar la encuesta y luego pedir su consentimiento para participar. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han contratado a Mathematica para llevar a cabo esta encuesta. Estamos realizando esta encuesta con mujeres que recientemente han tenido un bebé. Durante la entrevista, le preguntaré sobre sus experiencias como nueva mamá y sobre sus experiencias durante el embarazo más reciente.

La participación en la encuesta es voluntaria. Si cualquier de las preguntas le parece demasiado personal, o no se siente cómoda contestándolas, puede decirme y saltaremos esas preguntas.

Su nombre y las respuestas a la encuesta se mantendrán privados y usados sólo para el propósito del estudio, a menos que sea requerido por ley. Es posible que combinemos sus respuestas en la encuesta con información que obtenemos sobre usted de su agencia Medicaid estatal, la cual quizás conoce como [FILL STATE MEDICAID NAME]. Los riesgos de participar en la encuesta incluyen la posible divulgación de su nombre, sus respuestas a preguntas de la encuesta, e información médica vinculada, pero hemos tomado medidas para evitarlos. Aunque no hay beneficios directos para usted o su bebé por participar en la encuesta, la información que proporciona puede ayudar a otras mujeres y sus bebés en el futuro. Le enviaremos una tarjeta de regalo por \$25 por correo después de completar la encuesta.

PROBE IF NEEDED: Si quiere hablar con un investigador acerca del estudio, puedo darle la información de contacto para So O’Neil, la investigadora principal del estudio. Ella puede ser contactada al 617-301-8975.

PROBE IF NEEDED: Si quieres hablar con alguien acerca de sus derechos como participante en la encuesta, puedo darle la información de contacto para la Junta de Revisión Institucional de Nueva Inglaterra. Ellos pueden ser contactados al 617-243-3924.

¿Acepta participar en la encuesta?

YES 1
NO 0

SC7=1

FILL DATES

SC8. Ahora voy a hacerle unas preguntas acerca de su embarazo reciente. ¿A cuántos bebés dio a luz entre [CURRENT DATE MINUS 7 MONTHS] y [CURRENT DATE MINUS 4 MONTHS]?

____|____| BABIES (1–6)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SC7= 1 (R CONSENTS)

SC9. IF ONE BABY: ¿Cuál es el nombre de su bebé?

IF MORE THAN ONE BABY: ¿Cuáles son los nombres de sus bebés?

PROBE IF NEEDED: Puede dar las iniciales de su bebé si no quiere dar el nombre de él o ella.

ENTER NAME OR INITIALS FOR ALL BABIES

_____ (STRING 10)

IFSC8> 1 (IF MORE THAN ONE BABY, PROGRAM AUTOMATICALLY SELECTS ONE)

FILL SELECTED CHILD'S NAME

SC10. Entendemos que [CHILD] fue parte de un parto múltiple. Para propósitos de esta encuesta, nos gustaría que conteste todas las preguntas que hacemos acerca de [CHILD] y su embarazo reciente con [CHILD].

SC7=1 (R CONSENTS)

FILL CHILD'S NAME

SC11. ¿Es [CHILD] niño o niña?

CODE ONE ONLY

MALE..... 1

FEMALE 2

DON'T KNOW d

REFUSED r

SC7=1 (R CONSENTS)

FILL CHILD'S NAME

SC12. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [CHILD]?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

MONTH DAY YEAR
(1-12) (1-31) (2016-2017)

DON'T KNOW d

REFUSED r

A. TEXT4BABY ENROLLMENT AND USE OF SERVICES

Primero me gustaría hacerle unas preguntas acerca de teléfonos celulares y su uso de medios de comunicación social.

ALL

A0. ¿Tiene un teléfono celular?

YES	1	
NO	0	GO TO A1
DON'T KNOW	d	GO TO A1
REFUSED	r	GO TO A1

A0 = YES

A0a. Algunos teléfonos celulares son llamados “smartphones” por ciertas características que tienen. ¿Es su teléfono celular un smartphone, como un iPhone o Android, o no está segura?

YES, SMARTPHONE.....	1	
NO, NOT A SMARTPHONE	0	
DON'T KNOW	d	
REFUSED	r	

ALL

A1. Antes de hoy, ¿oyó alguna vez de Text4baby?

If no, PROBE: Text4baby envía mensajes de texto gratis a mujeres embarazadas y nuevas madres en sus teléfonos celulares sobre tener embarazos y bebés sanos. ¿Ha oído de Text4baby?

YES	1	
NO	0	GO TO SECTION D
DON'T KNOW	d	GO TO SECTION D
REFUSED	r	GO TO SECTION D

IF A1 = YES (HEARD OF TEXT4BABY)

A2. ¿Se ha inscrito alguna vez para recibir mensajes gratis de Text4baby en su teléfono celular?

INTERVIEWER: CODE YES IF R SAYS SOMEONE ELSE SIGNED HER UP.
CODE YES IF R WAS SIGNED UP IN THE PAST BUT IS NOT CURRENTLY SIGNED UP.

YES 1
NO 0 GO TO A10
DON'T KNOW d GO TO SECTION D
REFUSED r GO TO SECTION D

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A3. ¿Cómo se inscribió para Text4baby? ¿Envío un mensaje de texto en su teléfono celular, se inscribió en Internet, o de otra manera?

CODE ONE ONLY

CELL PHONE 1
INTERNET 2
SOMEONE ELSE SIGNED ME UP 3
OTHER (SPECIFY)..... 99
_____ (STRING 200)
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF OTHER SPECIFY (99): ¿Cómo se inscribió para Text4baby?

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A4. ¿Se inscribió para recibir mensajes de Text4Baby en inglés o en español?

CODE ONE ONLY

ENGLISH 1
SPANISH 2
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF A2 = 1 and (A3 = 1 or 2)

A5. ¿Qué tan fácil o difícil fue inscribirse para Text4baby? ¿Diría que fue...

CODE ONE ONLY

Muy fácil, 1
Algo fácil, 2
Algo difícil, o 3
Muy difícil? 4
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

FILL CHILD'S NAME

A6. ¿Se inscribió para Text4Baby mientras estaba embarazada con [CHILD]?

YES 1
NO 0 GO TO A6B
DON'T KNOW d GO TO A7
REFUSED r GO TO A7

IF A6 = YES (SIGNED UP FOR TEXT4BABY WHILE PREGNANT)

A6a. ¿Aproximadamente cuántos meses de embarazo tenía cuando se inscribió para Text4Baby?

PROBE: Su mejor estimación está bien.

CODE ONE ONLY

3 meses o menos, 1 GO TO A7
4 a 6 meses, o 2 GO TO A7
7 a 9 meses? 3 GO TO A7
DON'T KNOW d GO TO A7
REFUSED r GO TO A7

IF A6 = NO (NOT PREGNANT WITH CHILD WHEN SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

FILL CHILD'S NAME

A6b. ¿Aproximadamente cuántos meses tenía [CHILD] cuando se inscribió para Text4Baby?

PROBE: Su mejor estimación está bien

CODE ONE ONLY

3 meses o menos, 1
4 a 6 meses, o 2
7 a 9 meses? 3
SIGNED UP DURING PREVIOUS PREGNANCY 4
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF A1 = YES (HEARD OF TEXT4BABY)

A7. ¿Cómo se enteró de Text4 Baby?

CODE ALL THAT APPLY

- A HEALTH CARE PROVIDER (FOR EXAMPLE, DOCTOR OR MIDWIFE)..... 1
- A FRIEND OR FAMILY MEMBER 2
- A BILLBOARD, FLYER, NEWSPAPER, OR MAGAZINE 3
- ON TV OR RADIO 4
- ON THE INTERNET..... 5
- SOMETHING I RECEIVED IN THE MAIL..... 6
- WIC 7
- MEDICAID, ALSO KNOWN AS [STATE NAME] 8
- FROM SOME OTHER SOURCE? (SPECIFY) 99
- _____ (STRING 200)
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

PROGRAMMER:
IF A2 = 0 (DID NOT SIGN UP) , GO TO A10

IF A2 = YES

A8. Cuando decidió inscribirse para Text4Baby, ¿qué tan importantes fueron las siguientes razones?

INTERVIEWER: [READ EACH REASON, THEN ASK FOR EACH]: ¿Fue muy importante, algo importante, o no fue importante?

PROGRAMMER: ROTATE ORDER OF QUESTIONS

CODE ONE RESPONSE PER ROW

	VERY IMPORTANT	SOMEWHAT IMPORTANT	NOT IMPORTANT	DK	REF
a. ¿Recibir mensajes de Text4Baby es gratis?	1	2	3	d	r
b. ¿Recibir mensajes de Text4Baby es conveniente?.....	1	2	3	d	r
c. ¿Su doctor o partera sugirió que se inscribiera?	1	2	3	d	r
d. ¿Un amigo o familiar sugirió que se inscribiera?.....	1	2	3	d	r
e. ¿Quería recibir consejos acerca de tener un bebé sano?.....	1	2	3	d	r
f. ¿Quería obtener números de teléfono para llamar por información sobre temas específicos?.....	1	2	3	d	r
g. ¿Pensaba que los recordatorios acerca de cuidado prenatal y otras citas serían útiles?	1	2	3	d	r

IF A2 = YES

A9. ¿Había otras razones importantes por las que decidió inscribirse para Text4baby?

RECORD VERBATIM

.....(STRING 400)

OTHER REASONS

NO OTHER REASON 0

DON'T KNOW d

REFUSED r

IF A2 = NO (NEVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A10. ¿Por qué decidió no inscribirse para Text4baby? ¿Fue porque...

INTERVIEWER: [READ EACH REASON FIRST. FOR EACH "YES," ASK]: **¿Qué tan importante fue esto en su decisión de no inscribirse? ¿Fue muy importante, algo importante, o no fue importante?**

PROGRAMMER: ROTATE ORDER OF QUESTIONS

	REASON?		CODE ONE RESPONSE FOR EACH YES				
	YES	NO	VERY IMPORTANT	SOMEWHAT IMPORTANT	NOT IMPORTANT	DK	REF
a. Su teléfono celular no tiene capacidad de mensajería de texto?	1	0	1	2	3	d	r
b. No sabe cómo usar mensajes de texto?	1	0	1	2	3	d	r
c. No le gusta usar mensajes de texto?...	1	0	1	2	3	d	r
d. Tiene <u>otras</u> fuentes de información sobre tener un bebé sano?	1	0	1	2	3	d	r
e. Un amigo o familiar le aconsejó no inscribirse?	1	0	1	2	3	d	r
f. Su doctor, partera u otro proveedor de cuidado de salud le aconsejó no inscribirse?	1	0	1	2	3	d	r
g. Mensajes de Text4baby no están disponibles en su idioma preferida?	1	0	1	2	3	d	r

IF ALL RESPONSES A10_A THROUGH A10_G= NO

A10a. ¿Cuáles fueron las otras razones por las que decidió no inscribirse para Text4baby?

RECORD VERBATIM

.....(STRING 400)

OTHER REASONS

NO OTHER REASON 0

DON'T KNOW d

REFUSED r

IF ONE OR MORE RESPONSES A10_A THROUGH A10_G = YES

A10b. ¿Había otras razones por las que decidió no inscribirse para Text4baby?

RECORD VERBATIM

(STRING 400)

OTHER REASONS

NO OTHER REASON 0

DON'T KNOW d

REFUSED r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A11. Voy a leer una lista de características especiales de Text4baby que algunas mujeres usan para obtener servicio más individualizado. Para cada ítem, dígame si usó la característica alguna vez.

INTERVIEWER: [READ EACH TOPIC FIRST. THEN FOR EACH "YES" RESPONSE TO "EVER USED," ASK]: Fue [FOR A AND B: la información que recibió como respuesta][FOR C: la característica] muy útil, algo útil o no útil?

PROGRAMMER: ROTATE ORDER OF QUESTIONS

TOPICS	EVER USED?		USEFUL OR NOT USEFUL?				
	YES	NO	VERY USEFUL	SOMEWHAT USEFUL	NOT USEFUL	DK	REF
a. ¿Alguna vez ha respondido a una pregunta que Text4baby le envió? ..	1	0	1	2	3	d	r
b. ¿Alguna vez ha hecho clic en un enlace en uno de los mensajes de Text4baby para obtener más información sobre un tema?	1	0	1	2	3	d	r
c. ¿Alguna vez ha usado los recordatorios de cita de Text4baby para obtener un texto con actualización de fechas y horas de sus citas médicas?	1	0	1	2	3	d	r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A12. Text4 baby envía mensajes que incluyen un número de teléfono para llamar si quiere más información sobre temas como fumar, usar drogas, amamantar, instalar sillas de carro para niños, u obtener cuidado de salud. ¿Alguna vez ha guardado uno de los números de teléfono para llamar más tarde?

YES 1
NO 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A13. ¿Llamó alguna vez a uno de los números de teléfono incluidos en un mensaje?

YES 1
NO 0 GO TO A15
DON'T KNOW d GO TO A15
REFUSED r GO TO A15

IF A13 = YES

A14. Pensando en los mensajes con números de teléfono, ¿ha llamado alguna vez uno de estos números de teléfono acerca de...

INTERVIEWER: [READ EACH TOPIC FIRST. THEN FOR EACH "YES" RESPONSE TO "EVER CALLED," ASK]: **Fue útil o no la información que recibió?**

PROGRAMMER: ROTATE ORDER OF QUESTIONS

	EVER CALLED?		USEFUL OR NOT USEFUL?			
	YES	NO	USEFUL	NOT USEFUL	DK	REF
a. Encontrar un doctor o partera?	1	0	1	2	d	r
b. Dejar de fumar?	1	0	1	2	d	r
c. Obtener información acerca del uso de alcohol o drogas?.....	1	0	1	2	d	r
d. Obtener cobertura de Medicaid? Puede también llamar esto [STATE PROGRAM NAME]?.....	1	0	1	2	d	r
e. Obtener información sobre WIC?.....	1	0	1	2	d	r
f. Obtener información sobre amamantar?.....	1	0	1	2	d	r
g. Encontrar cuidado de niños?	1	0	1	2	d	r
h. Obtener ayuda si está sintiéndose triste o deprimida?	1	0	1	2	d	r
i. Obtener información sobre posiciones seguras para acostar a su bebé?.....	1	0	1	2	d	r
j. Obtener ayuda si usted o alguien que conoce tiene una pareja que le lastima física o mentalmente?	1	0	1	2	d	r
k. ¿Algún otro tema que no he mencionado? (ESPECIFIQUE).....	1	0	1	2	d	r
_____ (STRING 400)						

IF OTHER SPECIFY (99): **¿Sobre qué otro tema llamó?**

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

A15. Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia actual con Text4baby.
¿Está actualmente recibiendo mensajes de Text4baby?

YES 1 GO TO B1
NO 0
DON'T KNOW d GO TO B1
REFUSED r GO TO B1

IF A15 = 0

A16. ¿Por qué no está actualmente recibiendo mensajes de Text4baby?
¿Es porque...

CODE ALL THAT APPLY

Su teléfono celular fue perdido o robado, 1
Un amigo o pariente le pidió prestado su teléfono celular, 2
No tenía suficiente dinero para continuar el servicio de teléfono celular, 3
Estaba en algún lugar sin servicio de teléfono celular, 4
Envió el texto STOP para dejar de recibir mensajes, o 5 GO TO B2
¿Cualquier otra razón? (ESPECIFIQUE) 99
_____ (STRING 400)
DON'T KNOW d
REFUSED r

B. DISENROLLMENT

IF A15 = YES, DK, R OR A16 ≠ 5 (NOT CURRENTLY GETTING MESSAGES; THE REASON IS FOR SOME OTHER REASON THAN TEXTING STOP)

B1. Alguna vez ha enviado el texto STOP para dejar de recibir mensajes de Text4baby?

- YES 1
 NO 0 GO TO SECTION C
 DON'T KNOW d GO TO SECTION C
 REFUSED r GO TO SECTION C

IF B1 = YES (EVER TEXTED STOP TO STOP RECEIVING MESSAGES) OR A16_5 = 1

B2. ¿Por qué quería dejar de recibir mensajes deText4baby? ¿Fue porque...

CODE ALL THAT APPLY

- No tenía tiempo para leer los mensajes?** 1
Había muchos mensajes? 2
No le parecían útiles los mensajes? 3
Tenía suficiente información de otras fuentes? 4
No le gusta la mensajería de texto? o 5
¿Otra razón?(ESPECIFIQUE) 99
 _____ (STRING 400)
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

IF OTHER SPECIFY (99):¿Por qué quería dejar de recibir mensajes deText4baby?

IF B1 = YES (EVER TEXTED STOP TO STOP RECEIVING MESSAGES)

B3. ¿Estaba embarazada con [CHILD] cuando decidió dejar de recibir mensajes de Text4baby?

- YES 1
 NO 0 GO TO B3B
 DON'T KNOW d GO TO B3B
 REFUSED r GO TO B3B

IF B3 = YES (PREGNANT WITH CHILD WHEN DECIDED TO STOP RECEIVING MESSAGES)

B3a. ¿Aproximadamente cuántos meses de embarazo tenía cuando decidió dejar de recibir mensajes de Text4baby?

[_] MONTHS (1–9)

DON'T KNOW d GO TO C1

REFUSED r GO TO C1

IF B3 = NO, DK, RF (NOT PREGNANT WITH CHILD WHEN DECIDED TO STOP RECEIVING MESSAGES)

FILL CHILD'S NAME

B3b. ¿Aproximadamente cuántos meses tenía [CHILD] cuando decidió dejar de recibir mensajes de Text4baby?

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS LESS THAN 1 MONTH OLD, CODE 1.

[_] MONTHS (1–12)

STOPPED RECEIVING MESSAGES DURING A PREVIOUS PREGNANCY n

DON'T KNOW d

REFUSED r

C. SATISFACTION WITH TEXT4BABY

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

C1. En general, pensando en todos los mensajes de Text4baby que recibió, ¿está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

FOR EACH STATEMENT: ¿Está de acuerdo o en desacuerdo?

CODE ONE PER ROW

	AGREE	DISAGREE	DK	REF
a. Aprendió algo de ellos.....	1	2	d	r
b. Confió en ellos.....	1	2	d	r
c. Eran interesantes.....	1	2	d	r
d. Eran molestos.....	1	2	d	r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

C2. Pensando en su experiencia total desde que se inscribió para Text4baby, ¿qué afirmación describe mejor sus sentimientos acerca del número de mensajes de Text4baby que recibe?

CODE ONE ONLY

- Text4baby envía demasiados mensajes..... 1
- Text4baby no envía suficientes mensajes, o 2
- Estoy contenta con el número de mensajes de Text4baby que recibo ahora..... 3
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY)

C3. ¿Recomendaría usted el programa Text4baby a un amigo o familiar?

- YES 1
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

D. PREGNANCY HISTORY

Las próximas preguntas son acerca de su salud.

ALL

D1. ¿Cuántas veces ha estado usted embarazada?

|_|_| NUMBER OF TIMES PREGNANT (1–20)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF GT 10; Sólo quiero confirmar que he anotado correctamente que ha estado embarazada [FILL TIMES] veces. ¿Es correcto?

ALL

D2. ¿Nacieron vivos todos los bebés de sus embarazos?

YES 1 GO TO D4

NO 0

DON'T KNOW d GO TO E1

REFUSED r GO TO E1

IF D2 = NO (ALL BABIES FROM PREGNANCIES NOT BORN ALIVE)

FILL NUMBER OF PREGNANCIES FROM D1

D3. ¿Cuántos bebés de sus [FILL NUMBER PREGNANCIES] embarazos nacieron vivos?

|_|_| NUMBER OF LIVE BIRTHS (1–10)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

D4. ¿Murió alguno de estos bebés antes de su primer cumpleaños?

YES 1

NO 0

DON'T KNOW d

REFUSED r

PROGRAMMER BOX

IF D2 = 0 OR D4 = 1 display: **Me apena mucho su pérdida. Por favor acepte mi pésame.**

INTERVIEWER, IF NEEDED, OFFER GRIEF COUNSELING REFERRAL. **Si quisiera, puedo darle un número de teléfono para que pueda hablar con alguien acerca de su pérdida.**

E. MOST RECENT PREGNANCY

Las próximas preguntas son acerca de su embarazo más reciente con [CHILD].

ALL

FILL CHILD'S NAME

E1. ¿Aproximadamente cuántas semanas de embarazo tenía usted cuando [CHILD] nació?

INTERVIEWER: ONLY CODE MONTHS IF RESPONDENT ANSWERS IN MONTHS

|_|_| WEEKS (20–42)

|_| MONTHS (5–9)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF WEEKS LT 32 OR GT 42, OR MONTHS EQ 5 OR 6: Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que tenía [X SEMANAS/X MESES] de embarazo cuando [CHILD] nació. ¿Es correcto?

ALL

FILL CHILD'S NAME

E2. ¿Cuánto pesaba justo antes de quedar embarazada con [CHILD]? Su mejor estimación está bien.

|_|_|_| POUNDS (085–500)

|_|_|_| KILOS (038–227)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF POUNDS GT 300; Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que pesaba [X POUNDS] antes de quedar embarazada con [CHILD]. ¿Es correcto?

ALL

FILL CHILD'S NAME

E3. ¿Cuánto peso ganó durante su embarazo con [CHILD]? Su mejor estimación está bien.

|_|_| POUNDS (0–100)

|_|_| KILOS (0–45)

LOST WEIGHT DURING PREGNANCY 1

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF POUNDS LT 10 OR GT 50: Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que ganó [X POUNDS/X KILOS] durante su embarazo con [CHILD]. ¿Es correcto?

Las próximas preguntas son acerca de [CHILD].

ALL

FILL CHILD'S NAME; FILL ÉL/ELLA BASED ON CHILD'S GENDER

E4. ¿Cuánto pesaba [CHILD] cuando [él/ella] nació?

INTERVIEWER: IF RESPONDENT GIVES A RESPONSE WITH A FRACTION OF AN OUNCE, PLEASE ASK HER TO ROUND TO THE NEAREST OUNCE.

ENTER 1 TO ENTER POUNDS AND OUNCES 1 GO TO E5

ENTER 2 TO ENTER GRAMS 2 GO TO E5

DON'T KNOW d

REFUSED r

|_|_| POUNDS (1–16)

|_|_| OUNCES (0–16)

|_|_|_| GRAMS (500–7260)

SOFT CHECK: IF POUNDS LT 5 OR GT 12 OR IF GRAMS LT 2250 OR GT 5450; Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que [CHILD] pesaba [X LIBRAS AND X ONZAS/X GRAMOS] cuando [él/ella] nació. ¿Es correcto?

IF E4 = DON'T KNOW, REFUSED

FILL CHILD'S NAME

E4a. ¿Fue el peso de [CHILD] al nacer. . .

PROBE: 8 libras 12. onzas es aproximadamente 4000 gramos; 5 libras 8 onzas es aproximadamente 2500 gramos; y 3 libras 8 onzas es aproximadamente 1500 gramos.

CODE ONE ONLY

8 libras 13 onzas o más, 1
Entre 5 libras. 9 onzas. y 8 libras. 12 oz., 2
Entre 3 libras. 8 onzas. y 5 libras. 8 onzas, o 3
Menos de 3 libras 8 onzas? 4
DON'T KNOW d
REFUSED r

ALL

FILL CHILD'S NAME

E5. ¿Cómo dio a luz a [CHILD]?

PROBE IF NECESSARY: ¿Tuvo un parto vaginal o cesárea (C-section)?

CODE ONE ONLY

VAGINALLY 1 GO TO E7
CESAREAN DELIVER (C-SECTION)..... 2
DON'T KNOW d GO TO E7
REFUSED r GO TO E7

IF E5 = 2 (C-SECTION)

E6. ¿Cuáles fueron las razones por las que tuvo cesárea (C-section)?

CODE ALL THAT APPLY

- HAD A C-SECTION BEFORE 1
- THE BABY WAS IN THE WRONG POSITION..... 2
- DOCTOR WAS WORRIED THAT THE BABY WAS TOO BIG 3
- HAD A MEDICAL CONDITION THAT MADE GOING INTO LABOR DANGEROUS 4
- DOCTOR OR NURSE TRIED TO INDUCE LABOR BUT IT DIDN'T WORK 5
- LABOR WAS TAKING TOO LONG 6
- THE FETAL MONITOR SHOWED THAT THE BABY WAS HAVING PROBLEMS DURING LABOR..... 7
- WANTED TO SCHEDULE DELIVERY 8
- DIDN'T WANT TO HAVE THE BABY VAGINALLY 9
- DOCTOR OR NURSE SUGGESTED DELIVERY BY C-SECTION 10
- SOME OTHER REASON (SPECIFY)..... 99
- _____ (STRING 400)
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IF OTHER SPECIFY (99): ¿Por qué tuvo cesárea (C-section)?

ALL

FILL CHILD'S NAME

E7. ¿Trató su doctor, enfermera, u otro profesional de salud de inducir el parto (empezar sus contracciones usando medicina) con [CHILD]?

- YES 1
- NO 0 GO TO E9
- DON'T KNOW d GO TO E9
- REFUSED r GO TO E9

IF E7 = YES (DOCTOR, NURSE, HEALTH CARE WORKER TRIED TO INDUCE LABOR)

E8. ¿Por qué trató su doctor, enfermera, u otro profesional de salud de inducir el parto (empezar sus contracciones usando medicina)?

CODE ALL THAT APPLY

- MY WATER BROKE (AND THERE WAS A FEAR OF INFECTION)..... 1
- I WAS PAST MY DUE DATE..... 2
- MY HEALTH CARE PROVIDER WORRIED ABOUT THE SIZE OF THE BABY ... 3
- MY BABY WAS NOT DOING WELL AND NEEDED TO BE BORN..... 4
- I HAD A HEALTH PROBLEM AND NEEDED TO DELIVER THE BABY 5
- I WANTED TO SCHEDULE MY DELIVERY..... 6
- I WANTED TO GIVE BIRTH WITH A SPECIFIC HEALTH CARE PROVIDER 7
- SOME OTHER REASON?..... 99
- _____ (STRING 400)
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IF OTHER SPECIFY (99): **¿Por qué trató su doctor, enfermera, u otro profesional de salud de inducir el parto?**

ALL

FILL CHILD'S NAME

E9. ¿Durante su embarazo con [CHILD], trató un doctor, enfermera, u otro profesional de salud de evitar un parto prematuro dándole a usted una serie de inyecciones semanales de una medicina llamado Progesterone, Gestiva, or 17P (17-alpha-Hydroxyprogesterone)?

- YES 1
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

F. HEALTH CARE ACCESS AND UTILIZATION

ALL
FILL CHILD'S NAME

F1. Pensando de nuevo en cuando estaba embarazada con [CHILD], ¿cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando hizo su primera consulta prenatal?
No incluya una visita que fue sólo para una prueba del embarazo o sólo para WIC (el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres y Niños)

PROBE: Puede contestar en semanas, meses, o trimestres.

- ENTER WEEKS 1
- ENTER MONTHS 2
- ENTER TRIMESTERS..... 3
- DIDN'T RECEIVE ANY PRENATAL CARE 4
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

NUMBER OF WEEKS (1–42)

NUMBER OF MONTHS (1–9)

IF RESPONDENT GIVES TRIMESTER RESPONSE:

CODE ONE ONLY

- 1ST TRIMESTER, WEEKS UNSPECIFIED 55
- 2ND TRIMESTER, WEEKS UNSPECIFIED..... 66
- 3RD TRIMESTER, WEEKS UNSPECIFIED..... 77
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IF F1WEEKS < 28 OR F1MONTHS < 7 OR (F1TRIMESTER = 1 OR 2) OR F1 = DK, R
(RECEIVED FIRST PRENATAL CHECKUP BEFORE 28 WEEKS OR 7 MONTHS PREGNANT)

F2. Después de su primera visita prenatal, ¿con qué frecuencia, tenía un chequeo prenatal antes de tener 7 meses o 28 semanas de embarazo? ¿Fue...

CODE ONE ONLY

- Por lo menos una vez a la semana,..... 1
- Por lo menos una vez cada dos semanas,..... 2
- Por lo menos una vez cada cuatro semanas, o 3
- Más de cuatro semanas entre visitas? 4
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IF F1WEEKS < 36 OR F1MONTHS < 8 OR (F1TRIMESTER = 1 OR 2 OR 3) OR F1 = DK, REF
(RECEIVED FIRST PRENATAL CHECKUP BEFORE 36 WEEKS OR 8 MONTHS PREGNANT)

F3. ¿Con qué frecuencia, tenía un chequeo prenatal cuando tenía 7 y 8 meses, o 28 a 36 semanas, de embarazo? ¿Fue...

CODE ONE ONLY

- Por lo menos una vez a la semana,..... 1
- Por lo menos cada dos semanas, 2
- Por lo menos cada cuatro semanas, o 3
- Más de cuatro semanas entre visitas? 4
- BABY WAS BORN BETWEEN 28 AND 36 WEEKS 5
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

F1 ≠ 4 or f3≠5 (BABY BORN BETWEEN 28 AND 36 WEEKS)

FILL CHILD'S NAME

F4. ¿Con qué frecuencia, tenía un chequeo prenatal cuando tenía 9 meses, o 36 a 40 semanas, de embarazo, o hasta que nació [CHILD]? ¿Fue...

CODE ONE ONLY

Por lo menos una vez a la semana..... 1
Por lo menos cada dos semanas 2
Por lo menos cada cuatro semanas, o 3
Más de cuatro semanas entre visitas? 4
DON'T KNOW d
REFUSED r

ALL

FILL CHILD'S NAME

F5. Desde que nació [CHILD], ¿ha tenido usted un chequeo post parto? Un chequeo post parto es el chequeo regular que una mujer tiene aproximadamente seis semanas después de dar a luz.

YES 1
NO 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

ALL

FILL CHILD'S NAME

F6. En cualquier momento durante su embarazo con [CHILD] o después del parto, ¿le habló un doctor, enfermera, u otro profesional de salud acerca de "baby blues" o depresión post parto?

YES 1
NO 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

ALL
FILL CHILD'S NAME

F7 Desde que nació [CHILD], ¿le ha dicho un doctor, enfermera, u otro profesional de salud que tenía depresión?

- YES 1
 NO 0
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

ALL
FILL CHILD'S NAME

F8. Los doctores o enfermeras pueden preguntar a sus pacientes acerca de sus comportamientos relacionados a salud durante chequeos prenatales. En algún momento durante su embarazo con [CHILD] o después del parto, ¿le preguntó un doctor, enfermera, u otro profesional de salud sobre su...

CODE ONE PER ROW

	YES	NO	DK	R
a. Uso de drogas y alcohol?	1	0	d	r
b. Fumar?	1	0	d	r
c. Dieta y ejercicios?	1	0	d	r
d. Comportamiento sexual?	1	0	d	r
e. Abuso hacia usted misma u otros miembros de su familia?	1	0	d	r

ALL

F9. Un doctor personal o enfermera es un profesional de salud que la conoce bien y está familiarizado con sus antecedentes de salud. Este puede ser un médico general, un especialista, una enfermera practicante, o un asistente médico. ¿Tiene usted una o más personas que considera como su doctor o enfermera personal?

INTERVIEWER: [IF RESPONDENT SAYS YES, ASK]: ¿Hay una persona, o más de una persona a quien considera como su doctor o enfermera personal?

- YES, ONE PERSON 1
 YES, MORE THAN ONE PERSON 2
 NO 0
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

ALL

F10. ¿Hay un lugar adónde va generalmente para chequeos?

INTERVIEWER: [IF RESPONDENT SAYS YES, ASK]: ¿Es un lugar, o más de un lugar?

- YES, ONE PLACE 1
- YES, THERE IS MORE THAN ONE PLACE 2
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

F11. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada con [CHILD], ¿visitó a un doctor, enfermera, u otro profesional de salud por cuidado médico preventivo, como un examen físico un chequeo anual?

- YES 1
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

F12. Durante los últimos 12 meses, ¿fue usted a un dentista o higienista para cuidado dental preventivo como un chequeo o limpieza dental?

- YES 1
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

F13. Durante los últimos 12 meses, ¿obtuvo una vacuna contra la gripe?

PROBE: Una vacuna contra la gripe es una vacuna para prevenir que tenga gripe. Generalmente se da en el otoño y protege contra influenza en la temporada de gripe.

PROBE: IF R SAYS SHE TOOK A LIQUID OR PILL, CODE YES.

- YES 1
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL
FILL CHILD'S NAME

F14. Desde que nació, cuántas veces visitó [CHILD] a un doctor, enfermera, u otro proveedor de cuidado de salud para cuidado médico preventivo como un examen físico o chequeo de niño sano?

____ TIMES

(0–20)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL
FILL CHILD'S NAME

F15. ¿Ha recibido [CHILD] alguna vacuna o inyección hasta ahora? Por favor no incluya las vacunas que le dieron cuando nació.

YES 1

NO 0 GO TO F16

DON'T KNOW d GO TO F16

REFUSED r GO TO F16

IF F15 = YES (CHILD HAS HAD ANY VACCINES OR SHOTS)

FILL CHILD'S NAME; FILL ÉL/ELLA BASED ON CHILD'S GENDER

F15a. ¿Cuándo fue la última vez que [CHILD] recibió vacunas o inyecciones? Puede decirme el mes y año, o puede decirme la edad que tenía su bebé la última vez que [él/ella] recibió una vacuna. Su mejor estimación está bien.

ENTER MONTH AND YEAR 1
ENTER AGE 2
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF MONTH AND YEAR:

|_|_| / |_|_|_|_|_| ENTER DATE
(MONTH) (YEAR)
(1-12) (2016-2017)

IF AGE:

|_|_| MONTHS

DON'T KNOW d
REFUSED r

ALL

FILL CHILD'S NAME

F16. ¿Le ha salido ya a [CHILD] su primer diente?

YES 1
NO 0 GO TO SECTION G
DON'T KNOW d GO TO SECTION G
REFUSED r GO TO SECTION G

IF F16 = YES (CHILD HAS GOTTEN FIRST TOOTH)

FILL CHILD'S NAME; FILL [LO/LA] BASED ON CHILD'S GENDER

F16a. Desde que nació [CHILD], ¿[lo/la] ha llevado usted a un dentista para cuidado dental preventivo, como un chequeo o limpieza dental?

YES 1
NO 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

G. PREGNANCY AND POSTPARTUM BEHAVIORS

A continuación, le haré preguntas sobre unas cosas que puede haber hecho mientras estaba embarazada o después de que nació [CHILD]

ALL
FILL CHILD'S NAME

G1. Durante su embarazo con [CHILD], ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina de ácido fólico?

INTERVIEWER: IF R SAYS "EVERY DAY OF THE WEEK", CODE 7.

IF R SAYS "NEVER", CODE 0.

[_] DAYS (0 – 7)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL
FILL CHILD'S NAME

G2. ¿Cómo coloca usted típicamente a [CHILD] para dormir? ¿Diría que...

CODE ONE ONLY

De lado, 1

Boca arriba, o 2

Boca abajo? 3

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL
FILL CHILD'S NAME

G3. En una semana típica, ¿con qué frecuencia alguien en su hogar mira o lee libros con [CHILD]? ¿Diría que...

CODE ONE ONLY

Nunca, 1

1 a 2 veces a la semana, 2

3 a 6 veces a la semana, o 3

Cada día? 3

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

FILL CHILD'S NAME

G4. En una semana típica, ¿con qué frecuencia alguien en su hogar cuenta historias, repite canciones infantiles, o canta canciones para niños con [CHILD]? ¿Diría que...

CODE ONE ONLY

- Nunca, 1
- 1 a 2 veces a la semana, 2
- 3 a 6 veces a la semana, o 3
- Cada día? 3
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

G5. ¿Está usted actualmente amamantando exclusivamente, amamantando y alimentando con fórmula en biberón, o sólo alimentando con fórmula en biberón?

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS "BOTTLE FEED BREAST MILK" CODE AS 1

CODE ONE ONLY

- BREASTFEEDING EXCLUSIVELY 1 GO TO G7
- BREASTFEEDING AND BOTTLE FEEDING FORMULA 2 GO TO G7
- BOTTLE FEEDING FORMULA ONLY 3
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IF G5 = 3 (BOTTLEFEEDING FORMULA ONLY)

FILL CHILD'S NAME

G6. ¿Alguna vez amamantó o extrajo leche materna para alimentar a [CHILD] después del parto, aún por un periodo corto?

- YES 1
NO 0 GO TO G8
DON'T KNOW d GO TO G8
REFUSED r GO TO G8

(G5 = 1 OR 2) OR (G6 = 1)

EXCLUSIVELY BREASTFEEDING OR BREASTFEEDING AND BOTTLE FEEDING FORMULA OR BREASTFED FOR SHORT TIME

FILL CHILD'S NAME

G7. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o extrajo leche materna para alimentar a [CHILD]? Su mejor estimación está bien.

- |_|_| WEEKS (1–52 WEEKS)
|_|_| MONTHS (1–12 MONTHS)
DON'T KNOW d
REFUSED r

ALL

G8. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo ahora para evitar el embarazo?

PROBE: Algunas cosas que las personas hacen para evitar el embarazo incluyen no tener sexo en ciertos momentos [planificación de familia natural o ritmo] o retiro, y usar métodos anticonceptivos como la píldora, condones, anillo vaginal, DIU, ligadura de trompas o su pareja se hace vasectomía.

- YES 1
NO 0 GO TO G9
DON'T KNOW d GO TO G9
REFUSED r GO TO G9

IF G8 = YES (CURRENTLY DOING SOMETHING TO KEEP FROM GETTING PREGNANT)

G8a. ¿Qué tipo de control de la natalidad está usted o su esposo o pareja usando ahora para evitar el embarazo?

CODE ALL THAT APPLY

- TUBES TIED OR CLOSED (FEMALE STERILIZATION)..... 1
- VASECTOMY (MALE STERILIZATION) 2
- PILL 3
- CONDOMS 4
- INJECTION ONCE EVERY THREE MONTHS (DEPO-PROVERA)..... 5
- CONTRACEPTIVE IMPLANT (IMPLANON)..... 6
- CONTRACEPTIVE PATCH (ORTHO EVRA)..... 7
- DIAPHRAGM, CERVICAL CAP, OR SPONGE 8
- CERVICAL VAGINAL RING (NUVARING)..... 9
- IUD (INCLUDING MIRENA)..... 10
- RHYTHM METHOD OR NATURAL FAMILY PLANNING 11
- OTHER..... 12
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre fumar.

ALL

G9. ¿Ha fumado usted algún cigarrillo en los últimos 2 años?

- YES 1
- NO 0 GO TO G10
- DON'T KNOW d GO TO G10
- REFUSED r GO TO G10

IF G9 = YES (SMOKED ANY CIGARETTES IN PAST 2 YEARS)

FILL CHILD'S NAME

G9a. ¿Dejó usted de fumar en algún momento durante su embarazo con [CHILD]?

CODE ONE ONLY

- YES 1
NO, BUT I CUT BACK 2
NO 3
DIDN'T SMOKE DURING PREGNANCY WITH [CHILD] 4
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF G9 = YES AND G9A≠ 4

SMOKED ANY CIGARETTES IN PAST 2 YEARS AND DIDN'T QUIT DURING PREGNANCY

FILL CHILD'S NAME

G9b. En los últimos 3 meses de su embarazo con [CHILD], ¿cuántos cigarrillos o paquetes fumó en un día promedio?

INTERVIEWER: ENTER "0" IF RESPONDENT DID NOT SMOKE.
ENTER "1" IF RESPONDENT SMOKED LESS THAN 1 CIGARETTE A DAY.

PROBE: Un paquete tiene 20 cigarrillos.

[_] [_] NUMBER (0-60) AND CODE

CODE ONE ONLY

- CIGARETTES 1
PACKS 2
DON'T KNOW d
REFUSED r

SOFT CHECK: IF PACKS GT 4: **Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que fumó [X] paquetes de cigarrillos en los últimos 3 meses de su embarazo con [CHILD]. ¿Es correcto?**

ALL
FILL CHILD'S NAME

G10. Cuando estaba embarazada con [CHILD], ¿aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, estaba en el mismo cuarto o vehículo con otra persona que estaba fumando?

PROBE: [IF RESPONDENT SAYS 2 OR 3, ASK]: “¿Diría que 2 o 3?”

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS NEVER, CODE 0 HOURS
IF RESPONDENT SAYS LESS THAN 1 HOUR A DAY, CODE 1 HOUR

____ HOURS (00–24)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF HOURS GT 8; Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que estaba en el mismo cuarto o vehículo con otra persona que estaba fumando por [X] horas al día, en promedio, cuando estaba embarazada con [CHILD]. ¿Es correcto?

ALL
FILL CHILD'S NAME

G11. ¿Aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, está [CHILD] en el mismo cuarto o vehículo alguien que está fumando? Su mejor estimación está bien.

PROBE: [IF RESPONDENT SAYS 2 OR 3, ASK]: “¿Diría que 2 o 3?”

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS NEVER, CODE 0 HOURS
IF RESPONDENT SAYS LESS THAN 1 HOUR A DAY, CODE 1 HOUR

____ HOURS (00–24)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF HOURS GT 8; Sólo quiero confirmar que anoté correctamente que [CHILD] está en el mismo cuarto o vehículo con otra persona que está fumando por [X] horas al día, en promedio. ¿Es correcto?

ALL

G12. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años?

- YES 1
NO 0 GO TO H1
DON'T KNOW d GO TO H1
REFUSED r GO TO H1

IF G12 = YES (HAD ANY ALCOHOLIC DRINKS IN PAST 2 YEARS)

FILL CHILD'S NAME

G12a. Mientras estaba embarazada con [CHILD], ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomó en una semana promedio? ¿Diría que..

PROMPT IF NEEDED, "En una semana promedio" STOP WHEN RESPONDENT INDICATES NUMBER OF DRINKS.

CODE ONE ONLY

- Menos de una bebida en una semana promedio,..... 1**
1 a 3 bebidas en una semana promedio, 2
4 a 6 bebidas en una semana promedio, o 3
7 o más bebidas en una semana promedio? 4
RESPONDENT DID NOT CONSUME ALCOHOL WHILE PREGNANT 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

IF G12 = YES (HAD ANY ALCOHOLIC DRINKS IN PAST 2 YEARS)

FILL CHILD'S NAME

G12b. Desde que tuvo a [CHILD], aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas ha tomado en una semana promedio? ¿Diría que..

PROMPT IF NEEDED "En una semana promedio" STOP WHEN RESPONDENT INDICATES NUMBER OF DRINKS.

CODE ONE ONLY

- Menos de una bebida en una semana promedio,..... 1**
1 a 3 bebidas en una semana promedio, 2
4 a 6 bebidas en una semana promedio, o 3
7 o más bebidas en una semana promedio? 4
RESPONDENT DID NOT CONSUME ALCOHOL SINCE BIRTH OF BABY 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

H. HEALTH KNOWLEDGE

ALL
FILL CHILD'S NAME

H1. **¿Alguna vez ha obtenido usted información sobre cuidarse durante el embarazo, o cuidar a [CHILD] después de su nacimiento de alguna de las siguientes fuentes?**

INTERVIEWER: IF R SAYS SHE GOT INFORMATION BUT DIDN'T ASK FOR IT, CODE YES.

	CODE ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. ¿Un doctor o partera?	1	0	d	r
b. ¿Su pareja o cónyuge?	1	0	d	r
c. ¿Uno de sus padres?	1	0	d	r
d. ¿Un amigo?	1	0	d	r
e. ¿Libros o revistas?	1	0	d	r
f. ¿Fuentes en Internet o aplicaciones en teléfonos celulares?.....	1	0	d	r
g. ¿Otra fuente? (ESPECIFIQUE)..... _____ (STRING 400)	1	0	d	r

IF OTHER SPECIFY (99): ¿De cuál otra fuente ha obtenido usted información sobre cuidarse durante el embarazo, o cuidar a [CHILD] después de su nacimiento?

IF MORE THAN 1 RESPONSE = YES IN H1
FILL CHILD'S NAME; IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY), DISPLAY TEXT FOR TEXT4BABY AND DISPLAY TEXT4BABY IN LIST OF SOURCES

H2. **Ahora, pensando en todas las fuentes de información que acaba de mencionar [y también Text4baby], ¿cuál de las fuentes le ayudó más durante su embarazo y los primeros meses de vida de [CHILD]. ¿Fue..**

CODE ONE ONLY

Response 1-n..... 1-n
IF ENROLLMENTRATE2 = 1: Text4baby..... n+1
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

ALL
FILL STATE PROGRAM NAME

H3. ¿Alguna vez ha obtenido información sobre los siguientes temas mientras estaba embarazada?

PROGRAMMER: RANDOMLY ROTATE ORDER OF QUESTIONS

	CODE ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. ¿Tomar vitaminas prenatales?	1	0	d	r
b. ¿ Ver a un dentista?	1	0	d	r
c. ¿Recibir ayuda si está sintiéndose deprimada?	1	0	d	r
d. ¿Posiciones seguras para acostar a infantes?	1	0	d	r
e. ¿Planificación familiar o control de la natalidad?	1	0	d	r
f. ¿Amamantar a su bebé?	1	0	d	r
g. ¿Dejar de fumar durante el embarazo?	1	0	d	r
h. ¿Evitar alcohol u otras drogas?.....	1	0	d	r
i. ¿Qué hacer si usted o alguien que conoce tiene una pareja que le lastima físicamente?	1	0	d	r
j. ¿Señales de parto prematuro?.....	1	0	d	r
k. ¿Llevar a su bebé a chequeos o visitas del niño sano?	1	0	d	r
l. ¿Vacunaciones para su bebé?.....	1	0	d	r
m. ¿Obtener una vacuna contra la gripe?.....	1	0	d	r
n. ¿Enterarse de si es elegible para Medicaid. También puede llamar esto [STATE PROGRAM NAME]?	1	0	d	r
o. ¿Enterarse de si es elegible para WIC? (WIC es el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres y Niños)	1	0	d	r

IF A2 = YES (EVER SIGNED UP FOR TEXT4BABY) AND ANY ITEMS IN H3 = YES

H3a. Ahora para cada uno de los temas que acaba de mencionar, me gustaría preguntarle si obtuvo esta información deText4baby, y si es así, si esta información fue muy útil, algo útil, o no muy útil. Obtuvo información sobre [TOPIC] deText4baby?

[FOR ANY YES IN QE.7, ASK]: ¿Obtuvo información deText4baby sobre [TOPIC]?

[FOR ANY YES IN COLUMN A, ASK]: ¿Fue el mensaje de Text4baby muy útil, algo útil, o no muy útil?

	GOT INFO FROM TEXT4BABY		USEFULNESS OF INFO FROM TEXT4BABY				
	YES	NO	VERY USEFUL	SOMEWHAT USEFUL	NOT USEFUL	DK	REF
a. Topic #1	1	0	1	2	3	d	r
b. Topic #2	1	0	1	2	3	d	r
c. Topic #3	1	0	1	2	3	d	r
d. Topic #4	1	0	1	2	3	d	r

ALL

FILL CHILD'S NAME

H4. ¿Hay otra información relacionada a la salud que considere que necesitaba desde que quedó embarazada con [CHILD] pero que no obtuvo?

- YES 1
- NO 0 GO TO H5
- DON'T KNOW d GO TO H5
- REFUSED r GO TO H5

IF H4 = YES (HAS UNMET HEALTH INFORMATION NEEDS)

FILL CHILD'S NAME

H4a. ¿Qué información considera que necesitaba pero no obtuvo desde que quedó embarazada con [CHILD]?

RECORD VERBATIM

CODE ONE ONLY

BREASTFEEDING.....	1
C-SECTION	2
DELIVERY	3
NEWBORN CARE	4
NUTRITION.....	5
WIC	6
FLU SHOTS	7
SMOKING/ DRINKING.....	8
OTHER (SPECIFY).....	99
_____ (STRING 400)	
DON'T KNOW	d
REFUSED	r

IF OTHER SPECIFY (99): **¿Qué información considera que necesitaba pero no obtuvo desde que quedó embarazada con [CHILD]?**

ALL
FILL CHILD'S NAME

H5. ¿Hizo alguna de las siguientes cosas mientras estaba embarazada con [CHILD] o después de que [CHILD] nació?

PROGRAMMER: FOR EACH NO RESPONSE ¿Necesitaba, o quería [DISPLAY ITEM] durante el año pasado, pero no lo hizo, o no pudo?

CODE ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
DISPLAY ONLY IF R HAS SMOKED WITHIN PAST TWO YEARS:				
a. ¿Llamar a una línea para dejar de fumar o conseguir ayuda para dejar de fumar?	1	0	d	r
b. ¿Obtener información sobre dónde podía tener servicios de salud gratis o a precio reducido?	1	0	d	r
c. ¿Hablar con alguien para obtener ayuda para inscribirse en Medicaid o CHIP?.....	1	0	d	r
d. ¿Ir a un lugar donde pudo obtener una vacuna contra la gripe?.....	1	0	d	r
e. ¿Hablar con un consejero o trabajador social sobre ayuda o tratamiento de salud mental?	1	0	d	r
f. ¿Hablar con un consejero por problemas de alcohol o abuso de sustancias, o por ayuda con violencia doméstica?	1	0	d	r
g. ¿Obtener información sobre planificación o control de la natalidad?	1	0	d	r
h. ¿Obtener información sobre cómo pagar cuidado de niños?	1	0	d	r
i. ¿Obtener una visita al hogar?	1	0	d	r
j. ¿Usar servicios de WIC?.....	1	0	d	r

I. PARTICIPANT CHARACTERISTICS

Casi hemos terminado. Muchas gracias por contestar mis preguntas. Las últimas preguntas son acerca de sus antecedentes.

ALL

I1. ¿Es usted de origen hispano o latino?

- YES, HISPANIC OR LATINO 1
- NO, NOT HISPANIC OR LATINO..... 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

I2. ¿Cuál es su raza? Puede escoger más de una. ¿Es usted..

INTERVIEWER: DO NOT READ "OTHER." CODE ONLY IF NECESSARY.

CODE ALL THAT APPLY

- India americana o nativa de Alaska, 1**
- Asiática, 2**
- Negra o africana americana, 3**
- Nativa de Hawaii u otra de las islas del Pacífico o 4**
- Blanca? 5**
- OTHER (SPECIFY)..... 99
- _____ (STRING 100)
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

I3. ¿Habla usted un idioma además del español en casa?

- YES 1
- NO 0 GO TO I4
- DON'T KNOW d GO TO I4
- REFUSED r GO TO I4

IF I3 = YES (SPEAKS A LANGUAGE OTHER THAN ENGLISH AT HOME)

I3a. ¿Qué idioma habla en casa?

PROBE: ¿Algún otro?

_____ (STRING 100)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

I4. ¿En qué país nació?

CODE ONE ONLY

UNITED STATES (ONE OF THE 50 STATES OR THE DISTRICT OF COLUMBIA) 1 GO TO I5

PUERTO RICO, GUAM, AMERICAN SAMOA, U.S. VIRGIN ISLANDS, MARIANA ISLANDS, OR SOLOMON ISLANDS (ONE OF THE U.S. TERRITORIES) 2 GO TO I5

MEXICO 303

GUATEMALA 313

CUBA 327

DOMINICAN REPUBLIC 329

INDIA 210

CHINA 207

PHILIPPINES 233

JAPAN 215

KOREA 217

VIETNAM 247

ANOTHER COUNTRY (SPECIFY) 99

_____ (STRING 100)

DON'T KNOW d GO TO I5

REFUSED r GO TO I5

IF I4 ≠1 OR 2 (NOT BORN IN UNITED STATES OR ONE OF THE U.S. TERRITORIES)

I4a. ¿Qué edad tenía cuando se mudó a los Estados Unidos por primera vez?

PROBE: Su mejor estimación está bien.

INTERVIEWER: [IF R MOVED TO/FROM THE U.S. MULTIPLE TIMES, ASK]:
“¿Qué edad tenía la última vez que se mudó a los Estados Unidos?”

INTERVIEWER: CODE LESS THAN ONE YEAR OLD = 0, ROUND UP OR DOWN TO THE NEAREST YEAR

|_|_| AGE

(0–55)

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

I5. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de escuela que ha completado?

PROBE: IF RESPONDENT SAYS SHE WAS HOME SCHOOLED, PROBE FOR HIGHEST YEAR, GRADE, DEGREE, OR CERTIFICATE COMPLETED.

CODE ONE ONLY

8TH GRADE OR LESS 1

SOME HIGH SCHOOL BUT DID NOT GRADUATE 2

HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED 3

SOME COLLEGE OR 2-YEAR DEGREE 4

4-YEAR COLLEGE GRADUATE 5

MORE THAN 4-YEAR COLLEGE DEGREE 6

DON'T KNOW d

REFUSED r

ALL

16. ¿Actualmente está usted...

CODE ONE ONLY

- Casada, 1
- Separada, 2
- Divorciada, 3
- Viuda, 4
- Nunca se casó, o 5
- Viviendo con un pareja? 6
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

17. Está usted actualmente trabajando 35 horas o más a la semana, menos de 35 horas a la semana, o no está trabajando actualmente?

PROBE: [IF R SAYS ON MATERNITY LEAVE OR ON VACATION, PROBE]: **Está usted normalmente empleada 35 horas o más a la semana, menos de 35 horas a la semana, o no está trabajando?**

CODE ONE ONLY

- 35 OR MORE HOURS PER WEEK 1 GO TO I9
- LESS THAN 35 HOURS PER WEEK 2
- NOT WORKING (INCLUDES RETIRED, HOMEMAKER, STUDENT, DISABLED) 3
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

I7 = 2,3,D,R (NOT WORKING 35 OR MORE HOURS PER WEEK)

IF I7= LESS THAN 35 HOURS PER WEEK, FILL [MORE]

18. ¿Está usted actualmente buscando [más] trabajo activamente?

- YES 1
- NO 0
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

ALL

FILL STATE MEDICAID NAME, STATE CHIP NAME, LOCAL INDIGENT CARE PROGRAM NAME

19. Por favor dígame todos los tipos de seguro de salud que tiene actualmente. ¿Tiene...

CODE ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. Medicaid o [STATE MEDICAID NAME]?	1	0	d	r
b. CHIP o [STATE CHIP NAME]?	1	0	d	r
c. Seguro de salud por medio de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres?	1	0	d	r
d. Seguro de salud que usted u otra persona pagó (no por medio de un trabajo)?	1	0	d	r
e. TRICARE u otro cuidado de salud militar?	1	0	d	r
f. Servicio de Salud Indígena?	1	0	d	r
g. Programa de Cuidado de Indigentes o [LOCAL PROGRAM NAME]?	1	0	d	r
h. Otro? (ESPECIFIQUE)	1	0	d	r

_____ (STRING 100)

IF OTHER SPECIFY (99): **Por favor dígame el tipo de seguro de salud que tiene actualmente.**

IF ALL RESPONSES IN I9_A THROUGH I9_H = NO, DON'T KNOW, OR REFUSED

110. Parece que actualmente no tiene cobertura de seguro de salud para ayudar a pagar servicios de hospitales, doctores, y otros proveedores de cuidado de salud. ¿Es correcto?

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS THEY DO HAVE COVERAGE, GO BACK TO THE PREVIOUS QUESTION AND CODE "YES" TO THE TYPE OF INSURANCE THAT THE RESPONDENT CURRENTLY HAS.

CODE ONE ONLY

CORRECT, HAS NO COVERAGE	1
WRONG, HAS SOME COVERAGE	0
DON'T KNOW	d
REFUSED	r

IF I9_A= YES (CURRENTLY ENROLLED IN MEDICAID)

I11. ¿Cuánto tiempo hace que usted se inscribió en Medicaid? Su mejor estimación esta bien.

NUMBER OF WEEKS (1–52)

NUMBER OF MONTHS (1–12)

NUMBER OF YEARS (1–9)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF NUMBER OF YEARS GT 5; **Sólo quería confirmar que anoté correctamente que usted se inscribió en Medicaid hace [X] años. ¿Es correcto?**

IF I9_A = NO, DON'T KNOW, REFUSED (NOT CURRENTLY ENROLLED IN MEDICAID)

FILL CHILD'S NAME

I12. Antes dijo que tenía seguro de salud por medio de Medicaid en algún momento durante su embarazo con [CHILD]. ¿Se inscribió usted en Medicaid mientras estaba embarazada con [CHILD] o antes de quedar embarazada con [CHILD]?

CODE ONE ONLY

WHILE PREGNANT 1

BEFORE BECOMING PREGNANT 2 GO TO I14

DON'T KNOW d GO TO I14

REFUSED r GO TO I14

IF I12 = 1 (NOT CURRENTLY ENROLLED IN MEDICAID BUT SIGNED UP WHILE PREGNANT)

I13. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se inscribió en Medicaid o [FILL STATE MEDICAID NAME]? ¿Tenía. . .

CODE ONE ONLY

1 a 3 meses de embarazo, 1

4 a 6 meses de embarazo, o 2

7 a 9 meses de embarazo? 3

DON'T KNOW d

REFUSED r

I9_A = NO, DON'T KNOW, REFUSED (NOT CURRENTLY ENROLLED IN MEDICAID)

I14. ¿Cuánto tiempo hace, aproximadamente, que dejó de recibir beneficios de Medicaid? Su mejor estimación está bien.

NUMBER OF WEEKS (1-52)

NUMBER OF MONTHS (1-12)

NUMBER OF YEARS (1-9)

DON'T KNOW d

REFUSED r

SOFT CHECK: IF NUMBER OF YEARS GT 1: Sólo quería confirmar que anoté correctamente que dejó de recibir beneficios de Medicaid hace [X] años. ¿Es correcto?

ALL

FILL ADDRESS FROM PRELOAD

I15. Hemos terminado con la encuesta. Muchas gracias por tomar el tiempo para hablar conmigo. Quisiera confirmar la dirección donde debemos enviar su tarjeta de regalo de \$25. ¿Es..

INTERVIEWER: READ ADDRESS TO RESPONDENT. EDIT ADDRESS AS NECESSARY.

STREET 1

STREET 2

STREET 3

CITY

STATE

ZIP

DON'T KNOW d

REFUSED r

Goodbye. Gracias por su participación en esta importante encuesta. Le enviaremos la tarjeta en 3 semanas. Gracias de nuevo y que tenga buen día. Adiós.