

**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 Phone Questionnaire - Spanish

Cuestionario Telefónicas 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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**A2. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad para que le ayudara a quedar embarazada de su *nuevo* bebé?** Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Utilizó \_\_\_\_ para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé?)

- Medicamentos para aumentar la fertilidad recetados por un médico para estimular la ovulación
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina, que son tratamientos en que se colecta y coloca el semen, NO los óvulos, quirúrgicamente dentro del útero
- Tecnología de reproducción asistida, como 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)
- ¿Utilizó otro tratamiento para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué utilizó?  
**ENTREVISTADORA:** Pase a la siguiente pregunta si la madre contestó Sí a alguno de los tratamientos mencionados antes.  
**ENTREVISTADOR:** Seleccione la siguiente opción si la mamá **NO** utilizó tratamientos de fertilidad
- No** utilizó tratamientos de fertilidad

**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.  
¿Fue entre \_\_\_\_?

- 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
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**A5. ¿Cuántos ciclos de tratamientos de fertilidad, completos o incompletos, recibió antes de quedar embarazada de su *nuevo* bebé?** ¿Fue \_\_\_\_?

- 1 ciclo
- 2 a 3 ciclos
- 4 a 6 ciclos
- 7 o más ciclos
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Breastfeeding

**B1. ¿Cuáles fueron sus razones para no amamantar a su nuevo bebé?**

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

¿Fue porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** ¿Fue esta una razón por la que usted no amamantó a su nuevo bebé?)

- Estaba enferma o tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No le gustó amamantar
- Trató, pero era demasiado difícil
- No quería
- Regresó al trabajo
- Regresó a la escuela
- ¿Tuvo otra razón por la que no amamantó a su bebé?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

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

**B2. ¿Cuáles fueron sus razones para dejar de amamantar?**

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_? **(PREGUNTE:** ¿Fue ésta una razón por la que dejó de amamantar a su nuevo bebé?)

- Su bebé tenía problemas pegándose al pecho o para mamar
- Su bebé no estaba satisfecho con leche materna solamente
- Pensaba que su bebé no estaba aumentando suficiente peso
- Tenía los pezones adoloridos, agrietados o le sangraban, o era demasiado doloroso
- Pensaba que no estaba produciendo suficiente leche o se le había secado la leche
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- Sintió que ya era el momento adecuado para dejar de amamantar
- Se enfermó o tuvo que dejar de amamantar por razones médicas
- Regresó al trabajo
- Regresó a la escuela
- Su esposo(a) o pareja no la apoyaba para que amamantara
- Su bebé tenía ictericia, que es cuando tiene un color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos
- ¿Tuvo otra razón por la que dejó de amamantar a su nuevo bebé?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

**SALTE:** 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 siguientes cosas?**

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

**(PREGUNTE:** ¿Esto sucedió en el hospital donde nació su nuevo bebé?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NS/ NR</b>
a.	El personal del hospital habló con usted sobre cómo amamantar, por ejemplo, cuándo y por cuánto tiempo hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Su bebé se quedó con usted en el mismo cuarto en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	El personal del hospital la ayudó a aprender cómo amamantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Amamantó a su bebé lo antes posible después de que nació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Su bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Su bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	El personal del hospital le ayudó a reconocer cuando su bebé tenía hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	El hospital le dio un paquete de regalo que incluía fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	El hospital le dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	El personal del hospital la operó, le ligaron o bloquearon las trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	El personal del hospital le puso un dispositivo intrauterino o DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l.	El personal del hospital le puso un implante anticonceptivo en el brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	El personal del hospital le puso una inyección anticonceptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál la describe mejor a usted. (**PREGUNTE:** Repita la pregunta según sea necesario).

- Sabía que quería amamantar
- Pensaba que podría amamantar
- Sabía que **no** amamantaría
- No sabía qué iba a hacer al respecto  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**B9. Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿sucedieron alguna de las siguientes cosas?**

Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

- ¿Alguien aclaró sus dudas acerca de amamantar o dar pecho?
- ¿Le ofrecieron una clase sobre cómo amamantar o dar pecho?
- ¿Asistió a una clase sobre cómo amamantar o dar pecho?
- ¿Decidió o planificó darle *únicamente* leche materna a su bebé?
- ¿Habló con familiares y amigos sobre darle *únicamente* leche materna a su bebé?
- ¿Habló con su proveedor de atención médica sobre darle *únicamente* leche materna a su bebé?
- ¿Decidió no amamantar a su bebé?  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**

(**PREGUNTE:** Más o menos, ¿cuántas semanas o meses de nacido?)

**(No lea)**

- Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)
- Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
- El bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- El bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna
- Se rehusó

- No sabe/No recuerda

**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?**

(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o meses de nacido?)

(No lea)

- Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)
- Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
- El bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- El bebé no ha comido alimentos
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**B13. Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted alguno de los siguientes tipos de ayuda para amamantar o dar pecho?**

(PREGUNTE: Después de que nació su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		N o	Sí	Se rehusó	NS/ NR
a.	¿Tenía a alguien que respondiera sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Recibió ayuda para poner al bebé en la posición correcta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Recibió ayuda para saber si su bebé estaba tomando suficiente leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Recibió ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Recibió información sobre dónde conseguir un extractor de leche materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	¿Recibió ayuda para usar el extractor de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	¿Recibió información sobre grupos de apoyo para la lactancia materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Recibió algún otro tipo de ayuda para amamantar a su nuevo bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué ayuda fue esa?</b>					

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

(No lea)

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**B16. ¿Dónde consiguió la bomba de lactancia que usa para alimentar a su nuevo bebé?**

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

- ¿La obtuvo gratis del Programa WIC?
  - ¿El hospital se la dio gratis?
  - ¿Se la regalaron o prestaron?
  - ¿Su seguro médico la pagó?
  - ¿La compró o alquiló?
  - Ya tenía una que había usado con otro hijo
  - ¿La consiguió de algún otro lugar?
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿De dónde?**

**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, responda **Sí** o **No**. (PREGUNTE: Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de \_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		N o	Sí	Se rehusó	NS/ NR
a.	Un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Una enfermera o partera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<i>Doula</i> o asistente de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Una especialista en lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	El médico o proveedor de atención médica de su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f.	Un grupo de apoyo para la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Una línea gratuita o línea de ayuda telefónica para la lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Alguna otra fuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál fue?				

## Occupational Status and Workplace Leave

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

Voy a leer 3 opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- No, usted no asiste a la escuela ni trabaja → **Pase a la pregunta #**
- Sí, usted va a la escuela o trabaja fuera del hogar
- Sí, usted asiste a la escuela o trabaja desde su hogar  
**(No lea)**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

### 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?

¿Es \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Quién cuida a su nuevo bebé la mayoría del tiempo cuando usted está en la escuela o en el trabajo?)

- Su esposo(a) o pareja
  - Los abuelos de su 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
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Quién es la persona?  
Su bebé está con usted cuando está en la escuela o en el trabajo → **Pase a la pregunta #**  
**(No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí  
**(No lea)**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

Voy a leer 3 opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- No, y no planea regresar → **Pase a la pregunta #**
- No, pero va a regresar
- Sí, ya regresó  
**(No lea)**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

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

- Tomó licencia *remunerada* en el trabajo
- Tomó licencia *no remunerada* en el trabajo
- Site-specific options (Leave or disability programs)*
- ¿Diría usted que no tomó ninguna licencia de su trabajo después del nacimiento de su bebé?  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

¿Diría que fue \_\_\_\_\_?

- Muy poco tiempo
- El tiempo suficiente
- Demasiado tiempo
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

		<b>(No lea)</b>			
		<b>N</b>	<b>S</b>	<b>Se</b>	<b>NS/</b>
		<b>o</b>	<b>í</b>	<b>rehusó</b>	<b>NR</b>
a.	Económicamente no le fue posible tomar una licencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Tenía miedo de perder su trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo de licencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarse licencia o más tiempo de licencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Su trabajo no tiene licencia remunerada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Su trabajo no ofrece horarios flexibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

¿Diría usted que \_\_\_\_?

- No, no tomó tiempo libre
- Sí, tomó licencia *remunerada* del trabajo
- Sí, tomó licencia *no remunerada*
- Sí, tomó licencia *remunerada y no remunerada*
- Su esposo(a) o pareja no tenía un empleo a sueldo
- Usted no tenía esposo(a) o pareja
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses en total?)**

**(No lea)**

- Cantidad de semanas
- Cantidad de meses
- Menos de 1 semana
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Contraception

**SALTE: Si ella no estaba haciendo nada para evitar el embarazo, pase a la pregunta #.**

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

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

- 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)
- ¿Estaba usando algún otro método para evitar el embarazo?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál método?

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **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 lea)**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

Para cada una, responda **SÍ** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Una de las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo fue porque \_\_\_\_?)

- A usted no le preocupaba si quedaba embarazada
- Usted pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- Usted no quería usar anticonceptivos
- El método anticonceptivo que usted estaba usando le producía efectos secundarios
- Usted tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería
- Pensaba que usted, o su esposo o pareja era estéril, que era imposible que quedara embarazada
- Su esposo(a) o pareja no quería usar condones
- Su esposo(a) o pareja no quería que usted usara anticonceptivos
- Se le olvidó usar algún método anticonceptivo
- ¿Había alguna otra razón por la que usted, o su esposo(a) o pareja no estaban haciendo algo para evitar el embarazo?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue esa razón?

## Infant Sleep Environment

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

- Con usted
- Con su esposo(a) o pareja
- Un abuelo
- El gemelo de su bebé

- Un hermano(a) mayor
  - Con otra persona
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Con quién?

**SALTE:** Si el 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, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>N o</b>	<b>S í</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NS/ NR</b>
a.	En su espalda o boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En una cuna, moisés o cuna portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sin una manta, juguetes suaves, cojines o almohadas en la cuna o cama de su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Que colocara en su habitación la cuna, moisés o cuna portátil de su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?**

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Obtuvo información sobre cómo acostar a su bebé a dormir \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NS/ NR</b>
a.	Durante una visita prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En el hospital, cuando nació su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Durante un chequeo de salud de su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Durante una visita de atención posparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Recibió la información en otro sitio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Dónde?					

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

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NS/ NR</b>
a.	Su médico de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Su ginecólogo obstetra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Una enfermera o partera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Una <i>duola</i> o asistente de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	El médico o proveedor de atención médica de su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿De otras fuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Quién?					

## 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?**

Por favor dígame cuál le corresponde a usted. (**PREGUNTE:** Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

- Usted no tomó 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

**(No lea)**

- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**

¿Fue porque \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Fue esta una razón por la que usted no tomó multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?)

- No estaba planeando quedar embarazada
- No pensó que necesitara tomar vitaminas
- No quería tomar vitaminas
- Las vitaminas eran demasiado caras
- Las vitaminas le producían efectos secundarios, tales como náuseas o estreñimiento
- ¿Hubo alguna otra razón?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue esa razón?

**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?**

Por favor dígame cuál le corresponde a usted. (**PREGUNTE:** Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

- No tomó 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
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

Por favor dígame cuál le corresponde a usted. (**PREGUNTE:** Más o menos, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?)

- No tomó 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
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- Cero porciones o ninguna
  - 1 o 2 porciones al día
  - 3 o 4 porciones al día
  - 5 o más porciones al día
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- Cero porciones o ninguna
  - 1 o 2 porciones al día
  - 3 o 4 porciones al día
  - 5 o más porciones al día
- (No lea)**

- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Health Insurance

### Infant Health Insurance Coverage

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

¿Tiene su nuevo bebé \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé?)

- Seguro médico privado pagado por usted, otra persona o que tiene 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-specific (TRICARE u otro seguro médico militar)*
- Site-specific (IHS o tribal)*
- ¿Tiene su nuevo bebé algún otro tipo de seguro médico?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál es?

¿Diría usted que su nuevo bebé no tiene ningún seguro médico?

**ENTREVISTADORA:** Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque Sí.

## 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 bebé?

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

- El seguro médico era demasiado caro
- No pudo obtener seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo(a) o pareja
- Solicitó el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuvo problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Sus ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Sus 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)*
- ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

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

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

- El seguro médico era demasiado caro
- No pudo conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo(a) o pareja
- Solicitó el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuvo problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Sus ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- Sus 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)*
- ¿Hubo alguna otra razón por la que no tenía seguro médico durante su embarazo más reciente?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

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

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

- El seguro médico es demasiado caro
- No puede conseguir seguro médico de su trabajo ni del trabajo de su esposo(a) o pareja
- Solicitó el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- Tuvo problemas con la solicitud del seguro o el sitio de Internet
- Sus ingresos son demasiado altos para ser elegible para Medicaid

- Sus 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 sabe cómo obtener seguro médico
- State-specific (No tiene la ciudadanía estadounidense o no tiene los documentos de residencia adecuados)*
- ¿Hay alguna otra razón por la que no tiene seguro médico ahora?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál es la razón?

## 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, responda **SÍ** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un proveedor de atención médica que tenía \_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		No	SÍ	Se rehusó	NS/NR
a.	Verrugas genitales o VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Enfermedad inflamatoria pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Estreptococos del grupo B o estreptococo beta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Vaginosis bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Tricomoniasis o tric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Infección vaginal por hongos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Infección de las vías urinarias o IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	¿Le dijeron que tenía alguna otra infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI CONTESTA QUE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál?					

### 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 lea)

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**

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

¿Fue porque \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Por qué no se hizo usted la prueba del VIH durante su embarazo o parto más reciente?)

- No le ofrecieron la prueba
- No quiso hacerse la prueba
- Usted ya sabía si tenía o no el VIH
- No pensó que estuviera en riesgo de contraer el VIH
- No quería que la gente pensara que usted estaba en riesgo de contraer el VIH
- Le temía al resultado
- Le hicieron la prueba antes de este embarazo y no pensó que necesitara hacérsela de nuevo
- ¿Hay alguna otra razón por la que no se hizo la prueba para detectar el VIH durante su embarazo o parto más reciente?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

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

¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

- ¿No está haciendo nada?
- ¿Está usando condones?
- ¿Se está haciendo pruebas de ITS/VIH?
- ¿Está practicando la monogamia mutua que es cuando una pareja solo tiene relaciones sexuales entre sí
- ¿Está haciendo otra cosa?

**SI CONTESTA SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué está haciendo?  
(No lea)

- Se rehusó
- No sabe /No recuerda

## Postpartum Care

**J3. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?**  
Para cada una, responda **Sí** o **No** ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta
- Se sentía bien y no pensó que necesitara ir a la consulta
- No pudo 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 pudo conseguir que le dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela
- No tenía a nadie que le ayudara a cuidar a sus niños
- El consultorio del médico estaba demasiado lejos
- ¿Había otra razón?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué impidió que tuviera un chequeo posparto?

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

Para cada opción, dígame si recibió o no atención, o dígame si no tenía la afección o condición de salud. (**PREGUNTE:** Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido atención para \_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		N o	Sí	Se rehusó	NS/ NR
a.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Hipertensión o presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Afecciones cardíacas o del corazón, como 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"/>	<input type="checkbox"/>

**J7. Para las siguientes preguntas, por favor responda **Sí** o **No**. En general, desde que nació su nuevo bebé...**

		(No lea)			
		N o	Sí	Se rehusó	NS/ NR
	¿Se ha sentido...?				
	¿CÓmoda haciendo preguntas sobre la atención posparto que estaba recibiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿CÓmoda aceptando las opciones de cuidado que su proveedor de atención médica le recomendaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Se ha sentido...? ¿Que podía elegir las opciones de atención médica que recibió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Qué sus proveedores la trataron con respeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Se ha sentido...? ¿Satisfecha con la atención posparto que recibió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?**

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (PREGUNTA: ¿Fue esta una razón por la cual no tuvo un chequeo médico en los 12 meses antes de quedar embarazada?)

- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro para pagarlo
- Se sintió bien y no pensó que necesitara un chequeo
- No pudo conseguir una cita cuando la quería
- No tenía ningún medio de transporte para llegar al centro médico o al consultorio del médico
- Tenías muchas otras cosas que estaban pasando
- No podía tomar tiempo libre del trabajo o la escuela
- No tenía a nadie que la ayudara a cuidar a sus hijos
- El consultorio del médico estaba demasiado lejos
- ¿Hubo otra razón por la que no tuvo ningún chequeo médico en los 12 meses antes de quedar embarazada?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

## Labor and Delivery

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

- Parto vaginal
- Parto por cesárea
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

### K4. ¿Cómo le sugirió su proveedor de atención prenatal que diera a luz a su nuevo bebé? Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- Le sugirió que tuviera a su bebé por parto vaginal o natural
- Le sugirió que tuviera a su bebé por cesárea
- No le sugirió un tipo de parto para tener a su bebé
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

### K6. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea? Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- Su proveedor de atención médica recomendó la cesárea **antes** de su parto
- Su proveedor de atención médica recomendó que tuviera una cesárea cuando ya estaba en trabajo de parto
- Usted pidió la cesárea
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_? (PREGUNTE: ¿Nació su nuevo bebé por cesárea porque \_\_\_\_\_?)

- Usted había tenido anteriormente un parto por cesárea
- Su bebé estaba en mala posición, como de nalgas
- Se había pasado la fecha prevista del parto
- A su proveedor de atención médica le preocupaba que su bebé estaba demasiado grande
- El parto era peligroso para usted debido a afección o condición de salud, tal como una afección o condición de salud cardíaca o una discapacidad física
- Usted tuvo una complicación del embarazo, tal como preeclampsia, problemas con la placenta, infección o parto prematuro
- Su proveedor de atención médica trató de inducir su parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal mostró que su bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)

- Usted deseaba programar el parto
- No quería un parto vaginal para dar a luz a su bebé
- ¿Hubo alguna otra razón?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

**K8. ¿Planificó o programó un parto por cesárea por lo menos una semana antes de que naciera su nuevo bebé?**  
**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**

**K10. ¿Por qué trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto?**  
Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Trató su proveedor de atención médica de inducirle el parto porque \_\_\_\_\_?)

- Rompió fuente y estaban preocupados por el riesgo de infección
- Se había pasado la fecha prevista del parto
- Su proveedor de atención médica estaba preocupado por el tamaño del bebé
- El bebé no estaba bien y necesitaba nacer
- Tuvo una complicación en el embarazo, como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia
- Deseaba programar su parto
- Deseaba que la atendiera un proveedor de atención médica en particular
- ¿Hubo otra razón?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

**K16. Después del parto, ¿estuvo su bebé en una unidad de cuidados intensivos neonatales o UCIN (“NICU”)?**  
**(No lea)**

- No
- Sí
- No sabe/No recuerda
- Se rehusó

**K17. Para las siguientes preguntas, responda **Sí** o **No**. En general, durante el parto de su bebé, ¿se sintió...?**

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NS/ NR</b>
a.	¿Cómoda haciendo preguntas sobre la atención médica que recibió <i>durante el parto y el nacimiento</i> de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Cómoda si rechazaba atención médica que me ofrecían?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que su proveedor le recomendó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Se sintió... que podía elegir las opciones de atención que recibió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Que los proveedores la trataron con respeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	¿Se sintió... Satisfecha con la atención médica y los cuidados que recibió <i>durante el parto y el nacimiento</i> de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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  
**(No lea)**  
 Se Rehusó  
 No sabe/No recuerda

**L11.**

		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NS/ NR
e.	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Anemia o bajo nivel de hierro en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Síndrome de ovario poliquístico o PCOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**  
 Sí  
 Se rehusó → **Pase a la pregunta #**  
 No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la pregunta #**

**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, responda **Sí** o **No**.

		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NS/ NR
a.	Vacunarse antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Recibir consejería sobre enfermedades genéticas que se han dado en su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Recibir consejería o tratamiento para la depresión o la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Cómo el usar medicamentos que no fueron recetados para usted podría afectar al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, responda **Sí** o **No**. ¿Usted \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿usted \_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NS/ NR
a.	Estaba a dieta o cambiando sus hábitos alimenticios para bajar de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de su trabajo normal para estar en forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Estaba tomando medicamentos recetados regularmente, aparte de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Fue a ver a un proveedor de atención médica y le chequearon si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	tenía diabetes				
e.	Habló con un proveedor de atención médica sobre los antecedentes de salud de su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vaccinations

### Maternal

**L14. ¿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, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿No se puso la vacuna contra la influenza porque \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Su doctor no le mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Le preocupaban los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza le podría causar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Le preocupaba que la vacuna contra la influenza pudiera hacerle daño a su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	No estaba preocupada de enfermarse de influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	No cree que la vacuna contra la influenza funciona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Normalmente no se pone la vacuna contra la influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	¿Hubo alguna otra razón por la que no se puso la vacuna contra la influenza durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál fue la razón?					

**L19. ¿Dónde se vacunó contra la influenza?**

Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál corresponde a usted. ¿Se fue a vacunar en \_\_\_\_\_?

- El consultorio de su ginecólogo obstetra
  - El consultorio de su 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
  - Su trabajo o escuela
  - ¿Se puso la vacuna contra la influenza en otro lugar?
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Dónde?  
**(No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

### Child Vaccinations

**L33. ¿Cuáles son sus planes para vacunar a su nuevo bebé?**

Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál corresponde a usted. ¿Diría que \_\_\_\_\_?

- Su bebé recibirá las vacunas según su médico las recomiende
  - Su bebé recibirá todas las vacunas, pero en tiempos diferentes a los recomendados por su médico
  - Su bebé recibirá solo algunas de las vacunas recomendadas
  - Su bebé no será vacunado
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

### 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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

**(No lea)**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

Para cada una, responda **SÍ** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Usted no recibió los servicios de salud mental que necesitaba porque \_\_\_\_\_?)

- No podía pagar el costo
- Su seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental
- Su seguro médico no paga suficiente para servicios de salud mental
- No sabía a donde ir para obtener servicios
- Le preocupaba que la información que le daría al consejero no se mantuviera confidencial
- No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento
- Le preocupaba que la internaran en un hospital psiquiátrico
- Le 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
- ¿Hubo alguna otra razón por la que no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue?

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

Voy a leer una lista de opciones. Por favor indique cuál describe mejor como usted se sentía.

- Una de las épocas más felices de su vida
  - Una época feliz con ciertos problemas
  - Una época un poco difícil
  - Una época muy difícil
  - Una de las épocas más difíciles de su vida
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## 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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

**(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuántas semanas o cuántos meses?)**

**(No lea)**

- Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (Range: 1-40 weeks) O
- Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (Range: 1-9 months)
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

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

**¿Fue \_\_\_\_\_?**

- Siempre → **Pase a la pregunta #**
- A menudo → **Pase a la pregunta #**
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Ayuda con el cuidado de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ayuda con las tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Saber que no perdería su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Dinero para compensar el tiempo sin trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Hay otro tipo de apoyo que le hubiera ayudado a poder quedarse en cama durante el tiempo recomendado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál hubiera sido?</b>					

**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-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?****(No lea)**

- No  
 Sí  
 No sabe/ No recuerda  
 Se rehusó

**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, responda **Sí** o **No**. ¿Un proveedor de atención médica \_\_\_\_\_?

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	La refirió a un especialista en nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Habló con usted acerca de la importancia de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Habló con usted acerca de cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Habló con usted acerca del riesgo de presentar diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N9. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo más reciente?**Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Tuvo \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** ¿Tuvo \_\_\_\_\_ durante su embarazo más reciente?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Infección de riñón o vejiga, o infección de las vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuvo que ir al médico o al hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tuvieron que coserle el cuello uterino, lo que también se conoce como cerclaje por insuficiencia cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Contracciones o dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto o parto prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto, lo que también se conoce como ruptura de aguas de manera prematura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Le hicieron una transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Se lastimó en un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**  
 Sí  
 Se rehusó → **Pase a la pregunta #**  
 No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**O7. ¿Ha sentido algo de lo siguiente durante su embarazo o después del nacimiento de su bebé?**Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo o después del nacimiento de su bebé, ¿ \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Ha sentido que algo no estaba bien con su salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ha sentido que sus preocupaciones acerca de su salud no han sido tomadas en serio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Ha sentido que su médico ignoraba sus preocupaciones acerca de su salud o sus síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 periodo, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Durante los 12 meses antes de su embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Durante su embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Desde que nació su nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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?**  
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Durante los 12 meses antes de quedar embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Durante su embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Durante su hospitalización para el parto y nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Desde que nació su nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**P17. Durante los 12 meses antes de que naciera 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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**  
¿Diría que tenía \_\_\_\_\_?

- Suficiente de los tipos de comida que usted quería comer → **Pase a la pregunta #**

- Suficiente, pero no siempre el tipo de comida que usted quería comer → **Pase a la pregunta #**
- A veces no había suficiente para comer
- A menudo no había suficiente para comer  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**P21. ¿Por qué no tuvo suficiente para comer?**

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE**: ¿Diría usted que no tuvo suficiente para comer porque \_\_\_\_\_?)

- 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 le impedían salir)
- Tenía miedo de ir o no quería salir a comprar comida
- No pudo lograr que le 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.

¿Diría que fue \_\_\_\_\_?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**P23. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?**

¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

- Tiene un lugar estable para vivir
- Tiene un lugar para vivir hoy, pero le preocupa perderlo en el futuro
- No tiene un lugar estable para vivir, por ejemplo, se está 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  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

¿Diría que \_\_\_\_\_?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## 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?**

¿Se sintió insegura \_\_\_\_\_?

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

**(No lea)**

- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Family Planning

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

- Estaba tratando de quedar embarazada
  - Estaba tratando de no quedar embarazada pero no estaba haciendo mucho por evitarlo
  - Se estaba esforzando bastante por evitar quedar embarazada
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

**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?**  
¿Su esposo(a) o pareja \_\_\_\_\_?

- Quería que usted quedara embarazada
  - Le daba igual si usted quedaba embarazada o no
  - Preferiría que usted no quedara embarazada
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

- 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 sabe
  - No tenía esposo(a) o pareja
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

**Q4. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?**  
Voy a lea una lista de opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted. ¿Usted quería esperar \_\_\_\_\_?

- 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
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	¿Le preocupaba no saber lo suficiente acerca cómo cuidar a un bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Pensó que un nuevo bebé le impediría hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Le gustaba la idea de enseñar y cuidar a un nuevo bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e.	¿Esperaba con gusto decirles a sus amigas que estaba embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	¿Le preocupaba no tener suficiente dinero para cuidar a un bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	¿No quería decirles a sus amigas que estaba embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Esperaba con gusto comprar cosas para un nuevo bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Muy infeliz de estar embarazada
- Infeliz de estar embarazada
- No estaba segura
- Feliz de estar embarazada
- Muy feliz de estar embarazada
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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.  
¿Estuvo tratando \_\_\_\_?

- De 0 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- De 7 a 12 meses
- De 13 a 24 meses
- Más de 24 meses
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Prenatal Care

**R24. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?**  
**(PREGUNTE:** ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted?)  
**(No lea)**

- Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)
- Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**R20. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?**  
**(No lea)**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_? **(PREGUNTE:** ¿La razón por la que no obtuvo cuidado prenatal cuando quería fue porque \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	No podía conseguir una cita cuando quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	El médico o su plan de salud no empezaría a darle atención tan pronto como usted quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Tenía muchas otras cosas que estaban pasando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	No tenía su tarjeta de Medicaid (o state Medicaid name)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	No tenía quién cuidara a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i.	No sabía que estaba embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	No quería que nadie supiera que estaba embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	No quería recibir cuidado prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	El consultorio del médico quedaba muy lejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- No sabe/ No recuerda
- Se rehusó

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se Rehusó
- No Sabe/ No Recuerda

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

- Un consultorio médico privado
- Un centro médico de un hospital
- Un centro médico del departamento de salud
- State-specific
- State-specific
- ¿O fue a otro lugar?
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿A dónde fue?**
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

**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, responda **Sí** o **No**. ¿Habló alguien con usted acerca de \_\_\_\_\_?

		No lea			
		No	Sí	Se rehusó	NSN R
a.	Alimentación saludable durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	El ejercicio durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Programas o recursos para ayudarle a aumentar la cantidad de peso adecuada durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Programas o recursos para ayudarle a bajar de peso después del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.*  
**(PREGUNTE: ¿Cuántas semanas o meses?)**  
**(No lea)**

- Cantidad de semanas \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-40)
- Cantidad de meses \_\_\_\_\_ (RANGO: 1-9)
- No sabe/ No recuerda
- Se rehusó

**R25. En general, durante el embarazo, se sintió:**

		No lea			
		No	Sí	Se rehusó	NSN R
a.	Cómoda haciendo preguntas acerca de la atención prenatal que recibió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Cómoda al rechazar la atención médica que no quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Cómoda al aceptar las opciones de atención que me recomendó mi proveedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Pude elegir las opciones de atención que recibí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Mis proveedores me trataron con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Satisfecha con la atención prenatal que recibí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

## Injury Prevention and Safety

**S1. Voy a lea una lista de declaraciones acerca la seguridad.**  
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		No lea			
		No	Sí	Se rehusó	NSN R
a.	Siempre usó el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En su hogar hay un detector de humo que funciona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Ha recibido información acerca productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació su nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Su hogar tiene un detector de monóxido de carbono que funciona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?**

¿Lo usa \_\_\_\_\_ ?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca → **Pase a la pregunta #**  
**(No lea)**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**S10. ¿Tiene un asiento de seguridad que usted pueda usar para su nuevo bebé?**  
**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**S12. ¿Cómo aprendió a instalar y usar el asiento de seguridad para bebés?**  
Para cada opción, responda **Sí** o **No**.

- Leyó las instrucciones
- Un(a) amigo(a) o familiar le enseñó
- Un profesional de la salud o de seguridad le enseñó
- Aprendió sola
- Ya sabía instalarlo porque tiene otros niños
- ¿Aprendió a instalar y usar su asiento de seguridad para bebés de alguna otra manera?  
**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cómo aprendió a instalar y usar su asiento?

**S13. ¿Alguna vez ha oído o leído lo qué puede pasar si se sacude a un bebé?**  
**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

**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, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
	Arsénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros contaminantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**S21. Actualmente, ¿tiene armas de fuego guardadas dentro o alrededor de su hogar?**  
**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**

**S22. ¿Alguna de estas armas de fuego está cargada actualmente?**  
**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**

**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 lea)**

- No
- Sí
- No sabe/ No recuerda
- Se rehusó

## Infant Healthcare Sick Child Care

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Su bebé no se ha enfermado → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **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 lea)**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?)

- No tenía seguro médico para pagar por la consulta
- No pudo conseguir una cita
- No tenía un médico regular para su bebé
- No tenía como llevar a su bebé la clínica o el consultorio médico
- No tenía a nadie que cuidara a sus otros hijos
- ¿Hubo otra razón?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál fue la razón?

## 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 lea)**

- No
- Sí → **Pase a la pregunta #**
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?)

- No tenía usted suficiente dinero o seguro médico para pagarlos
  - No tenía usted cómo llevar a su bebé al centro médico o al consultorio del médico
  - No tenía usted a nadie que le cuidara a sus otros hijos
  - No pudo conseguir una cita
  - Su bebé estaba demasiado enfermo para un chequeo de rutina
  - ¿Hubo otra cosa que le impidió que su bebé recibiera un chequeo de rutina?
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Qué otra cosa le impidió que su bebé recibiera un chequeo de rutina?

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Su bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces
- Se rehusó

No sabe/ No recuerda

## Substance Use

### DRUG2. Durante el *mes antes* de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** Durante el *mes antes* de quedar embarazada, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NSN R
a.	Medicamentos para la depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Medicamentos para la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Analgésicos recetados como hidrocodona o Vicodin®, oxicodona o Percocet®, o codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Metadona, subutex o Suboxona®, o buprenorfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Productos de CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Marihuana sintética, K2 o Spice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Kratom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Fentanilo o heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Metanfetaminas, también conocidas como <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice, o agua</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Cocaína, también conocida como <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Benzodiazepines (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes ( <i>sedantes, downers</i> o <i>ludes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DRUG 3. Durante su *embarazo más reciente*, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_? (**PREGUNTE:** Durante su *embarazo más reciente*, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_?)

		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NSN R
a.	Medicamentos para la depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Medicamentos para la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Adderall®, Ritalin® u otro estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Metadona, Subutex® o Suboxona® o buprenorfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Productos de CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i.	Marihuana sintética (K2 o Spice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Kratom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Fentanilo o heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Benzodiazepinas (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes o <i>ludes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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 lea)**

- No  
 Sí  
 Se rehusó  
 No sabe/No recuerda

## Social Services including Home Visitation

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

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Clases acerca de la crianza de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Consejería por la depresión o la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V2. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de estos servicios?**

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Clases acerca de la crianza de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Consejería por la depresión o la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?**

Por favor dígame cuál de las siguientes declaraciones describe mejor su situación.

- No, usted no ha usado servicios de WIC para usted o para su nuevo bebé  
 Sí, solo usted utiliza los servicios de WIC  
 Sí, tanto para su nuevo bebé como para usted utilizan los servicios de WIC  
 Sí, solo para su nuevo bebé utilizan los servicios de WIC

**(No lea)**

- Se rehusó  
 No sabe/No recuerda

**V11. Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó alguno de los siguientes servicios?**

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.	WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Consejería por problemas familiares y personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ayuda para reducir la violencia en su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Ayuda para dejar de consumir drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Asistencia con la vivienda o el alquiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Hubo otro servicio que sintió que necesitó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál otro servicio necesitó durante su embarazo más reciente?					

**V12. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió alguno de los siguientes servicios?**

Para cada opción, responda **SÍ** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿recibió\_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>SÍ</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Consejería por problemas familiares y personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ayuda para reducir la violencia en su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Ayuda para dejar de consumir drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Asistencia con la vivienda o el alquiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Recibió algún otro servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál otro servicio <i>recibió</i> durante su embarazo más reciente?					

**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 lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**

**V13. ¿Quién era la visitadora al hogar que fue a su hogar durante su embarazo más reciente?**

¿Fue \_\_\_\_\_?

- 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
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál era su especialidad o profesión?
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

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

¿Fue \_\_\_\_\_?

- Una vez
- De 2 a 4 veces
- 5 veces o más
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

**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, responda **SÍ** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿le habló la visitadora al hogar acerca de \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se hayan dado en su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	La importancia de hacerse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Si alguien le estaba causando daño emocional o físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Amamantar o darle pecho a su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Su bienestar emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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*? ¿Estuvo satisfecha con \_\_\_\_\_?**  
Para cada opción, responda **SÍ** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	El tiempo que la visitadora al hogar pasaba con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	El consejo que recibió acerca cómo cuidarse y a su bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	La comprensión y el respeto que le demostró	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 al bebé?** Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, proveedora de atención médica, asistente de parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las familias de bebés recién nacidos.

**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó → **Pase a la pregunta #**
- No sabe/ No recuerda → **Pase a la pregunta #**

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

¿Era \_\_\_\_\_?

- 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
- SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Cuál era su especialidad o profesión?
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**  
Para cada opción, responda **SÍ** o **No**. (**PREGUNTE:** Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la visitadora al hogar acerca de \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
--	--	-----------------	--	--	--

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

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	¿Estuvo satisfecha con el tiempo que la visitadora al hogar pasaba con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿La comprensión y el respeto que le demostró?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 periodo, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Durante su embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Durante el nacimiento de su nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Desde que nació su nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Social Support including Partner Experiences

**W1. Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado si usted 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

¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado? (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?)

- Su esposo(a) o pareja
- Su madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- ¿Le habría ayudado otra persona?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Quién es esa persona?

**SI A NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES RESPONDE SÍ, PREGUNTE** ¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si hubiera tenido algún problema?

**ENTREVISTADORA:** Si la madre respondió que no tenía a alguien que la hubiera ayudado, marque **Sí**.

**Desde de que nació su nuevo bebé, ¿quién le ayudaría si usted 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?

¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado? (**PREGUNTE:** Desde de que nació su nuevo bebé, ¿\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema?)

- Su esposo(a) o pareja
- Su madre, padre o suegros

- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- ¿Le habría ayudado otra persona?

**SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Quién le hubiera ayudado?

**SI A NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES RESPONDE SÍ, PREGUNTE:** ¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema?

**ENTREVISTADORA:** Si la madre respondió que no tenía a alguien que la hubiera ayudado, marque Sí.

**Las siguientes declaraciones son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindaron *mientras estuvo embarazada*.**  
Para cada una, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Tenía a alguien a quien podía acudir cuando se sentía sola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Tenía a alguien con quien podía hablar acerca de cosas que son importantes para usted o acerca cómo se sentía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Tenía a alguien con quien podía contar para que escuchara sus problemas, preocupaciones y miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tenía a alguien que le demostraba amor y cariño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Tenía a alguien que hacía cosas con usted para que pudiera relajarse o divertirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Tenía a alguien con quien contar para que le prestara dinero para cosas como comida o facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Tenía a alguien que podía cuidar a su(s) hijo(s) cuando necesitaba ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Tenía a alguien que podía ayudar con las tareas diarias si estaba enferma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Tenía a alguien que podía llevarla al centro médico o al consultorio del médico si necesitaba transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	¿Tiene a alguien a quien puede acudir cuando se siente sola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Tiene a alguien con quien puede hablar acerca de cosas que son importantes para usted o acerca de cómo se siente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Tiene a alguien con quien puede contar para escuchar sus problemas, preocupaciones y miedos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Tiene a alguien que le demuestra amor y cariño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Tiene a alguien que hace cosas con usted para que pueda relajarse o divertirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	¿Tiene a alguien con quien puede contar para que le preste dinero para cosas como comida o facturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	¿Tiene a alguien que puede cuidar a su(s) hijo(s) cuando necesite ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Tiene a alguien que puede ayudar con las tareas diarias si está enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	¿Tiene a alguien que puede llevarla al centro médico o al consultorio del médico si necesita transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**W7. ¿Hacen sus vecinos alguna de las siguientes cosas?**  
Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Sus vecinos, \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	¿Se hacen favores uno al otro o se ayudan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Se visitan en sus hogares o en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Se vigilan la propiedad el uno al otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.**

¿Diría que su esposo(a) o pareja \_\_\_\_\_?

- Vive con usted todo el tiempo
- Vive con usted parte del tiempo
- No vive con usted
- No tiene esposo(a) o pareja
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/ No recuerda

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

¿Diría que es \_\_\_\_\_?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- No tiene esposo(a) o pareja
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe / No recuerda

**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?**

¿Diría que es \_\_\_\_\_?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**

¿Diría que es \_\_\_\_\_?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El papá de su nuevo bebé u otro padre, normalmente no pasa tiempo con el bebé
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**Oral Health**

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Durante su embarazo más reciente, \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Tuvo una o más caries que necesitó rellenar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.	Las encías le dolían, las tenía rojas o inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Le dolían uno o más dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Necesitó sacarse un diente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Se lastimó la boca, los dientes o las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	¿Tuvo algún otro problema con sus dientes o encías durante su embarazo más reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál fue el problema?					

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

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿Era difícil ir al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente porque \_\_\_\_\_?)

		<b>(No Lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	No pudo encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	No pudo encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	No pensó que fuera seguro ir al dentista durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	No pudo encontrar un dentista o una clínica dental cerca a la que pudiera ir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, \_\_\_\_\_.)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Sabía que era importante cuidar de sus dientes y encías durante su embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Un proveedor de atención dental u otro tipo de proveedor le habló acerca de cómo cuidar de sus dientes y encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sabía que era seguro ir al dentista durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tenía seguro para pagar la atención dental durante su embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<u>Necesitó</u> una consulta con un dentista por un <b>problema</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<u>Fue</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?**

Voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame cuál le corresponde a usted.

- No
- Sí, recibió tratamiento durante su embarazo
- Sí, recibió tratamiento después de su embarazo
- Sí, recibió tratamiento durante y después de su embarazo
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Intimate Partner Violence

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

Para cada una, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante su embarazo más reciente, ¿\_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	La amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo(a) o pareja actual o anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	La forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?**

Para cada una, responda **Sí** o **No**. (PREGUNTE: Desde que nació su bebé ¿\_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	La amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Temía por su seguridad o la de su familia por la rabia y las amenazas de su esposo(a) o pareja actual o anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Trataba de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	La forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando usted no quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada?** Por ejemplo, ¿escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?** Para cada periodo, responda **Sí** o **No**. (PREGUNTE: ¿Su esposo(a) o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad o la hizo sentir insegura de alguna manera \_\_\_\_\_?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Durante los 12 meses antes de quedar embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Durante su embarazo más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Desde que nació su nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Su esposo(a) o pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Su ex esposo(a) o ex pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	State option (Otro miembro de la familia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	State option (Otra persona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No
- Sí
- No tenía una pareja en ese momento o su pareja era del mismo sexo
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Tobacco and Nicotine Product Use and Cessation

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

**(No lea)**

- No
- Sí
- No recibió cuidado prenatal
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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, responda **Sí** o **No**. (PREGUNTE: Durante su embarazo más reciente, ¿usted

?)		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NSN R
a.	Fijó una fecha específica para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Usó un programa de mensajes de texto para que le ayudara a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Usó sitios web o aplicaciones para obtener ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Usó redes sociales para obtener ayuda para dejar de fumar (como Facebook, Instagram, TikTok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Llamó a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Asistió a una clase o programa para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Fue a consejería de ayuda para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Utilizó un parche, chicle, pastillas que se chupan, un aerosol nasal o un inhalador bucal de nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Tomó una pastilla como Zyban® o Wellbutrin® (también conocido como bupropion) para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Tomó una pastilla como Chantix® (también conocida como vareniclina) para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Trató de dejar de fumar por su cuenta (por ejemplo, total y repentinamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	¿Hizo alguna otra cosa para dejar de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Qué hizo?					

**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, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** Durante alguna de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica \_\_\_\_\_?)

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

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

- A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de su hogar

- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en todas partes dentro de su hogar  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

Por favor dígame cuál opción le corresponde a usted..

- No, usted no dejó de fumar
- No, pero fumaba menos
- Sí, dejó de fumar antes de enterarse de que estaba embarazada
- Sí, dejó de fumar cuando se enteró de que estaba embarazada
- Sí, dejó de fumar cuando ya estaba embarazada  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**

- A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de su hogar
- Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permite fumar en todas partes dentro de su hogar  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- \_\_\_\_\_ Número de fumadores (Range: 0 - 20)
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

**(No lea)**

- \_\_\_\_\_ Número de fumadores
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

Para cada opción, responda **Sí** o **No**. (**PREGUNTE:** ¿ \_\_\_\_\_ hace difícil que usted deje de fumar?)

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	El costo de los medicamentos o productos para ayudarle a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	El costo de las clases para ayudarle a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Miedo a aumentar de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Perder una manera en que controla el estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Otras personas fumando a su alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Antojos de un cigarrillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Depresión que empeora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ansiedad que empeora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	¿Hay alguna otra cosa que le hace difícil dejar de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</b> ¿Cuál es?					

## 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?**

¿Diría que fue \_\_\_\_\_?

- Muy a menudo
- A menudo

- Rara vez
- Nunca
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**  
¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?

- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**  
¿Diría que ha sido \_\_\_\_\_?

- Muy a menudo
- A menudo
- Rara vez
- Nunca
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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, responda **Sí** o **No**. ¿Se sintió discriminado por \_\_\_\_\_?

	<b>(No lea)</b>			
	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
Su raza, grupo étnico o el color de su piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su estado de discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su estatus de inmigración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su sexo o género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su orientación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su idioma o acento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tipo de seguro médico que tiene o porque no tiene seguro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
su uso de sustancias como el alcohol, tabaco u otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus antecedentes con la justicia (cárcel o prisión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por otra cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI CONTESTA SI, PREGUNTE: ¿Cuál fue?</b>				

## 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.  
¿Fue \_\_\_\_\_?

- 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
- Su proveedor de atención médica le dijo que no hiciera ejercicio
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**  
¿Fue \_\_\_\_\_?

- 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
- Su proveedor de atención médica le dijo que no hiciera ejercicio  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Reproductive History

**FF1. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo un aborto espontáneo, muerte fetal (cuando el bebé murió antes de nacer) o el bebé nació muerto?**  
**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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?**  
¿Es \_\_\_\_\_?

- 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  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**FF5. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?**  
**(No lea)**

- No → **Pase a la pregunta #**
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**FF6. El bebé que tuvo justo antes del recién nacido, ¿pesó 5 libras 8 onzas o 2.5 kilos o menos cuando nació?**  
**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**FF7. ¿El bebé que tuvo justo antes del recién nacido, nació más de 3 semanas antes de la fecha prevista para el parto?**  
**(No lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Demographic Information Including Maternal Weight

**III1. ¿Cuánto subió de peso durante su embarazo más reciente?**  
**(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuánto peso aumentó en total durante su embarazo?)**  
**(No lea)**

- Aumentó: \_\_\_\_\_ libras O

- \_\_\_\_\_ kilos
- No subió de peso durante su embarazo
  - No sabe/No recuerda
  - Se rehusó

**II2. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?**  
(PREGUNTE: Más o menos, ¿qué tan alta es usted?)  
(No lea)

- \_\_\_\_\_ pies (RANGO: 4-6) Y  
\_\_\_\_\_ pulgadas (RANGO: 0-11)
- O \_\_\_\_\_ centímetros (RANGO: 120-210)
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**II3. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?**  
(PREGUNTE: Más o menos, ¿cuánto pesaba?)  
(No lea)

- \_\_\_\_\_ libras O  
\_\_\_\_\_ kilos
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**II4. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**  
(No lea)

Mes/día/año

Mes: \_\_\_\_\_

Día: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## Alcohol Consumption

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

- 6 o más veces
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas
- (No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

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

- 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
- (No lea)**
- Se rehusó

- No sabe/No recuerda

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

¿Fue \_\_\_\_\_?

- 6 o más veces
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas  
**(No lea)**
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

## 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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe/No recuerda

**KK4. Voy a leer una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse en caso de un desastre.**

Para cada una, por favor dígame si es algo que usted ha hecho para prepararse ante un desastre. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Tiene un lugar de encuentro con sus familiares, diferente a la hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Usted y su familia han practicado qué hacer en caso de un desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Tiene un plan acerca de cómo mantenerse en contacto con la familia si se separan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tiene un plan de evacuación si necesita salir de su hogar y su comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Tiene un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre, por ejemplo, permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Tiene copias de documentos importantes como los certificados de nacimiento y las pólizas de seguro en un lugar seguro fuera de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Tiene suministros de emergencia en su hogar para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Tiene suministros de emergencia en su auto, en su trabajo o en hogar para llevar con usted en caso de que tenga que salir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

rápidamente				
-------------	--	--	--	--

## 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, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
<b>Antes de cumplir los 18 años...</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	¿Vivió con alguien que estaba deprimido, con enfermedad mental o suicida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antes de cumplir los 18 años...</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por asegurarse de que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antes de cumplir los 18 años...</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	¿Sintió que fue tratada mal o injustamente debido a su raza o grupo étnico o el color de su piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	¿Alguna vez sintió que la trataron mal o injustamente porque es o la gentepensaba 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	¿Estaban sus padres o tutores legales divorciados o separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, responda **Sí** o **No**.

		<b>(No lea)</b>			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
<b>Antes de cumplir los 18 años...</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Tuvo un sentido de pertenencia en la escuela secundaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**
- No
  - Sí
  - Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

## Sexual Orientation and Gender Identity

**PP1. ¿Cómo describiría su género?**  
*¿Usted lo describiría como...?*

- Femenino
  - Masculino
  - Hombre trans o transgénero
  - “Genderqueer” o de género no conforme
  - O ¿prefiere autodescribirlo?
- SI CONTESTA SI, PREGUNTE:** ¿Cómo describiría su género?  
**(No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

**PP2. ¿Cómo describiría su orientación sexual?**  
*¿Usted se describiría como...?*

- Heterosexual
  - Lesbiana o gay
  - Bisexual
  - O, ¿prefiere autodescribirla?
- SI CONTESTA SI, PREGUNTE:** ¿Cómo describiría su orientación sexual?  
**(No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

## 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 lea)**
- No → Pase al final
  - Sí
  - Se rehusó → Pase al final
  - No sabe → Pase al final

**KK6. ¿Cómo describiría usted los daños a su hogar causados por el desastre? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL corresponde a usted.**

- (No lea)**
- Su casa no se dañó
  - Su casa tuvo daños menores, pero las áreas de residencia eran aún habitables
  - Su casa tuvo daños mayores
  - Su casa fue destruida
  - Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

**KK7. Le voy a leer una lista de cosas que podrían ocurrir durante un desastre. Para cada una, por favor dígame si lo experimentó por causa del desastre. ¿Diría usted que \_\_\_\_\_?**  
**(PREGUNTE: ¿Experimentó usted algunas de las siguientes por causa del desastre?)**

		<b>(No lea)</b>			
	<b>Experiencia</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSN R</b>
a.	Usted sintió que su vida estaba en peligro cuando ocurrió el desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Usted se lesionó o enfermó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Algún miembro de su casa se lesionó o enfermó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d.	Usted caminó través de los escombros o del agua de inundación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Usted estuvo sin electricidad por una semana o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Alguien cercano a usted murió en el desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Usted vio morir a alguien en el desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Usted perdió pertenencias personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Usted tuvo problemas para obtener servicios o ayuda del gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Usted tuvo problemas para obtener agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Usted tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KK8. Le voy a leer una lista de fuentes de información. Por favor, dígame en CUÁL buscaba PRIMERO para información confiable sobre el desastre y los esfuerzos de limpieza y recuperación? ¿Fue en \_\_\_\_\_?**  
**(PREGUNTE: ¿Dónde buscaba primero para información confiable después del desastre? ¿Fue en \_\_\_\_\_?)**

- 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 → Por favor, dígame cual:

Otra fuente → Por favor, dígame cual: \_\_\_\_\_

**(No lea)**

- No sabe/No recuerda
- Se rehusó

**KK9. Desde el huracán o 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? Le voy a leer una lista de opciones. Por favor dígame CUAL le aplica a usted.**

**(No lea)**

- 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
- Se rehusó
- No sabe

<b>KK10. Le voy a leer una lista de tipos de ayuda que la gente puede recibir después de un desastre. Para cada una, por favor dígame si usted o cualquier otro miembro de su hogar la recibió como parte de los esfuerzos de recuperación. ¿Recibieron _____?</b>				
<b>(PREGUNTE: ¿Usted o cualquier miembro de su hogar recibió _____?)</b>				
	<b>(No lea)</b>			
	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Se rehusó</b>	<b>NSNR</b>
<b>Tipo de Ayuda</b>				
a. Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Refugio o un lugar para quedarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f.	Ayuda financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Servicios de transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**(No lea)**

- No → Pase a la Pregunta X  
 Sí  
 Se rehusó → Pase a la Pregunta X  
 No sabe → Pase a la Pregunta X

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

**(No lea)**

- No  
 Sí → Pase a la Pregunta X  
 Se rehusó → Pase a la Pregunta X  
 No sabe → Pase a la Pregunta X

**KK13. Voy a leer una lista de razones por las que algunas personas pueden tener para no obtener servicios. Al decir cada una, por favor dígame si fue una razón que usted no obtuvo uno o más de los servicios de salud mental que necesitaba después del desastre. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?**

**(PREGUNTE: ¿Una razón por la que no obtuvo los servicios de salud mental que necesitaba después del desastre porque \_\_\_\_\_?)**

Razón	(No lea)			
	No	Sí	Se rehusó	NSNR
a. No era seguro viajar por las condiciones de las calles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estaba enferma o se lesionó y no pudo viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tenía miedo de irse del lugar donde se estaba quedando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No sabía dónde podría recibir los servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Servicios no estaban disponibles dado al daño que sufrieron las clínicas por causa del desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. No podía conseguir una cita cuando quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Le preocupaba lo que pensara la gente si usted fuera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por los servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. No tenía quién cuidara a sus hijos u otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Estaba demasiado ocupada en otras cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Otra razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es la razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KK14. Le voy a leer una lista de tipos de ayuda que la gente puede necesitar. Para cada una, por favor dígame si usted tendría ese tipo de ayuda si lo necesitara desde que ocurrió el huracán o desastre. ¿Tendría usted \_\_\_\_\_?**

**(PREGUNTE: Desde que ocurrió el desastre, ¿tendría usted \_\_\_\_\_ si lo necesitaba?)**

Tipo de Ayuda	(No lea)			
	No	Sí	Se rehusó	NSNR
a. Alguien que le preste \$50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alguien que le ayude si estuviera enferma y necesitara quedarse en cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alguien con quien pueda hablar sobre sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lea)**

- No
- Sí
- Se rehusó
- No sabe

**KK16. Voy a leer una lista de cosas que algunas personas hacen para prepararse ante un desastre. Al decir cada una, por favor dígame si es algo que usted había hecho para prepararse antes del desastre. ¿Diría usted que \_\_\_\_?**

Cosa	(No lea)			
	No	Sí	Se rehusó	NSNR
a. Tenía un lugar de encuentro con sus familiares, diferente a la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tenía un plan de evacuación para su hijo o hijos en caso de un desastre, por ejemplo permiso para que su hijo pueda ser recogido por otro adulto en la guardería o la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tenía suministros de emergencia en su casa para su familia como agua, alimentos y medicamentos de reserva para por lo menos tres días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Environmental Exposures Supplement

**NN1. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia consumió róbalo (*largemouth bass*), atún, tiburón, caballa o verdel, o pez espada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted.**

- 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 consumió esos pescados durante su embarazo → **Pase a la Pregunta X**
- (No lea)**
- Se rehusó → **Pase a la Pregunta X**
- No sabe/No recuerda → **Pase a la Pregunta X**

**NN2. ¿Dónde obtuvo el róbalo (*largemouth bass*), atún, tiburón, caballa o pez espada que consumió durante su embarazo? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si obtuvo el pescado de ese lugar. ¿Lo obtuvo \_\_\_\_?**

Lugar	(No lea)			
	No	Sí	Se rehusó	NSNR
a. En la tienda de comestibles o supermercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En un mercado de pescados y mariscos, una pescadería o un mercado agrícola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En un restaurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d.	Los pescó usted o alguien más del mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Los pescó usted o alguien más en un río, riachuelo, lago o estanque local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Lo pescó usted o alguien más de uno de los Grandes Lagos de los EE. UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Algún otro lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	SI RESPONDE “SÍ,” PREGUNTE → ¿Dónde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NN3** Voy a leer una lista de productos que algunas personas utilizan todos los días o la mayoría de los días en su casa o durante su trabajo. Al decir cada uno, por favor dígame si usted usó o tuvo contacto con el producto todos los días o la mayoría de los días durante su embarazo *más reciente*.  
(**PREGUNTE:** Durante su embarazo *más reciente*, utilice \_\_\_\_\_?)

Producto		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NSNR
a.	Desengrasantes fuertes como limpiadores de hornos o desengrasantes potentes				
b.	Limpiador de muebles o betún de zapatos				
c.	Productos blanqueadores o con cloro sin tener buena ventilación				
d.	Ropa lavada en seco recientemente				
e.	Ambientadores o desodorantes ambientales, incluidos los que se enchufan en los tomacorrientes, o incienso				
f.	Perfume o desodorante con olor fuerte				
g.	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? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted.

- 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
- (No lea)**
- Se rehusó
  - No sabe/No recuerda

**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. ¿Alguien le habló acerca de \_\_\_\_\_?

Tema		(No lea)			
		No	Sí	Se rehusó	NSNR
a.	Cómo puede afectar a su bebé su exposición al plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Cómo puede afectar a su bebé el uso de pesticidas, que son sustancias químicas que matan insectos, roedores o malezas, durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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? Voy a leer una lista de opciones. Por favor, dígame CUÁL aplica a usted.

Attachment 10h – PRAMS Livebirth Phase 9 Standard Phone Module - Spanish

- No
- Sí
- No preguntó su profesional de salud ninguna pregunta sobre las exposiciones ambientales
- No tuvo ninguna preocupación sobre las exposiciones ambientales  
**(No lea)**
  
- Se rehusó
  
- No sabe/No recuerda