

Form Approved
OMB No. 0920-1273
Exp. Date xx/xx/xxxx

Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Sistema De Evaluación Del Riesgo En El Embarazo

Phase 9 Standard Mail Questionnaire - Spanish

Cuestionario Correo Estándar De La Fase 9 - En Español

Assisted Reproduction and Fertility

A1. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o le hizo algún procedimiento un proveedor de atención médica para ayudarla a quedar embarazada de su *nuevo* bebé? Esto puede incluir tratamientos contra la esterilidad, como medicamentos para aumentar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

A2. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad para que le ayudara a quedar *embarazada* de su *nuevo* bebé?
Marque TODAS las que correspondan

- Medicamentos para aumentar la fertilidad recetados por un médico para estimular la ovulación
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en que se colecta y coloca el semen, NO los óvulos, quirúrgicamente dentro del útero)
- Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que los óvulos o embriones de la mujer fueron manipulados en el laboratorio, como en la fertilización in vitro [IVF] con o sin transferencia intracitoplasmática de espermatozoides [ICSI] u otros procedimientos relacionados)
- Otro tratamiento médico
↳ Por favor, díganos: _____
- No utilicé tratamientos de fertilidad para quedar embarazada de mi nuevo bebé

A4. ¿Por cuánto tiempo estuvo tratando de quedar embarazada *antes* de tomar medicamentos para la fertilidad o antes de utilizar algún procedimiento médico para que le ayudara a quedar embarazada de su *nuevo* bebé? No cuente periodos de tiempo largos en que usted y su pareja estuvieron separados o no estaban teniendo relaciones sexuales.

- 0 a 6 meses
- 7 meses a menos de un año
- 1 a 2 años
- 3 a 4 años
- 5 a 6 años
- Más de 6 años

A5. ¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad (completos o incompletos) recibió antes de quedar embarazada de su *nuevo* bebé?

- 1 ciclo
- 2 a 3 ciclos
- 4 a 6 ciclos
- 7 o más ciclos

Breastfeeding

B1. ¿Cuáles fueron las razones para no lactar o amamantar a su *nuevo* bebé?
Marque TODAS las que correspondan

- Estaba enferma o tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No me gustó amamantar
- Traté, pero era demasiado difícil
- No quería
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Otra razón
↳ Por favor, díganos: _____

Si no amamantó a su nuevo bebé, pase a la pregunta #.

**B2. ¿Cuáles fueron sus razones para dejar de amamantar?
Marque TODAS las que correspondan**

- Mi bebé tenía problemas pegándose al pecho o para mamar
 - Mi bebé no estaba satisfecho con leche materna solamente
 - Pensaba que mi bebé no estaba aumentando suficiente peso
 - Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso
 - Pensaba que no estaba produciendo suficiente leche o se me secó la leche
 - Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
 - Sentí que ya era el momento adecuado para dejar de amamantar
 - Me enfermé o tuve que dejar de amamantar por razones médicas
 - Regresé al trabajo
 - Regresé a la escuela
 - Mi esposo(a) o pareja no me apoyaba para que amamantara
 - Mi bebé tenía ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
 - Otra opción
- ↳ Por favor, díganos: _____

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta #.

B3. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrió alguna de las siguiente?

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

		No	Sí
a.	El personal del hospital habló conmigo sobre cómo amamantar (cuándo y por cuánto tiempo hacerlo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	El personal del hospital me operó (me ligaron o bloquearon las trompas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	El personal del hospital me puso un dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	El personal del hospital me puso un implante anticonceptivo en el brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	El personal del hospital me puso una inyección anticonceptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B4. Durante su embarazo más reciente, ¿qué pensaba acerca de amamantar o darle pecho a su nuevo bebé?
Marque UNA respuesta**

- Sabía que quería amamantar
- Pensaba que podría amamantar
- Sabía que **no** amamantaría
- No sabía qué iba a hacer al respecto

B12. Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, conocido como WIC, por sus siglas en inglés?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

B7. Cuando fue a sus visitas del Programa WIC durante su embarazo más reciente, ¿recibió información acerca de cómo amamantar o dar pecho?

- No
- Sí

B8. Durante su embarazo más reciente, cuando fue a sus visitas del Programa WIC, ¿habló usted con una consejera lactante u otro personal del WIC acerca de amamantar o dar pecho?

- No
- Sí

B9. Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿sucedió alguna de las siguientes cosas?
Marque TODAS las que correspondan

- Alguien aclaró mis dudas acerca de amamantar o dar pecho
- Me ofrecieron una clase sobre cómo amamantar o dar pecho
- Asistí a una clase sobre cómo amamantar o dar pecho
- Decidí o planifiqué darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con familiares y amigos sobre darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Hablé con mi proveedor de atención médica sobre darle *únicamente* leche materna a mi bebé
- Decidí no amamantar a mi bebé

B10. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que bebió un líquido que no fuera leche materna (como fórmula, agua, jugo o leche de vaca)?
Marque UNA respuesta

- Mi bebé tenía:
 _____ semana(s)
 _____ mes(es)
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna

B11. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que comió algún alimento (tal como cereal para bebés, comida para bebés u otros alimentos)?
Marque UNA respuesta

- Mi bebé tenía:
- _____ semanas
 _____ meses
 - Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 - Mi bebé no ha comido alimentos

B13. Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted alguno de los siguientes tipos de ayuda para amamantar o dar pecho?
 Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Alguien que respondiera mis preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ayuda para poner a mi bebé en la posición correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Información sobre dónde conseguir un extractor de leche materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ayuda para usar el extractor de leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otra opción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B14. ¿Ha usado una bomba de lactancia para extraerse la leche para alimentar a su nuevo bebé?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

B16. ¿Dónde consiguió la bomba de lactancia que usa para alimentar a su nuevo bebé?
Marque TODAS las que correspondan

- La obtuve gratis del Programa WIC
- El hospital me la dio gratis
- Me la regalaron o prestaron
- Mi seguro médico la pagó
- La compré o alquilé
- Ya tenía una que había usado con otro hijo
- Otra opción
- ↳ Por favor, díganos: _____

B17. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?
 Para cada una, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Una enfermera o partera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>Doula</i> o asistente de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una especialista en lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El médico o proveedor de atención médica de mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Un grupo de apoyo para la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Una línea gratuita o línea de ayuda telefónica para la lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Páginas de Internet o aplicaciones sobre el embarazo o el cuidado del bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Otra opción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Por favor, díganos: _____		

Occupational Status and Workplace Leave

C1. Actualmente, ¿asiste usted a la escuela o trabaja?

- No, yo no asisto a la escuela ni trabajo → **Pase a la pregunta #**
- Sí, yo asisto a la escuela o trabajo fuera del hogar
- Sí, yo asisto a la escuela o trabajo desde mi hogar

C2. ¿Cuál de las siguientes personas cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo?

Marque UNA respuesta

- Mi esposo(a) o pareja
- Los abuelos de mi bebé
- Otro miembro de la familia o pariente cercano
- Un(a) amigo(a) o vecino(a)
- Una niñera, nana u otro proveedor de cuidados infantiles
- El personal de una guardería
- Otra persona
- ↳ Por favor, díganos: _____
- Mi bebé está conmigo cuando estoy en la escuela o en el trabajo → **Pase a la pregunta #**

C4. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

C7. ¿Ha regresado al trabajo que tenía *durante* su embarazo más reciente?

Marque UNA respuesta

- No, y no planeo regresar → **Pase a la pregunta #**
- No, pero voy a regresar
- Sí

C8. ¿Se tomó tiempo de licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Sí, tomé licencia *remunerada* en el trabajo
- Sí, tomé licencia *no remunerada* en el trabajo
- Site-specific options (Leave or disability programs)*
- No, no tomé ninguna licencia

C9. ¿Qué le pareció la cantidad de tiempo de licencia por maternidad que se pudo tomar *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- Muy poco tiempo
- El tiempo suficiente

- Demasiado tiempo

C10. ¿Alguna de las siguientes cosas afectó su decisión de tomar licencia del trabajo después del nacimiento de su nuevo bebé?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo de licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o más tiempo de licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia remunerada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No tenía suficiente tiempo acumulado para tomar una licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C11. Después de que nació su nuevo bebé, ¿su esposo(a) o pareja tomó tiempo libre del trabajo?

Marque UNA respuesta

- No, no tomó licencia del trabajo
- Sí, tomó tiempo licencia *remunerada* del trabajo
- Sí, tomó licencia *no remunerada*
- Sí, tomó licencia *remunerada y no remunerada*
- Mi esposo(a) o pareja no tenía un empleo a sueldo
- No tenía esposo(a) o pareja

C14. ¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?

Marque UNA respuesta

- [BOX] semanas **0**
- [BOX] meses
- Menos de 1 semana

Contraception

Si usted o su esposo(a) o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo, pase a la pregunta #.

E3. ¿Qué tipo de método anticonceptivo estaba usando cuando quedó embarazada?

Marque TODAS las que correspondan

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (eyacular afuera)
- Método de planificación familiar natural (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Otra opción
- ↳ Por favor, díganos: _____

E4. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez sobre el anticonceptivo de emergencia (la “píldora del día después”)? Esta combinación de píldoras se usa para prevenir el embarazo hasta cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

- No
- Sí

E5. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted tratando de quedar embarazada?

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**

E6. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaban usted, o su esposo o pareja, haciendo algo para evitar el embarazo? Esto puede incluir ligarse las trompas, usar píldoras anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**

E7. ¿Cuáles eran las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
 - Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
 - No quería usar anticonceptivos
 - El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
 - Tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería
 - Pensaba que mi esposo o pareja, o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
 - Mi esposo(a) o pareja no quería usar condones
 - Mi esposo(a) o pareja no quería que yo usara anticonceptivos
 - Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
 - Otra opción
- ↳ Por favor, díganos: _____

Infant Sleep Environment

F4. ¿Con quién duerme *por lo general* su nuevo bebé cuando no está durmiendo solito?

Marque TODAS las que correspondan

- Conmigo
 - Con mi esposo(a) o pareja
 - Un abuelo
 - El gemelo de mi bebé
 - Un hermano(a) mayor
 - Con otra persona
- ↳ Por favor, díganos: _____

Si su bebé nunca duerme solo en su propia cuna o cama, pase a la pregunta #.

F5. ¿Le dijo un proveedor de atención médica que acostara a su bebé de las siguientes maneras?

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

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

F6. ¿Le dieron información acerca de cómo acostar a su bebé a dormir durante alguno de los siguientes momentos?

- | | | No | Sí |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Durante una visita prenatal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | En el hospital, cuando nació mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Durante un chequeo de salud de mi bebé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Durante una visita de atención posparto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Otra opción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ↳ Por favor, díganos: _____

F7. ¿Obtuvo información sobre cómo acostar a su nuevo bebé a dormir de alguna de las siguientes fuentes?

	No	Sí
a. Mi médico de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi ginecólogo obstetra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una enfermera o partera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una <i>duola</i> o asistente de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El médico o proveedor de atención médica de mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Páginas de Internet o aplicaciones sobre el embarazo o el cuidado del bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otras fuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Por favor, díganos: _____		

Maternal Nutrition and Supplement Use

G9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

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

G8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico?

Marque TODAS las que correspondan

- No estaba planeando quedar embarazada
 - No pensé que necesitara tomar vitaminas
 - No quería tomar vitaminas
 - Las vitaminas eran demasiado caras
 - Las vitaminas me producían efectos secundarios (tales como náuseas o estreñimiento)
 - Otra opción
- ↳ Por favor, díganos: _____

G5. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo más reciente, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

- No tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

G6. Durante el *mes pasado*, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

- No tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
- De 1 a 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días de la semana

G7a. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *fruta* consumía en un día?

Marque UNA respuesta

- Cero porciones (ninguna)
- 1 o 2 porciones al día
- 3 o 4 porciones al día
- 5 o más porciones al día

G7b. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo más reciente, ¿aproximadamente cuántas porciones de *verduras* consumía en un día?

Marque UNA respuesta

- Cero porciones (ninguna)
- 1 o 2 porciones al día
- 3 o 4 porciones al día
- 5 o más porciones al día

Health Insurance

Infant Health Insurance Coverage

H2. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid (*site Medicaid name*)
- Site-specific option (otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés)*
- Site-specific option (otro tipo de plan o programa del Gobierno no nombrado anteriormente, por ejemplo, el programa MCH, un programa de atención para indigentes, un programa de planificación familiar)*
- Site option (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- Site-specific option (IHS o tribal)*
- Otro seguro médico
 - ↳ Por favor, díganos: _____
- No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

Maternal Health Insurance Coverage

DD7. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebe?

Marque TODAS las que correspondan

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude obtener seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Mis ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Mis ingresos eran demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos de <State> o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sabía cómo obtener seguro médico
- State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)*
- Otra opción
 - ↳ Por favor, díganos: _____

DD11. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico *durante* su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Mis ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Mis ingresos eran demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos de <State> o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sabía cómo obtener seguro médico
- State-specific (No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados)*
- Otra opción
 - ↳ Por favor, díganos: _____

DD20 ¿Cuál es la razón por la que usted no tiene seguro médico *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- El seguro médico es demasiado caro
- No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuve problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Mis ingresos son demasiado altos para ser elegible para Medicaid

- Mis ingresos son demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos de <State> o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sé cómo obtener seguro médico
- State-specific (No tengo la ciudadanía estadounidense o no tengo los documentos de residencia adecuados)*
- Otra opción
 - ↳ Por favor, díganos: _____

HIV and Sexually Transmitted Infections

EE3. Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un proveedor de atención médica que usted tenía alguna de las siguientes infecciones?

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

	No	Sí.
a. Verrugas genitales (VPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Enfermedad inflamatoria pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Estreptococos del grupo B (estreptococo beta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vaginosis bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tricomoniasis (tric)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Infección vaginal por hongos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Infección de las vías urinarias (IU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Otra opción <ul style="list-style-type: none"> ↳ Por favor, díganos: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. En algún momento durante su embarazo más reciente o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el sida)?

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- No sé → **Pase a la pregunta #**

19. ¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo o parto más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- No me ofrecieron la prueba
- No quise hacerme la prueba
- Yo ya sabía si tenía o no el VIH
- No pensé que estuviera en riesgo de contraer el VIH
- No quería que la gente pensara que yo estaba en riesgo de contraer el VIH
- Le temía al resultado
- Me hicieron la prueba antes de este embarazo y no pensé que necesitara hacérmela de nuevo
- Otra razón
 - ↳ Por favor, díganos: _____

110. ¿Qué está haciendo usted ahora para evitar contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso por el VIH?

Marque TODAS las que correspondan

- No estoy haciendo nada
- Usando condones
- Me hago pruebas de ITS/VIH
- Monogamia mutua (la pareja solo tiene relaciones sexuales entre sí)
- Otra opción
 - ↳ Por favor, díganos: _____

Postpartum Care

J3. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?

Marque TODAS las que correspondan

- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitara ir a la consulta
- No pude conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir al centro médico o al consultorio del médico

- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela
- No tenía a nadie que me ayudara a cuidar a mis niños
- El consultorio del médico estaba demasiado lejos
- ↳ Por favor, díganos: _____

J6. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido atención de seguimiento para algo de lo siguiente?

Para cada opción, marque **No**, si no recibió atención; marque **Sí**, si la recibió; o marque **NT**, si no tenía la afección o condición de salud.

	No	Sí	NT
a. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Afecciones cardíacas o del corazón (defectos cardíacos de nacimiento, latidos cardíacos acelerados o interrumpidos, insuficiencia cardíaca, agrandamiento del corazón, ataque cardíaco, dolor de pecho, trasplante de corazón o marcapasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J7. En general, desde que nació mi nuevo bebé, me he sentido:

	No	Sí
Cómoda haciendo preguntas sobre la <i>atención posparto</i> que estaba recibiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que podía tomar decisiones sobre el tipo de atención que estaba recibiendo, como rechazar algún servicio que <u>no</u> quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómoda aceptando las opciones de atención médica que mi proveedor recomendaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que mis proveedores me trataron con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfecha con la <i>atención posparto</i> que recibí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preconception Care

J5. ¿Por qué no tuvo ningún chequeo médico en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro para pagarlo
- Me sentí bien y no pensé que necesitara un chequeo
- No pude conseguir una cita cuando la quería
- No tenía ningún medio de transporte para llegar al centro médico o al consultorio del médico
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No podía tomar tiempo libre del trabajo o la escuela
- No tenía a nadie que me ayudara a cuidar a mis hijos
- El consultorio del médico estaba demasiado lejos
- Otra opción
- ↳ Por favor, díganos: _____

Si usted no tuvo ninguna consulta de atención médica, pase a la Pregunta #.

Labor and Delivery

K3. ¿Qué tipo de parto tuvo con su nuevo bebé?

- Parto vaginal
- Parto por cesárea

K4. ¿Cómo le sugirió su proveedor de atención prenatal que diera a luz a su nuevo bebé?
Marque UNA respuesta

- Sugirió que tuviera a mi bebé por parto vaginal (natural)

- Sugirió que tuviera a mi bebé por cesárea
- No me sugirió un tipo de parto para tener a mi bebé

K6. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?

Marque UNA respuesta

- Mi proveedor de atención médica recomendó una cesárea **antes** de mi parto
- Mi proveedor de atención médica recomendó que tuviera una cesárea cuando ya estaba en trabajo de parto
- Yo pedí la cesárea

K7. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea?

Marque TODAS las que correspondan

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea
- Mi bebé estaba en mala posición (de nalgas)
- Se había pasado la fecha prevista del parto
- A mi proveedor de atención médica le preocupaba que mi bebé estaba demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a una afección o condición de salud (como una afección o condición de salud cardíaca, una discapacidad física)
- Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor de atención médica trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal mostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- Deseaba programar mi parto
- No quería un parto vaginal para dar a luz a mi bebé
- Otra opción
↳ Por favor, díganos: _____

K8. ¿Planificó o programó un parto por cesárea por lo menos una semana antes de que naciera su nuevo bebé?

- No
- Sí

K9. ¿Trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto con diferentes métodos para que comenzaran las contracciones, como con medicinas para el despegamiento de las membranas amnióticas)?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- No sé → **Pase a la pregunta #**

K10. ¿Por qué trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto?

Marque TODAS las que correspondan

- Rompí fuente y estaban preocupados por el riesgo de infección
- Se había pasado la fecha prevista del parto
- Mi proveedor de atención médica estaba preocupado por el tamaño del bebé
- Mi bebé no estaba bien y necesitaba nacer
- Tuve una complicación en el embarazo (como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia)
- Deseaba programar mi parto
- Deseaba que me atendiera un proveedor de atención médica en particular
- Otra opción
↳ Por favor, díganos: _____

K16. Después del parto, ¿estuvo su bebé en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN o "NICU")?

- No
 Sí
 No sé

K17. En general, durante el parto de su bebé, ¿se sintió...?Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómoda haciendo preguntas sobre la atención médica que recibí <i>durante el parto y el nacimiento</i> de mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómoda si rechazaba atención médica que me ofrecían | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que mi proveedor me recomendó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tratada con respecto por mis proveedores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Satisfecha con la atención médica y los cuidados que recibí <i>durante el parto y el nacimiento</i> de mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Preconception Health**L10. Antes de quedar embarazada, usted diría que, en general, su salud era:**

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

L11.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| e. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Epilepsia (convulsiones) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Síndrome de ovario poliquístico (PCOS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L27. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo?

- No → **Pase a la pregunta #**
 Sí

L18. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de las siguientes cosas?Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacunarme antes del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Recibir consejería sobre enfermedades genéticas que se han dado en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Recibir consejería o tratamiento para la depresión o la ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Saber los riesgos de tomar medicamentos recetados o de venta libre ("over-the-counter") durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar medicamentos que no fueron recetados para mí podría afectar al bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L26. En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algunas de las siguientes cosas?Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para estar en forma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba tomando medicamentos recetados regularmente, aparte de anticonceptivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- d. Un proveedor de atención médica me chequeó para ver si tenía diabetes
- e. Hablé con un proveedor de atención médica sobre los antecedentes de salud de mi familia

Vaccinations

Maternal

Si usted se puso la vacuna contra la influenza (o gripe) antes o durante el embarazo, pase a la pregunta #.

L1 4. ¿Cuáles fueron las razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza (o gripe) durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé?
Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza me podría causar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba preocupada de que la vacuna contra la influenza pudiera hacerle daño a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No me preocupaba enfermarme de influenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No creo que la vacuna contra la influenza funciona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra opción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Por favor, díganos: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no se puso la vacuna contra la influenza antes o durante su embarazo, pase a la pregunta #.

L19. ¿Dónde se vacunó contra la influenza?
Marque UNA respuesta

- El consultorio de mi ginecólogo obstetra
- El consultorio de mi médico de familia o en otro consultorio médico
- Un centro médico del departamento de salud o comunitario
- Un hospital
- Una farmacia o supermercado con farmacia
- Mi trabajo o escuela
- Otro lugar
- ↳ Por favor, díganos: _____

Child Vaccinations

L33. ¿Cuáles son sus planes para vacunar a su nuevo bebé?
Marque UNA respuesta

- Mi bebé recibirá las vacunas según su médico las recomiende
- Mi bebé recibirá todas las vacunas, pero en tiempos diferentes a los que recomienda su médico
- Mi bebé solo recibirá algunas de las vacunas recomendadas
- Mi bebé no será vacunado

Mental Health

M22. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

M23. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**

M24. ¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

Marque TODAS las que correspondan

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

Si tuvo depresión durante su embarazo más reciente, pase a la pregunta M4. Si no, pase a la pregunta #.

M4. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿pidió ayuda a un proveedor de atención médica para la depresión?

- No
- Sí

M5. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le dijo que usted tenía depresión?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

M6. Desde que nació su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un proveedor de atención médica para la depresión?

- No
- Sí

M7. ¿Cómo describiría la época *durante* su embarazo más reciente?
Marque UNA respuesta

- Una de las épocas más felices de mi vida
- Una época feliz con ciertos problemas
- Una época un poco difícil
- Una época muy difícil
- Una de las épocas más difíciles de mi vida

Si tuvo depresión durante su embarazo más reciente, pase a la pregunta M8/M9. Si no, pase a la pregunta #.

M8. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿tomó un medicamento recetado para la depresión?

- No
- Sí

M9. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió consejería por su depresión?

- No
- Sí

M10. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tomado medicamentos recetados para la depresión?

- No
- Sí

M11. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería por su depresión?

- No
- Sí

M14. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿le *pidió* a un proveedor de atención médica ayuda para la ansiedad?

- No
- Sí

M15. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que usted tenía ansiedad?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

M16. Desde que nació su nuevo bebé, ¿Le ha *pedido* a un proveedor de atención médica ayuda para la ansiedad?

- No
- Sí

Si tuvo ansiedad durante su embarazo más reciente, pase a la pregunta M18/M17. Si no, pase a la pregunta #.

M17. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿tomó medicamentos recetados para la ansiedad?

- No
- Sí

M18. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿recibió consejería para la ansiedad?

- No
- Sí

M19. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tomado medicamentos recetados para la ansiedad?

- No
- Sí

M20. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería por la ansiedad?

- No
- Sí

Maternal Morbidity

N1. En algún momento *durante* su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que se quedara en cama por lo menos una semana?

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

N2. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando le dijeron que se quedara en cama?

Marque UNA respuesta

_____ semanas **O**
_____ meses

N3. ¿Con que frecuencia pudo seguir las instrucciones de su proveedor de atención médica de quedarse en cama?

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

N4. ¿Qué tipo de apoyo le hubiera ayudado a poder quedarse en cama por el tiempo recomendado?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ayuda con el cuidado de los niños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ayuda con las tareas domésticas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Saber que no perdería mi trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dinero para compensar el tiempo sin trabajar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otra opción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Por favor, díganos: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N5. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dio a usted una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogestero) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?

- No
 Sí
 No sé

Si tuvo diabetes gestacional durante su embarazo más reciente, pase a la pregunta N7. Si no, pase a la pregunta #.

N7. Durante su embarazo más reciente, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿un proveedor de atención médica hizo algo de lo que aparece en la lista a continuación?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me refirió a un especialista en nutrición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo acerca de la importancia de hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo acerca del riesgo de presentar diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N9. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo más reciente?
Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sangrado vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan graves que tuve que ir al médico o al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tuvieron que coserme el cuello uterino (cerclaje por insuficiencia cervical) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas con la placenta (como desprendimiento prematuro de la placenta o placenta previa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto (parto prematuro) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto (romper aguas de manera prematura) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me hicieron una transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me lastimé en un accidente de automóvil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho una prueba de diabetes o para determinar si tiene un nivel alto de azúcar en la sangre?

- No → **Pase a la pregunta #**
 Sí

O7. ¿Ha sentido algo de lo siguiente durante su embarazo o después del nacimiento de su bebé?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. He sentido que algo no estaba bien con mi salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. He sentido que mis preocupaciones acerca mi salud no han sido tomadas en serio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. He sentido que mi médico ignoraba mis preocupaciones acerca mi salud o mis síntomas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O8. ¿Se ha monitoreado la presión arterial regularmente en el hogar o en otro lugar fuera de en una visita médica durante los siguientes periodos?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. Desde que nació mi nuevo bebé

Maternal Warning Signs

O9. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información acerca de las señales de advertencia de complicaciones durante el postparto de alguna de las siguientes fuentes de información?

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

O10. ¿Un proveedor de atención médica habló con usted acerca de las señales de advertencia de complicaciones en el embarazo y el posparto durante alguno de los siguientes periodos?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mientras estuve hospitalizada para el parto y nacimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Desde que nació mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Food Security and Economic Stability

P14. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

- No
 Sí

P17. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez recibió alimentos de una iglesia, de una despensa de comida, del banco de alimentos o comió en un comedor de beneficencia?

- No
 Sí

P20. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál de estas afirmaciones describe mejor los tipos de alimentos que había en su hogar?

Marque UNA respuesta

- Suficiente de los tipos de comida que yo quería comer → **Pase a la pregunta #**
- Suficiente, pero no siempre el tipo de comida que yo quería comer → **Pase a la pregunta #**
- A veces no había suficiente para comer
- A menudo no había suficiente para comer

P21. ¿Por qué no tuvo suficiente para comer?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía dinero para comprar más comida
- No podía salir a comprar comida (por ejemplo, no tenía transporte o tenía problemas de movilidad o de salud que me impedían salir)
- Tenía miedo de ir o no quería salir a comprar comida
- No pude lograr que me llevaran las comidas o la compra
- Las tiendas no tenían la comida que quería

P22. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no pudo comer comidas balanceadas porque era muy costoso? Una comida balanceada incluye todos los tipos de alimentos que usted cree que deberían ser parte de una comida saludable. Por ejemplo, alimentos con almidón como papas o arroz, vegetales o frutas y alguna proteína como carne, pescado, queso o huevos.

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

P23. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

Marque UNA respuesta

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando por un tiempo con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque)

BB3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada acerca de tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?

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

Neighborhood and Built Environment

P15. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se sintió insegura en el vecindario donde vivía?

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

Family Planning

Q1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los 3 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- Estaba tratando de quedar embarazada
- Estaba tratando de no quedar embarazada pero no estaba haciendo mucho por evitarlo
- Me estaba esforzando bastante por evitar quedar embarazada

Q2. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor a su esposo(a) o pareja durante los 3 meses antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- Quería que yo quedara embarazada
- Le daba igual si yo quedaba embarazada o no
- Preferiría que yo no quedara embarazada

Q3. Recordando justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía su esposo(a) o pareja acerca de que usted quedara embarazada?

Marque UNA respuesta

- Hubiera querido que quedara embarazada más pronto
- No quería que quedara embarazada en ese momento, sino después
- Quería que quedara embarazada en ese momento
- No quería que quedara embarazada ni en ese momento ni nunca
- No sé
- No tenía esposo(a) o pareja

Q4. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

Q5. Cuando se enteró de que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes emociones o preocupaciones?

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

		No	Sí
a.	Me preocupaba no saber lo suficiente acerca cómo cuidar a un bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Pensé que un nuevo bebé me impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Me gustaba la idea de enseñar y cuidar a un nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Esperaba con gusto las nuevas experiencias que tendría con un nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Esperaba con gusto decirle a mis amigas que estaba embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Me preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	No quería decirle a mis amigas que estaba embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6. ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé?

- Muy infeliz de estar embarazada
- Infeliz de estar embarazada
- No estaba segura
- Feliz de estar embarazada
- Muy feliz de estar embarazada

Q7. ¿Cuántos meses estuvo tratando de quedar embarazada? No cuente periodos largos en los que usted y su pareja hayan estado separados o no hayan tenido relaciones sexuales.

- De 0 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- De 7 a 12 meses
- De 13 a 24 meses
- Más de 24 meses

Si estaba intentando quedar embarazada cuando quedó embarazada con su nuevo bebé, pase a la pregunta #.

Prenatal Care

R24. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal? Marque UNA respuesta

_____ semana(s) **O**
 _____ mes(es)

R20. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**

R21. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería?

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

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

R6. ¿Alguna vez ha escuchado acerca de la bacteria estreptococo del grupo B o estreptococo beta que las madres pueden pasarles a sus bebés durante el nacimiento?

- No
- Sí

R7. Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de la bacteria estreptococo del grupo B o estreptococo beta?

- No
 Sí

R8. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba para detectar la bacteria estreptococo del grupo B o estreptococo beta?

- No
 Sí
 No sé

R12. Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿habló con usted un proveedor de atención médica acerca de tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico durante su embarazo?

- No
 Sí

R13. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿su proveedor de atención prenatal regular le pidió que consultara a un médico especialista para obtener ayuda con algunos problemas de salud?

- No
 Sí

R14. Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de cómo el comer pescado que contiene altos niveles de mercurio podría afectar a su bebé?

- No
 Sí

R15. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado prenatal? No incluya las consultas relacionadas con el programa WIC.

Marque UNA respuesta

- Consultorio médico privado
 Centro médico de un hospital
 Centro médico del departamento de salud
 State-specific
 State-specific
 Otra opción
 ↪ Por favor, díganos: _____

R16. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de alguno de los siguientes temas? Por favor sólo cuente sobre las conversaciones y no el material de lectura ni videos.

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alimentación saludable durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El ejercicio durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programas o recursos para ayudarme a aumentar la cantidad de peso adecuada durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

R19. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo segura de que estaba embarazada? Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un proveedor de atención médica le dijo que estaba embarazada.

Marque UNA respuesta

- _____ semanas **O**
 _____ meses
 No recuerdo

R25. En general, durante el embarazo, me sentí:

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómoda haciendo preguntas acerca de la atención prenatal que recibí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| b. | Cómoda al rechazar la atención médica que no quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que me recomendó mi proveedor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Pude elegir las opciones de atención que recibí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Mis proveedores me trataron con respeto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Satisfecha con la <i>atención prenatal</i> que recibí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

R23. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a una clase o a clases de preparación para el parto y acerca de lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

Injury Prevention and Safety

S1. A continuación aparecen algunas declaraciones acerca la seguridad.
 Para cada una, marque **No**, si no corresponde a su situación, o **Sí**, si corresponde.

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

S6. Cuando su nuevo bebé viaja en un automóvil, camión o camioneta, ¿con qué frecuencia va en un asiento de seguridad para bebés?

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

S10. ¿Tiene un asiento de seguridad que usted pueda usar para su nuevo bebé?

- No **Pase a la pregunta ##**
 Sí

S12. ¿Cómo aprendió a instalar y usar el asiento de seguridad para bebés?
Marque TODAS las que correspondan

- Leí las instrucciones
 Un(a) amigo(a) o familiar me enseñó
 Un profesional de la salud o de la seguridad me enseñó
 Yo aprendí sola
 Ya sabía instalarlo porque tengo otros niños
 De alguna otra manera
 ↪ Por favor, díganos: _____

S13. ¿Alguna vez ha oído o leído lo qué puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
 Sí

S20. En los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de hacerle pruebas al agua en su hogar para detectar algunas de las siguientes cosas?
 Para cada una, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Arsénico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plomo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros contaminantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↪ Por favor, díganos: _____ | | |

S21. Actualmente, ¿tiene armas de fuego guardadas dentro o alrededor de su hogar?

- No → **Pase a la pregunta #**
 Sí

- No sé

S22. ¿Alguna de estas armas de fuego está cargada actualmente?

- No → **Pase a la pregunta #**
 Sí
 No sé

S23. ¿Alguna de estas armas de fuego que están cargadas también están desbloqueadas?
Por "desbloqueada" queremos decir que no necesita una llave, combinación o una huella digital o de mano para obtener el arma o dispararla. Para esto no cuenta el seguro que tienen las armas que no permite que las disparen.

- No
 Sí
 No sé

Infant Healthcare Sick Child Care

T1. ¿Ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo?

Marque UNA respuesta

- No
 Sí
 Mi bebé no se ha enfermado → **Pase a la pregunta #**

T3. Cuando su nuevo bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?

- No
 Sí → **Pase a la pregunta #**

T8. ¿Alguna de las siguientes cosas impidió que llevara a su bebé a recibir atención médica cuando estuvo enfermo?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía seguro médico para pagar por la consulta
 No pude conseguir una cita
 No tenía un médico regular para mi bebé
 No tenía como llevar a mi bebé la clínica o el consultorio médico
 No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos
 Otra opción
↳ Por favor, díganos: _____

Well Child Care

X9. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita médica regular para su bebé, usualmente cuando tenga 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- No
 Sí → **Pase a la pregunta #**

X2. ¿Alguna de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera chequeos de rutina?

Marque TODAS las que correspondan

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

X10. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un proveedor de atención médica una semana después del nacimiento?

- No

- Sí
- Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

Substance Use

DRUG 2. Durante el *mes antes de quedar embarazada*, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?

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

	No	Sí
a. Medicamentos para la depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicamentos para la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Analgésicos recetados como hidrocodona o Vicodin®, oxicodona o Percocet®, o codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Metadona, subutex o Suboxona® o buprenorfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Marihuana o productos del <i>cannabis</i> (no incluya productos a base de cáñamo o los producidos únicamente con CBD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Productos de CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Marihuana sintética, K2 o Spice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kratom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Fentanilo o heroína (<i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , o agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Benzodiazepines (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Alucinógenos (LSD /ácido, PCP /polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DRUG3 . Durante su *embarazo más reciente*, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?

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

	No	Sí
a. Medicamentos para la depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicamentos para la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Metadona, Subutex® o Suboxona® o buprenorfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Marihuana o productos del <i>cannabis</i> (no incluya productos a base de cáñamo o los producidos únicamente con CBD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Productos de CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Marihuana sintética (K2 o Spice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kratom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Fentanilo o heroína (<i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Benzodiazepinas (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes o <i>ludes</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Alucinógenos (LSD /ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, o sales de baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U10. Después de que su bebé nació, ¿el médico, la enfermera u otro profesional de atención médica le dijo que su bebé tenía abstinencia a las drogas o síndrome de abstinencia neonatal?

- No
- Sí

Social Services including Home Visitation

V1. Durante su *embarazo más reciente*, ¿recibió usted alguno de estos servicios?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases acerca de la crianza de los hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consejería por la depresión o la ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V2. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de estos servicios?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases acerca de la crianza de los hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consejería por la depresión o la ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?

- No
- Sí, solo yo utilizo los servicios de WIC
- Sí, tanto para mi nuevo bebé como para mí utilizamos los servicios de WIC
- Sí, solo para mi nuevo bebé utilizamos los servicios de WIC

V11. Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó alguno de los siguientes servicios?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Consejería por problemas familiares y personales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para dejar de consumir drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistencia con la vivienda o el alquiler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Por favor, díganos: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V12. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió alguno de los siguientes servicios?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Consejería por problemas familiares y personales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para dejar de consumir drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistencia con la vivienda o el alquiler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por favor escríbalo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V21. Durante su embarazo más reciente, ¿una visitadora al hogar fue a su hogar para ayudarla a prepararse para su nuevo bebé? Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, un profesional de atención médica, asistente de parto, educadora sobre el parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las mujeres embarazadas.

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

V13. ¿Quién era la visitadora al hogar que fue a su hogar durante su embarazo más reciente?
Marque TODAS las que correspondan

- Una enfermera, asistente de enfermería o partera
- Una maestra o educadora sobre salud
- Una asistente de parto o educadora sobre el parto
- State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>)*
- Otra persona
- ↳ Por favor, díganos: _____
- No sé

V14. Durante su embarazo más reciente, ¿cuántas veces vino la visitadora al hogar a su hogar para ayudarla a aprender cómo prepararse para su nuevo bebé?

- Una vez
- De 2 a 4 veces
- 5 veces o más

V15. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la visitadora al hogar que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?

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

		No	Sí
a.	Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hacerme exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se hayan dado en mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	La importancia de hacerse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Si alguien me estaba causando daño emocional o físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Amamantar o darle pecho a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Mi bienestar emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V20. ¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la visitadora al hogar que vino a su hogar durante su embarazo *más reciente*?

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

		No	Sí
a.	El tiempo que la visitadora al hogar pasaba conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	El consejo que recibí acerca cómo cuidarme y a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	La comprensión y el respeto que me demostró	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V22. Desde que nació su nuevo bebe, ¿ha ido una visitadora al hogar a su hogar para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar su nuevo bebé? Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, proveedora de atención médica, asistente de parto, trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las familias de bebés recién nacidos.

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí

V16. ¿Cuál era la especialidad o profesión de la visitadora al hogar que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Una enfermera, asistente de enfermería o partera
- Una maestra o educadora sobre salud
- Una asistente de parto o partera
- State option (Alguien del programa Healthy Start o <otro programa>)
- Otra persona
- ↳ Por favor, díganos: _____
- No sé

V18. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la visitadora al hogar que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?

		No	Sí
a.	Amamantar o darle pecho a mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Depresión posparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres de recién nacidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Cómo llegar a un peso adecuado después del parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Cómo dejar de fumar o evitar fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V19. ¿Qué le pareció el cuidado que recibió de la visitadora al hogar que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?

		No	Sí
a.	¿Estuvo satisfecha con el tiempo que la visitadora al hogar pasaba con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Estuvo satisfecha con los consejos que recibió acerca de cómo cuidarse usted y a su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿La comprensión y el respeto que le demostró?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V23. ¿Recibió apoyo de una asistente de parto (*doula*) durante alguno de los siguientes periodos? Una asistente de parto es una persona capacitada que acompaña y brinda comodidad, apoyo emocional e información durante el embarazo y el parto. Una asistente de parto no brinda cuidados médicos.

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

		No	Sí
a.	Durante mi embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Durante el nacimiento de mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Desde que nació mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Social Support including Partner Experiences

W1. Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido algún problema? Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido que pedir prestados \$50 o si se hubiera enfermado y hubiera tenido que quedarse en cama por varias semanas?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo(a) o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- Otra persona
- ↳ Por favor, díganos: _____
- Nadie me hubiera ayudado

Desde que nació su nuevo bebé, ¿quién le ayudaría si tuviera algún problema? Por ejemplo, ¿quién le ayudaría si usted necesitara pedir prestados \$50 o si se enfermara y tuviera que quedarse en cama por varias semanas?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo(a) o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- Otra persona
- ↳ Por favor, díganos: _____
- Nadie me hubiera ayudado

Las siguientes declaraciones son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindaron *mientras estuvo embarazada*.

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

	No	Sí
a. Tenía a alguien a quien podía acudir cuando me sentía sola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tenía a alguien con quien podía hablar acerca de cosas que son importantes para mí o acerca cómo me sentía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tenía a alguien con quien podía contar para que escuchara mis problemas, preocupaciones y miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tenía a alguien que me demostraba amor y cariño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tenía a alguien que hacía cosas conmigo para poder relajarme o divertirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tenía a alguien con quien contar para que me prestara dinero para cosas como comida o facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tenía a alguien que podía cuidar de mi(s) hijo(s) cuando necesitaba ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tenía a alguien que me podía ayudar con las tareas diarias si estaba enferma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tenía a alguien que podía llevarme al centro médico o al consultorio del médico si necesitaba transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W6. Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindan *en este momento*.

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

	No	Sí
a. Tengo a alguien a quien puedo acudir cuando me siento sola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tengo a alguien con quien puedo hablar acerca de cosas que son importantes para mí o acerca de cómo me siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tengo a alguien con quien puedo contar para escuchar mis problemas, preocupaciones y miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tengo a alguien que me demuestra amor y cariño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tengo a alguien que hace cosas conmigo para poder relajarme o divertirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tengo a alguien con quien puedo contar para que me preste dinero para cosas como comida o facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tengo a alguien que puede cuidar de mi(s) hijo(s) cuando necesito ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tengo a alguien que puede ayudar con las tareas diarias si estoy enferma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tengo a alguien que puede llevarme al centro médico o al consultorio del médico si necesito transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W7. ¿Hacen sus vecinos alguna de las siguientes cosas?

Para cada una, marque **No**, si no corresponde a sus vecinos; o **Sí**, si corresponde.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Se hacen favores uno al otro o se ayudan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Se piden entre sí consejos acerca de asuntos personales como la crianza de los niños o la búsqueda de trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitadas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Se visitan en sus hogares o en la calle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Se vigilan la propiedad el uno al otro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W8. Por favor dígame cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda con su esposo(a) o pareja.

- Vive conmigo todo el tiempo
- Vive conmigo parte del tiempo
- No vive conmigo
- No tengo esposo(a) o pareja

W9. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia su esposo(a) o pareja le da a usted ánimo y apoyo emocional?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- No tengo esposo(a) o pareja

W10. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia el papá de su bebé u otro padre contribuye con cosas como dinero, comida, ropa, vivienda o cuidado médico para cubrir las necesidades básicas del bebé?

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

W11. Cuando el papá de su bebé u otro padre está con su nuevo bebé, ¿con que frecuencia juega, abraza, besa o carga al bebé?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El papá u otro padre, normalmente no pasa tiempo con mi nuevo bebé

Oral Health

Y3. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?

- No
- Sí

Y5. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de problema tenía con sus dientes o encías?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tuve una o más caries que necesité rellenar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me dolían uno o más dientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Necesité sacarme un diente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me lastimé la boca, los dientes o las encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuve algún otro problema con mis dientes o encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Por favor, díganos: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Y6. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- embarazadas
- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| b. | No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | No pude encontrar un dentista o una clínica dental cerca a la que pudiera ir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Y7. Las siguientes afirmaciones son acerca de los cuidados dentales *durante* su embarazo *más reciente*.

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

- | | | No | Sí |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Un proveedor de atención dental u otro tipo de proveedor me habló acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Sabía que era seguro ir al dentista durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Tenía seguro para pagar la atención dental durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | <u>Necesité</u> una consulta con un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | <u>Fui</u> al dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Y8. ¿Recibió usted tratamiento de un dentista u otro proveedor de atención médica por el problema dental que tuvo durante su embarazo?

Marque UNA respuesta

- No
- Sí, recibí tratamiento durante mi embarazo
- Sí, recibí tratamiento después de mi embarazo
- Sí, recibí tratamiento durante y después de mi embarazo

Intimate Partner Violence

Z1. ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior hizo alguna de las siguientes cosas durante su embarazo *más reciente*?

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

Z2. ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior ha hecho alguna de las siguientes cosas desde que nació su nuevo bebé?

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

Z8. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo(a) o pareja trató de evitar que usted usara su método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada? Por ejemplo, ¿escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

- No
- Sí

Z9. Durante alguno de los siguientes periodos, ¿su esposo(a) o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir insegura de alguna otra manera?

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

Z13. Desde que nació su nuevo bebé ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación le empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

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

	No	Sí
a. Mi esposo(a) o pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi ex esposo(a) o ex pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>State option (Otro miembro de la familia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>State option (Otra persona)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Z15. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo(a) o pareja se negó a usar un condón cuando usted quería que usara uno?

- No
 Sí
 No tenía una pareja en ese momento o mi pareja era del mismo sexo

Tobacco and Nicotine Product Use and Cessation

AA1. Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica le aconsejó que dejara de fumar?

- No
 Sí
 No recibí cuidado prenatal

AA2. Durante su embarazo más reciente, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparecen en la lista a continuación para dejar de fumar?

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

	No	Sí
a. Fijé una fecha específica para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usé un programa de mensajes de texto para que me ayudara a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Usé sitios web o aplicaciones para obtener ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Usé redes sociales para obtener ayuda para dejar de fumar (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Llamé a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Asistí a una clase o programa para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fui a consejería de ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Utilicé un parche, chicle, pastillas que se chupan, un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tomé una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tomé una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Traté de dejar de fumar por mi cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Otra opción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AA3. Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarla a dejar de fumar?

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

	No	Sí
a. Dedicó tiempo para hablar conmigo acerca de cómo dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me dio folletos, videos u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me remitió o envió a consejería de ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me preguntó si un familiar o un amigo(a) apoyaría mi decisión de dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Me remitió o envió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Me recomendó que usara o me recetó el chicle de nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me recomendó que usara o me recetó el parche de nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Me recomendó que usara o me recetó las pastillas de nicotina para chupar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Me recetó un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Me recetó una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para ayudarme a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Me recetó una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para ayudarme a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AA5. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas acerca de fumar dentro de su hogar durante su embarazo más reciente, incluso si nadie que vivía en su hogar fumaba?

Marque UNA respuesta

- A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de mi hogar
- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en todas partes dentro de mi hogar

AA6. ¿Dejó usted de fumar antes o durante su embarazo más reciente?

Marque UNA respuesta

- No
- No, pero fumaba menos
- Sí, dejé de fumar antes de enterarme de que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar cuando me enteré de que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar cuando ya estaba embarazada

AA7. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas acerca fumar dentro de su hogar *ahora*, incluso si nadie que vive en su hogar fuma?

Marque UNA respuesta

- A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi hogar
- Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permite fumar en todas partes dentro de mi hogar

AA8. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse usted, vivían en su hogar durante su embarazo más reciente?

___ Número de fumadores

AA9. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse usted, viven en su hogar actualmente?

___ Número de fumadores

AA10. ¿Alguna de las siguientes cosas le dificultaría dejar de fumar?

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

	No	Sí
a. El costo de los medicamentos o productos para ayudarme a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El costo de las clases para ayudarme a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Miedo a aumentar de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Perder una manera en que controlo el estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Otras personas fumando a mi alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Antojos de un cigarrillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Depresión que empeora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ansiedad que empeora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otra razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Experiences of Discrimination and Racism

BB1. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo, se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca

BB4. Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que pueda ser tratada o juzgada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca

BB5. Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia usted se ha sentido preocupada de que un ser querido, como su pareja, hijo(a) o padres fueran tratados o juzgados injustamente debido a su raza, grupo étnico o al color de su piel?

- Muy a menudo

- A menudo
- Rara vez
- Nunca

BB6. ¿Alguna vez se ha sentido discriminada, le han impedido hacer algo, la han molestado o la han hecho sentir que es inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?

Para cada una, marque **No**, si no se sintió que fue discriminada por esa razón, o **Sí**, si lo fue.

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

Physical Activity

CC1. Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?

Por ejemplo, caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar o hacer jardinería.

Marque UNA respuesta

- Menos de 1 día a la semana
- 1 a 2 días a la semana
- 3 a 4 días a la semana
- 5 o más días a la semana
- Mi proveedor de atención médica me dijo que no hiciera ejercicio

CC2. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?

Marque UNA respuesta

- Menos de 1 día a la semana
- 1 a 2 días a la semana
- 3 a 4 días a la semana
- 5 o más días a la semana
- Mi proveedor de atención médica me dijo que no hiciera ejercicio

Reproductive History

FF1. Durante los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?

- No
- Sí

FF4. ¿Cuál es la diferencia de edad entre su nuevo bebé y el hijo a quien usted dio a luz justo antes de tener a su nuevo bebé?

- De 0 a 12 meses
- De 13 a 18 meses
- De 19 a 24 meses
- Más de 2 años pero menos de 3
- De 3 a 5 años
- Más de 5 años

FF5. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

- No → **Pase a la pregunta #**
 Sí

FF6. El bebé que tuvo *justo antes* del recién nacido, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o menos cuando nació?

- No
 Sí

FF7. ¿El bebé que tuvo *justo antes* del recién nacido, nació *más* de 3 semanas antes de la fecha prevista para el parto?

- No
 Sí

Demographic Information Including Maternal Weight

II1. ¿Cuánto subió de peso durante su embarazo *más reciente*?

Marque UNA respuesta

- Aumenté: _____ libras **O**
_____ kilos
 No subí de peso durante mi embarazo
 No sé

II2. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Marque UNA respuesta

_____ pies Y
_____ pulgadas
O _____ centímetros

II3. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Marque UNA respuesta

_____ libras **O**
_____ kilos

II4. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

Mes/día/año
Mes: _____
Día: _____
Año: _____

Alcohol Consumption

JJ5. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

Marque UNA respuesta

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

JJ1. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?

Marque UNA respuesta

- 6 o más veces
 De 4 a 5 veces
 De 2 a 3 veces
 1 vez
 No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

JJ3. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?
Marque UNA respuesta

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

JJ2. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?
Marque UNA respuesta

- 6 o más veces
- 4 a 5 veces
- 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

JJ6. Durante su embarazo más reciente ¿algún proveedor de atención médica o visitadora al hogar le dijo que estaba bien beber un poco de alcohol durante el embarazo?

- No
- Sí

Disaster and Emergency Preparedness

KK1. Actualmente, ¿tiene usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre? Por ejemplo, usted y su familia han hablado de cómo estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

- No
- Sí

KK2. Durante su embarazo más reciente, ¿tenía usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre? Por ejemplo, usted y su familia han hablado de cómo estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

- No
- Sí

KK4. A continuación, tenemos una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre.

Para cada una, marque **No**, si no es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre, o **Sí**, si lo ha hecho.

	No	Sí
a. Tengo un lugar de encuentro con mis familiares (diferente a la hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi familia y yo hemos practicado qué hacer en caso de un desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tengo un plan acerca de cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tengo un plan de evacuación si necesito salir de mi hogar y mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tengo un plan de evacuación para mi hijo o hijos en caso de un desastre (permiso para que mi hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tengo copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de mi hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tengo suministros de emergencia en mi hogar para mi familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tengo suministros de emergencia en mi auto, en mi trabajo o en hogar para llevar conmigo en caso de que tenga que salir rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maternal Childhood Experiences

LL1. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le pueden haber ocurrido a usted

durante su infancia, antes de cumplir los 18 años.Para cada una, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Antes de cumplir los 18 años...		
a. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, con enfermedad mental o suicida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Vivió con alguien que tenía un problema con el consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Fue separada de un padre o tutor legal porque fue a la cárcel, prisión o centro de detención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Sus padres u otros adultos en su hogar se abofeteaban, golpeaban, pateaban, pegaban o golpeaban entre sí?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Un padre u otro adulto en su hogar la golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Alguno de sus padres u otro adulto en su hogar la insultó o menospreció?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de cumplir los 18 años...		
g. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted le hizo hacer cosas sexuales que usted no quería hacer (como besarse, tocarse o tener relaciones sexuales)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por satisfacer necesidades básicas de usted, como velar por su seguridad y asegurarse de que tuviera ropa limpia y suficiente para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de cumplir los 18 años...		
j. ¿Sintió que fue tratada mal o injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Alguna vez sintió que la trataron mal o injustamente porque es o porque la gente pensaba que era de la comunidad LGBTQIA+? Esto podría incluir ser tratada mal debido al sexo o género al que está sexualmente atraída o porque expresa su género de una manera diferente a lo que la gente espera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Vio usted a alguien ser atacado físicamente, golpeado, apuñalado o que le dispararan en su vecindario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Estaban sus padres o tutores legales divorciados o separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LL2. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le pueden haber ocurrido a usted durante su infancia, antes de cumplir los 18 años.Para cada una, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Antes de cumplir los 18 años...		
a. ¿Se sentía que podía hablar con un adulto en su familia u otro adulto que se preocupara por usted acerca de sus sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Se sentía que podía hablar con un amigo acerca de sus sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tuvo un sentido de pertenencia en la escuela secundaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disability**002. Debido a una afección o condición de salud física, mental o emocional, ¿tiene dificultades cuidando de usted misma o de su recién nacido?**

- No
 Sí

Sexual Orientation and Gender Identity**PP1. ¿Cómo describiría su género?**

- Femenino
 Masculino
 Hombre trans o transgénero
 "Genderqueer" o de género no conforme
 Prefiere autodescribirlo
 ↳ Por favor, díganos: _____

PP2. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

- Heterosexual
 Lesbiana o gay
 Bisexual
 Prefiere autodescribirla
 ↳ Por favor, díganos: _____

Disaster Supplement

KK5. ¿Estaba usted viviendo o quedándose en una zona que fue afectada por un desastre en el último año? Esto podría ser un desastre natural como un huracán, un tornado, un terremoto, etc., o un desastre causado por el hombre, como una explosión, un derrame químico, etc.

- No → **Pase al final**
 Sí

KK6. ¿Cómo describiría usted los daños a su hogar causados por el huracán o desastre?
Marque UNA respuesta

- Mi casa no se dañó
 Mi casa tuvo daños menores, pero las áreas de residencia eran aun habitables
 Mi casa tuvo daños mayores
 Mi casa fue destruida

KK7. ¿Experimentó usted algunas de las siguientes cosas por causa del desastre?

	No	Sí
a. Usted sintió que su vida estaba en peligro cuando ocurrió el desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usted se lesionó o enfermó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Algún miembro de su casa se lesionó o enfermó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Usted caminó a través de los escombros o del agua de inundación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usted estuvo sin electricidad por una semana o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Alguien cercano a usted murió en el desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Usted vio morir a alguien en el desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Usted estuvo viviendo en una vivienda temporal o en condiciones a las que no estaba acostumbrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Usted perdió pertenencias personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Usted tuvo que separarse de seres queridos con quienes se siente cercana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Usted tuvo problemas para obtener servicios o ayuda del gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Usted tuvo problemas lidiando con seguros o agencias de ayuda en casos de desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Usted tuvo problemas para obtener agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Usted tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Usted se sintió insegura por causa de la falta de orden y seguridad después del desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KK8. Desde el desastre, ¿dónde buscaba PRIMERO para información confiable sobre el desastre y los esfuerzos de limpiar y recuperar?

Marque UNA respuesta

- La televisión
 El radio
 Mensajes de text
 Vecinos o información de otra gente
 Anuncios puestos en lugares públicos
 Periódicos locales
 Sitios de redes sociales como Facebook
 Sitios de la web
 Otra fuente
 ↳ Por favor, díganos: _____
 Otra fuente
 ↳ Por favor, díganos: _____

KK9. Desde el desastre, ¿cómo describiría la cantidad de trabajo físico fuerte que usted tiene que hacer para cuidar su hogar y patio en comparación con el trabajo que hacía antes del huracán o desastre?

Marque UNA respuesta

- Mucho más trabajo físico desde el huracán
 Un poco más de trabajo físico desde el huracán
 La misma cantidad de trabajo físico
 Menos trabajo físico desde el huracán
 No hago ningún trabajo físico en la casa

KK10. ¿Usted o cualquier otro miembro de su hogar recibió alguno de los siguientes tipos de ayuda como parte de los esfuerzos de recuperación?

Para cada una, marque **No**, si usted o su familia no la recibió, o **Sí**, si la recibió.

	No	Sí
a. Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Refugio o un lugar para quedarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ayuda financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Servicios de transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KK11. Desde el desastre, ¿ha sentido que necesita servicios de salud mental tales como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarlo con sus sentimientos de ansiedad, depresión, dolor, u otros problemas?

- No → Pase a la Pregunta KK14
 Sí

KK12. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- No
 Sí → Pase a la Pregunta KK14

KK13. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera los servicios de salud mental que necesitaba después del desastre?
Marque TODAS las que correspondan

- No era seguro viajar por las condiciones de las calles
 Estaba enferma o se lesionó y no pudo viajar
 Tenía miedo de irme del lugar donde me estaba quedando
 No sabía dónde podría recibir los servicios
 Servicios no estaban disponibles por el daño de las clínicas por causa del desastre
 No podía conseguir una cita cuando quería
 Me preocupaba lo que pensara la gente si yo fuera
 No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por los servicios
 No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela
 No tenía quién cuidara a mis hijos u otros miembros de la familia
 Estaba demasiado ocupada en otras cosas

↳ Por favor, díganos: _____

KK14. Desde que ocurrió el desastre, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitara?

Para cada uno, marque **No**, si no la tendría, o **Sí**, si la tendría.

	No	Sí
a. Alguien que me preste \$50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alguien que me ayude si estuviese enferma y necesitara quedarme en cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alguien con quien pueda hablar sobre mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KK15. Antes del desastre, ¿tuvo usted un plan de emergencia para su familia en caso de un

- desastre?** Por ejemplo, usted y su familia han hablado de como estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.
- No
- Sí

KK1 **6.** ***Antes del desastre, ¿había hecho alguna de las siguientes cosas para prepararse ante un desastre?***

Para cada uno, marque **No**, si no es algo que había hecho para prepararse ante un desastre, o **Sí**, si lo había hecho.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tenía un lugar de encuentro con mis familiares (diferente a la casa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usted y su familia habían practicado qué hacer en caso de un desastre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía un plan sobre cómo mantenernos en contacto con la familia si nos separamos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tenía un plan de evacuación si necesito salir de la casa y su comunidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tenía un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre (permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tenía copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de su casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tenía suministros de emergencia en mi casa para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tenía suministros de emergencia en su auto, en su trabajo o en casa para llevar en caso de que tenga que salir rápidamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Environmental Exposures Supplement

NN1 **Durante su embarazo *más reciente*, ¿con qué frecuencia consumió grandes cantidades de róbalo, atún, tiburón, caballa o verdel, o pez espada?**

- 3 o más veces por semana
- 1 a 2 veces por semana
- 1 a 3 veces por mes
- Menos de una vez al mes
- No consumí esos pescados durante mi embarazo → **Pase a la Pregunta X**

NN2 **¿Dónde obtuvo las grandes cantidades de róbalo, atún, tiburón, caballa o pez espada que consumió durante su embarazo?**

Marque TODAS las que correspondan

- En la tienda de comestibles o supermercado
- En un mercado de pescados y mariscos, una pescadería o un mercado agrícola
- En un restaurant
- Los pescó usted o alguien más del mar
- Los pescó usted o alguien más en un río, riachuelo, lago o estanque local
- Los pescó usted o alguien más de uno de los Grandes Lagos de los EE. UU.

Otro

↳ Por favor, díganos: _____

NN3 Durante su embarazo *más reciente*, ¿usó o tuvo contacto con alguno de los siguientes productos todos los días o la mayoría de los días en su casa o durante su trabajo?

En cada caso, marque **No**, si no lo usó todos los días, o **Sí**, si lo usó.

- Desengrasantes fuertes como limpiadores de hornos o desengrasantes potentes.
- Limpiador de muebles o betún de zapatos
- Productos blanqueadores o con cloro sin tener buena ventilación
- Ropa lavada en seco recientemente
- Ambientadores o desodorantes ambientales, incluidos los que se enchufan en los tomacorrientes, o incienso
- Perfume o desodorante con olor fuerte
- Pintaúñas con olor fuerte

NN4 Durante su embarazo *más reciente*, en promedio, ¿con qué frecuencia consumió alimentos que calentó en recipientes plásticos en el microondas?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2 a 6 veces por semana
- Una vez a la semana
- Menos de una vez por semana
- Nunca

NN5 Durante alguna de sus visitas de control prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le hablaron sobre alguna de las cosas enumeradas abajo? Por favor cuente solo las conversaciones, no los materiales de lectura o videos.

En cada caso, marque **No**, si nadie le habló de eso, o **Sí**, si alguien lo hizo.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo puede afectar a mi bebé mi exposición al plomo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo puede afectar a mi bebé el uso de pesticidas, que son sustancias químicas que matan insectos, roedores o malezas, durante el embarazo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cómo pueda afectar a mi bebé el usar botellas para agua o de otro tipo hechas con plásticos de policarbonato (BPA, número de reciclaje 7) durante el embarazo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NN6 Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo responder las preguntas sobre las exposiciones ambientales?

- No
- Sí
- No preguntó mi profesional de salud ninguna pregunta sobre las exposiciones ambientales
- No tuve ninguna preocupación sobre las exposiciones ambientales