

## PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module

PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: English MAIL/WEB

**These questions are about your experiences with prenatal care, delivery, postpartum care, and infant care during the COVID-19 pandemic.**

**CV1. During the COVID-19 pandemic, which types of prenatal care appointments did you attend? Check ONE answer**

- In-person appointments only
- Virtual appointments (video or telephone) only → **Go to CV3**
- Both, in-person and virtual appointments → **Go to CV3**
- I did not have prenatal care → **Go to CV4**

**CV2. What are the reasons that you did not attend virtual appointments for prenatal care?**  
For each one, check **No** if it was not a reason or **Yes** if it was.

- |  | No                       | Yes                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Lack of availability of virtual appointments from my provider | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Lack of an available telephone to use for appointments        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Lack of enough cellular data or cellular minutes              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Lack of a computer or device                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Lack of internet service or had unreliable internet           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Lack of a private or confidential space to use                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. I preferred seeing my health care provider in person          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Other reason  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Please tell us: _____  |                          |                          |

**CV3. Were any of your prenatal care appointments canceled or delayed during the COVID-19 pandemic due to the following reasons? For each one, check **No** if your appointments were not canceled or delayed for that reason or **Yes** if they were.**

- |  | No                       | Yes                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. My appointments were canceled or delayed because my provider's office was closed or had reduced hours | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I canceled or delayed because I was afraid of being exposed to COVID-19 during the appointments       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. I canceled or delayed because I lost my health Insurance during the COVID-19 pandemic
- d. I canceled or delayed because I had problems finding Care for my children or other family members
- e. I canceled or delayed because I worried about taking public transportation and had no other way to get there
- f. My appointments were canceled or delayed because I had to self-isolate due to possible COVID-19 exposure or infection

**CV4. While you were pregnant, how often did you do the following things to avoid getting COVID-19?**

For each one, check:

**A** if you *always* did it,

**S** if you *sometimes* did it, or

**N** if you *never* did it.

- |   | <b>A</b>                 | <b>S</b>                 | <b>N</b>                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Avoided gatherings of more than 10 people                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Stayed at least 6 feet (2 meters) away from others when I left my home | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Only left my home for essential reasons                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Made trips as short as possible when I left my home                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Avoided having visitors inside my home                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Wore a mask or a cloth face covering when out in public                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Washed hands for 20 seconds with soap and water                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Used alcohol-based hand sanitizer                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Covered coughs and sneezes with a tissue or my elbow                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CV5. While you were pregnant during the COVID-19 pandemic, did you have any of the following experiences? For each one, check **No** if you did not or **Yes** if you did.**

- |   | <b>No</b>                | <b>Yes</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. I had responsibilities or a job that prevented me from staying home                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Someone in my household had a job that required close contact with other people              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. When I went out, I found that other people around me did not practice social distancing      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. I had trouble getting disinfectant to clean my home  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. I had trouble getting hand sanitizer or hand soap for my household                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. I had trouble getting or making masks or cloth face coverings                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. It was hard for me to wear a mask or cloth face covering (trouble breathing, claustrophobia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| h. I was told by a health care provider that I had COVID-19                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Someone in my household was told by a health care provider that they had COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**If your baby was not born in the hospital, go to Question CV9.**

**CV6. Who was with you in the hospital delivery room as a support person during your labor and delivery?** Check ALL that apply

- My husband or partner
- Another family member or friend
- A doula
- Some other support person (not including hospital staff)  
→ Please tell us: \_\_\_\_\_
- The hospital did not allow me to have any support people

**If your baby is not alive, go to Question CV10.**

**CV7. While in the hospital after your delivery, did any of the following things happen to you and your baby because of COVID-19?** For each one, check **No** if it did not happen or **Yes** if it did.

- |   | <b>No</b>                | <b>Yes</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. My baby was tested for COVID-19 in the hospital  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I was separated from my baby in the hospital after delivery<br><i>to protect my baby from COVID-19</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I wore a mask when other people came into my hospital room   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. I wore a mask while I was alone caring for my baby in the hospital                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. I was given information about how to protect my baby from COVID-19 when I went home                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**If you did not breastfeed your new baby, go to Question CV9.**

**CV8. Did the COVID-19 pandemic affect breastfeeding for you and your baby in any of the following ways?** For each one, check **No** if it did not apply to you or **Yes** if it did.

- |   | <b>No</b>                | <b>Yes</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. I was given information in the hospital about how to protect my baby from infection while breastfeeding      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I wore a mask while breastfeeding in the hospital  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I pumped breast milk in the hospital so someone else could feed my baby to avoid him or her getting infected | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Due to COVID-19, I had trouble getting a visit from a lactation specialist while I was in the hospital       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**If your baby is not living with you, go to Question CV10.**

**CV9. In what ways did the COVID-19 pandemic affect your baby's routine health care?** For each one, check **No** if the pandemic did not affect your baby's health care in this way or **Yes** if it did.

- |  | <b>No</b>                | <b>Yes</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. My baby's well visits or checkups were canceled or delayed  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. My baby's well visits or checkups were changed from in-person visits to virtual appointments (video or telephone) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. My baby's immunizations were postponed  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CV10. During the COVID-19 pandemic, which types of postpartum appointments did you attend for yourself?** Check ONE answer

- In-person appointments only
- Virtual appointments
- (video or telephone) only
- Both, in-person and virtual appointments
- I did not have any postpartum appointments for myself

**CV11. Did any of the following things happen to you due to the COVID-19 pandemic?** For each one, check **No** if it did not happen or **Yes** if it did.

- |   | <b>No</b>                | <b>Yes</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. I lost my job or had a cut in work hours or pay  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Other members of my household lost their jobs or had a cut in work hours or pay              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I had problems paying the rent, mortgage, or other bills                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. A member of my household or I received unemployment benefits                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. I had to move or relocate  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. I became homeless  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. The loss of childcare or school closures made it difficult to manage all my responsibilities | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. I had to spend more time than usual taking care of children or other family members          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. I worried whether our food would run out before I got money to buy more                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. I felt more anxious than usual   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. I felt more depressed than usual   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. My husband or partner and I had more verbal arguments or conflicts than usual                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**DATA ENTRY INSTRUCTION:**

If the mother is less than 18 years of age,  
skip option m and go to end of the survey.

- m. My husband or partner was more physically, sexually,  
or emotionally aggressive towards me

**Thank you for answering these questions!**

**Your answers will help us understand how to improve the health of mothers and babies.**

## PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: Spanish MAIL/WEB

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

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

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

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

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

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

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

- f. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque tuve que aislarme debido a la posibilidad de estar expuesta o infectada con COVID-19

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

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

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

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

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

**CV6. ¿Quién estuvo con usted en la sala de parto en el hospital como persona de apoyo durante el nacimiento? Marque todas las que correspondan**

- Mi esposo o pareja
- Otro familiar o amigo
- Una doula
- Otra persona de apoyo (sin incluir el personal del hospital)
- Por favor, díganos: \_\_\_\_\_
- El hospital no me permitió tener una persona de apoyo

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

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

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

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

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

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

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

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

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cancelados o retrasados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cambiados de visitas en | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- persona a citas virtuales (por video o teléfono)
- c. La vacunación de mi bebé se pospuso

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

Marque UNA respuesta

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

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

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

**INSTRUCCIÓN DE ENTRADA DE DATOS:**  
Si la madre tiene menos de 18 años, omita la opción m y pase al final de la encuesta.

- m. Mi esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o emocionalmente conmigo

**¡Gracias por responder estas preguntas!**  
**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**

PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: English PHONE Version

These last questions are about your experiences with prenatal care, delivery, postpartum care, and infant care during the COVID-19 pandemic.

**CV1. I am going to read a list of types of prenatal care appointments that you may have attended during the COVID-19 pandemic.** Please tell me which of the following best applies to you.

(PROBE: Did you attend \_\_\_\_\_?)

- 1 In-person appointments only
- 2 Virtual appointments only, such as by video or telephone → **Go to Question CV3**
- 3 Both, in-person and virtual appointments → **Go to Question CV3**
- 4 You did not have prenatal care → **Go to Question CV4**

(Don't Read)

- 8 Refused → **Go to Question CV4**
- 9 Don't Know / Don't Remember → **Go to Question CV4**

**CV2. What are the reasons that you did not attend virtual appointments for prenatal care?** I am going to read a list of options. For each one, please tell me if it was a reason for you.

(PROBE: Would you say that you did not attend virtual appointments for prenatal care because of \_\_\_\_\_?)

Reasons	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Lack of availability of virtual appointments from your provider?				
b. Lack of an available telephone to use for appointments?				
c. Lack of enough cellular data or cellular minutes?				
d. Lack of a computer or device?				
e. Lack of internet service or had unreliable internet?				
f. Lack of a private or confidential space to use?				
g. You preferred to see your health care provider in person?				
h. Did you have some other reason?				
i. <b>If YES, ask: what was it?</b> _____				

**CV3. Were any of your prenatal care appointments canceled or delayed during the COVID-19 pandemic due to the following reasons?** I am going to read a list of options. For each one, please tell me if it was a reason for you.

Options	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Your appointments were canceled or delayed because your provider's office was closed or had reduced hours?				
b. You canceled or delayed because you were afraid of being exposed to COVID-19 during the appointments?				
c. You canceled or delayed because you lost your health insurance during the COVID-19 pandemic?				
d. You canceled or delayed because you had problems finding care for your children or other family members?				
e. You canceled or delayed because you worried about taking public transportation and had no other way to get there?				
f. Your appointments were canceled or delayed because you had to self-isolate due to possible COVID-19 exposure or infection?				

**CV4. I'm going to read a list of things you may have done to avoid getting COVID-19 while you were pregnant.** For each one, please tell me how often you did it. Would you say it was always, sometimes, or never?

(**PROBE:** To avoid getting COVID-19 while you were pregnant, how often did you \_\_\_\_.)

Actions	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Avoid gatherings of more than 10 people				
b. Stay at least 6 feet or 2 meters away from others when you left your home				
c. Only leave your home for essential reasons				
d. Make trips as short as possible when you left your home				

e. Avoid having visitors inside your home				
f. Wear a mask or a cloth face covering when out in public				
g. Wash your hands for 20 seconds with soap and water				
h. Use alcohol-based hand sanitizer				
i. Cover coughs and sneezes with a tissue or your elbow				

**CV5. I am going to read a list of things that you may have experienced while you were pregnant during the COVID-19 pandemic.** For each one, please tell me if you experienced it or not.

(**PROBE:** While you were pregnant during the COVID-19 pandemic, would you say that \_\_?)

Experiences	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. You had responsibilities or a job that prevented you from staying home?				
b. Someone in your household had a job that required close contact with other people?				
c. When you went out, you found that other people around you did not practice social distancing?				
d. You had trouble getting disinfectant to clean your home?				
e. You had trouble getting hand sanitizer or hand soap for your household?				
f. You had trouble getting or making masks or cloth face coverings?				
g. It was hard for you to wear a mask or cloth face covering, for example you had trouble breathing or have claustrophobia?				
h. You were told by a health care provider that you had COVID-19?				
i. Someone in your household was told by a health care provider that they had COVID-19?				

**INTERVIEWER: If the baby was not born in the hospital, go to Question CV9.**

**CV6. I'm going to read a list of people who may have been with you in the hospital delivery room as**

**a support person during your labor and delivery.** For each person, please tell me if they were with you or not.

**(PROBE: Who was with you in the delivery room as a support person during labor and delivery?)**

People	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Your husband or partner				
b. Another family member or friend				
c. A doula				
d. Was there any other support person with you, not including hospital staff?				
<b>IF YES, ASK: Who was that?</b> _____ _____				
<b>INTERVIEWER: If mom answers NO to all above options, ASK: Would you say that the hospital did not allow you to have any support people with you?</b>				

**INTERVIEWER: If the baby is not alive, go to Question CV10.**

**CV7. I am going to read a list of things that may have happened to you and your baby while in the hospital after your delivery because of COVID-19.** For each one, please tell me if it happened or not.

Things	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Was your baby tested for COVID-19 in the hospital?				
b. Were you separated from your baby in the hospital after delivery to protect your baby from COVID-19?				
c. Did you wear a mask when other people came into your hospital room?				
d. Did you wear a mask while you were alone caring for your baby in the hospital?				
e. Were you given information about how to protect				

your baby from COVID-19 when you went home?				
---	--	--	--	--

**INTERVIEWER: If the mother did not breastfeed her new baby, go to Question CV9.**

**CV8. Did the COVID-19 pandemic affect breastfeeding for you and your baby in any of the following ways?** I'm going to read several options. For each one, please tell me if it applied to you or not.

Experiences	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Were you given information in the hospital about how to protect your baby from infection while breastfeeding?				
b. Did you wear a mask while breastfeeding in the hospital?				
c. Did you pump breast milk in the hospital so someone else could feed your baby to avoid him or her getting infected?				
d. Due to COVID-19, did you have trouble getting a visit from a lactation specialist while you were in the hospital?				

**INTERVIEWER: If the baby is not living with the mother, go to Question CV10.**

**CV9. I'm going to read a list of ways the COVID-19 pandemic may have affected your baby's routine health care.** For each one, please tell me if it happened or not.

(PROBE: Because of the COVID-19 pandemic, \_\_\_\_\_?)

Experiences	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Were your baby's well visits or checkups canceled or delayed?				
b. Were your baby's well visits or checkups changed from in-person visits to virtual appointments such as by video or telephone?				
c. Were your baby's immunizations postponed?				

**CV10. I am going to read a list of types of postpartum appointments that you may have attended for yourself during the COVID-19 pandemic.** Please tell me which one best applies to you.

(PROBE: Did you attend \_\_\_\_\_?)

- 1 In-person appointments only
- 2 Virtual appointments only such as by video or telephone
- 3 Both, in-person and virtual appointments
- 4 You did not have any postpartum appointments for yourself

**(Don't Read)**

- 8 Refused
- 9 Don't Know / Don't Remember

**CV11. I'm going to read a list of things that may have happened to you due to the COVID-19 pandemic.** For each one, please tell me if it happened to you.

(PROBE: During the COVID-19 pandemic \_\_\_\_\_?)

Experiences	(Don't Read)			
	No (1)	Yes (2)	Refused (8)	Don't know (9)
a. Did you lose your job or have a cut in work hours or pay?				
b. Did other members of your household lose their jobs or have a cut in work hours or pay?				
c. Did you have problems paying the rent, mortgage, or other bills?				
d. Did you or a member of your household receive unemployment benefits?				
e. Did you move or relocate?				
f. Did you become homeless?				
g. Did the loss of childcare or school closures make it difficult for you to manage all your responsibilities?				
h. Did you spend more time than usual taking care of children or other family members?				
i. Did you worry whether your food would run out before you got money to buy more?				
j. Did you feel more anxious than usual?				
k. Did you feel more depressed than usual?				
l. Did you and your husband or partner have more verbal arguments or conflicts than usual?				
<b>INTERVIEWER: If the mother is less than 18 years of age, skip option m and go to end of the survey.</b>				
m. Was your husband or partner more physically, sexually or emotionally aggressive towards you?				

INTERVIEWER: If the mother is less than 18 years of age, skip option m and go to end of the survey.

## PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: Spanish PHONE Version

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

**CV1. Voy a leer una lista de tipos de citas de cuidado prenatal a las que usted puede haber asistido durante la pandemia de COVID-19. Por favor dígame cuál de las siguientes le aplica mejor a usted.**

(PREGUNTE: ¿Usted asistió a \_\_\_\_\_?)

- 1 Citas en persona solamente
- 2 Citas virtuales solamente, como por video o teléfono → **Pase a la Pregunta CV3**
- 3 Ambas, citas en persona y virtuales → **Pase a la Pregunta CV3**
- 4 Usted no tuvo cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta CV4**

(No Leer)

- 8 Rechazó → **Pase a la Pregunta CV4**
- 9 No Sabe / No Recuerda → **Pase a la Pregunta CV4**

**CV2. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de cuidado prenatal? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, dígame si fue una razón para usted.**

(PREGUNTE: ¿Diría que no asistió a citas virtuales de cuidado prenatal \_\_\_\_\_?)

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Por falta de disponibilidad de citas virtuales de su proveedor?				
b. ¿Por falta de un teléfono disponible para usar en las citas?				
c. ¿Por falta de suficiente data o minutos en el móvil o celular?				
d. ¿Por falta de una computadora o un dispositivo?				
e. ¿Por falta de servicio de internet o su internet no era confiable?				
f. ¿Por falta de un espacio privado o confidencial para usar?				
g. ¿Usted prefería ver a su proveedor de atención médica en persona?				



h. ¿Tuvo otra razón?				
<b>SI CONTESTA SI, PREGUNTE:</b> ¿Cuál fue? _____				
_____				

**CV3. ¿Algunas de sus citas de cuidado prenatal fueron canceladas o retrasadas durante la pandemia de COVID-19 debido a las siguientes razones?** Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted.

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Sus citas fueron canceladas o retrasadas porque la oficina de su proveedor estaba cerrada o tenía horario reducido?				
b. ¿Las canceló o retrasó porque tenía miedo de exponerse a COVID-19 durante las citas?				
c. ¿Las canceló o retrasó porque perdió su seguro médico durante la pandemia de COVID-19?				
d. ¿Las canceló o retrasó porque tuvo problemas consiguiendo cuidado para sus hijos u otros miembros de la familia?				
e. ¿Las canceló o retrasó porque le preocupaba tomar transporte público y no tenía otra forma de llegar?				
f. ¿Sus citas fueron canceladas o retrasadas porque usted tuvo que aislarse debido a la posibilidad de estar expuesta o infectada con COVID-19?				

**CV4. Voy a leer una lista de cosas que usted puede haber hecho para evitar contraer COVID-19 mientras estaba embarazada.** Para cada una, por favor dígame con qué frecuencia lo hizo. ¿Diría que fue siempre, a veces o nunca?

(**PREGUNTE:** Para evitar contraer COVID-19 mientras estaba embarazada, ¿con qué frecuencia usted \_\_\_\_?)

Cosas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Evitó reunirse en grupos de más de 10 personas				
b. Se mantenía al menos 2 metros o 6 pies de distancia de los demás cuando salía del hogar				
c. Salió de su hogar solo por razones esenciales				
d. Hizo las salidas lo más cortas posibles cuando salía de su hogar				

e. Evitó tener visita dentro de su hogar				
f. Utilizó una mascarilla o cubierta de tela en la cara cuando estaba en público				
g. Se lavaba las manos durante 20 segundos con agua y jabón				
h. Utilizó desinfectante de manos a base de alcohol				
i. Cubría la toz o estornudos con un pañuelo de papel o su codo				

**CV5. Voy a leer una lista de experiencias que usted pudo haber tenido mientras estuvo embarazada durante la pandemia de COVID-19. Para cada una, por favor dígame si usted tuvo la experiencia o no.**

**(PREGUNTE: Mientras estaba embarazada durante la pandemia de COVID-19, ¿diría que \_\_?)**

Experiencias	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Tenía responsabilidades o un trabajo que le impedía quedarse en el hogar?				
b. ¿Alguien en su hogar tenía un trabajo que requería contacto cercano con otras personas?				
c. ¿Cuándo salió, encontró que otras personas a su alrededor no practicaban el distanciamiento social?				
d. ¿Tuvo problemas consiguiendo desinfectante para limpiar su hogar?				
e. ¿Tuvo problemas consiguiendo desinfectante de manos o jabón de manos para su hogar?				
f. ¿Tuvo problemas consiguiendo o haciendo mascarillas o cubiertas de tela para la cara?				
g. ¿Le resultaba difícil usar una mascarilla o cubierta de tela para la cara, por ejemplo, le dificultaba la respiración o le daba claustrofobia?				
h. ¿Un proveedor de atención médica le dijo que usted tenía COVID-19?				
i. ¿Un proveedor de atención médica le dijo a alguien en su hogar que tenían COVID-19?				

**ENTREVISTADORA: Si el bebé no nació en el hospital, pase a la Pregunta CV9.**

**CV6. Voy a leer una lista de personas que pudieran haber estado con usted en la sala de partos del hospital como persona de apoyo durante el nacimiento.** Para cada persona, por favor dígame si estuvieron con usted o no.

**(PREGUNTE: ¿Quién estuvo con usted en la sala de partos como una persona de apoyo durante el nacimiento?)**

Personas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Otro familiar o amigo				
c. Una doula				
d. ¿Había otra persona de apoyo con usted, sin incluir el personal del hospital?				
e. <b>SI CONTESTA SI, PREGUNTE: ¿Quién?</b> _____ _____				
f. <b>ENTREVISTADORA: Si la mamá contesta NO a todas las anteriores, pregunte: ¿Diría que el hospital no le permitió tener una persona de apoyo con usted?</b>				

**ENTREVISTADORA: Si el bebé no está vivo, pase a la Pregunta CV10.**

**CV7. Voy a leer una lista de cosas que pueden haberle sucedido a usted y a su bebé mientras estuvieron en el hospital después del nacimiento debido a COVID-19.** Para cada una, por favor dígame si le sucedió o no.

Experiencias	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Le hicieron la prueba de COVID-19 a su bebé en el hospital?				
b. ¿Fue separada de su bebé en el hospital después del nacimiento para proteger a su bebé de COVID-19?				
c. ¿Utilizó una mascarilla cuando otras personas entraban a su habitación en el hospital?				
d. ¿Utilizó una mascarilla cuando estaba sola mientras cuidaba a su bebé en el hospital?				
e. ¿Le brindaron información sobre cómo proteger a su				

bebé de COVID-19 cuando regresara al hogar?				
---	--	--	--	--

**ENTREVISTADORA: Si la mamá no lactó a su nuevo bebé pase a la Pregunta CV9.**

**CV8. ¿La pandemia de COVID-19 afectó la lactancia materna para usted y su bebé de alguna de las siguientes maneras? Voy a leer un listado de opciones. Para cada una, por favor dígame si le aplicó a usted o no.**

Maneras	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Le brindaron información en el hospital sobre cómo evitar que su bebé se infecte durante la lactancia?				
b. ¿Se ponía una mascarilla mientras amamantaba o lactaba en el hospital?				
c. ¿Usted extrajo leche materna en el hospital para que otra persona pudiera alimentar a su bebé para evitar que se infectara?				
d. Dado a COVID-19 ¿tuvo problemas logrando que un especialista en lactancia le visitara mientras estuvo en el hospital?				

**ENTREVISTADORA: Si el bebé no vive con la madre, pase a la Pregunta CV10.**

**CV9. Voy a leer una lista de maneras en las que la pandemia de COVID-19 puede haber afectado el cuidado de salud de rutina de su bebé. Para cada una, por favor dígame si sucedió o no.**

(PREGUNTE: Debido a la pandemia de COVID-19, ¿ \_\_\_\_\_?)

Maneras	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Los chequeos de rutina de su bebé fueron cancelados o retrasados?				
b. ¿Los chequeos de rutina de su bebé fueron cambiados de visitas en persona a citas virtuales como por video o teléfono?				
c. ¿La vacunación de su bebé se pospuso?				

**CV10. Voy a leer una lista de los tipos de citas de cuidado posparto para usted a las que puede haber asistido durante la pandemia de COVID-19. Por favor, dígame cual mejor aplica a usted.**

(PREGUNTE: ¿Usted asistió a \_\_\_\_\_?)

- 1 Citas en persona solamente
- 2 Citas virtuales solamente como por video o teléfono
- 3 Ambas, citas en persona y virtuales
- 4 No tuvo citas posparto para usted

(No Leer)

- 8 Rechazó
- 9 No Sabe / No Recuerda

**CV11. Voy a leer una lista de cosas que le pueden haber sucedido a usted debido a la pandemia de COVID-19. Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted.**

(PREGUNTE: Durante la pandemia de COVID-19, ¿ \_\_\_\_\_?)

Cosas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. ¿Perdió su trabajo o tuvo un recorte en las horas de trabajo o paga?				
b. ¿Otros miembros de su hogar perdieron sus trabajos o les redujeron las horas de trabajo o paga?				
c. ¿Tuvo problemas pagando el alquiler, la hipoteca u otras facturas?				
d. ¿Usted o un miembro de su hogar recibió beneficios por desempleo?				
e. ¿Tuvo que mudarse o reubicarse?				
f. ¿Se quedó sin hogar?				
g. ¿La pérdida del cuidado de niños o el cierre de escuelas dificultó el manejo de todas sus responsabilidades?				
h. ¿Tuvo que dedicar más tiempo de lo usual al cuidado de niños u otros miembros de la familia?				
i. ¿Le preocupaba que su comida se acabara antes de tener dinero para comprar más?				
j. ¿Se sintió más ansiosa de lo usual?				

k. ¿Se sintió más deprimida de lo usual?				
l. ¿Su esposo o pareja y usted tuvieron más discusiones o conflictos verbales de lo usual?				
<b>ENTREVISTADORA: Si la madre tiene menos de 18 años, omite la opción m y pase al final de la encuesta.</b>				
m. ¿Su esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o emocionalmente con usted?				

**¡Gracias por responder estas preguntas!**  
**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**