**Form Approved**

**OMB No. 0920-1273**

**Exp. Date xx/xx/xxxx**

**PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module**

PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: English MAIL

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

**CV1. During the COVID-19 pandemic, which types of *prenatal care* appointments did you**

**attend?** Check ONE answer

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

**CV2. What are the reasons that you did not attend virtual appointments for *prenatal care*?**

For each one, check **No** if it was not a reason or **Yes** if it was.

**No Yes**

1. Lack of availability of virtual appointments from my provider □ □
2. Lack of an available telephone to use for appointments □ □
3. Lack of enough cellular data or cellular minutes □ □
4. Lack of a computer or device □ □
5. Lack of internet service or had unreliable internet □ □
6. Lack of a private or confidential space to use □ □
7. I preferred seeing my health care provider in person □ □
8. Other reason □ □

**→** Please tell us: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CV3.** **Were any of your *prenatal care* appointments canceled or delayed during the COVID-19**

**pandemic due to the following reasons?** For each one, check **No** if your appointments

were not canceled or delayed for that reason or **Yes** if they were.

**No Yes**

1. My appointments were canceled or delayed because

my provider’s office was closed or had reduced hours □ □

1. I canceled or delayed because I was afraid of being

exposed to COVID-19 during the appointments □ □

1. I canceled or delayed because I lost my health

Insurance during the COVID-19 pandemic □ □

1. I canceled or delayed because I had problems finding

Care for my children or other family members □ □

1. I canceled or delayed because I worried about taking

public transportation and had no other way to get there □ □

1. My appointments were canceled or delayed because

I had to self-isolate due to possible COVID-19 exposure

or infection □ □

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

**19?**

For each one, check:

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

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

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

**A S N**

1. Avoided gatherings of more than 10 people □ □ □
2. Stayed at least 6 feet (2 meters) away from

others when I left my home □ □ □

1. Only left my home for essential reasons □ □ □
2. Made trips as short as possible when I left my home □ □ □
3. Avoided having visitors inside my home □ □ □
4. Wore a mask or a cloth face covering when out in public □ □ □
5. Washed hands for 20 seconds with soap and water □ □ □
6. Used alcohol-based hand sanitizer □ □ □
7. Covered coughs and sneezes with a tissue or my elbow □ □ □

**CV5. While you were *pregnant* during the COVID-19 pandemic, did you have any of the following**

**experiences?** For each one, check **No** if you did not or **Yes** if you did.

**No Yes**

1. I had responsibilities or a job that prevented me from

staying home □ □

1. Someone in my household had a job that required

close contact with other people □ □

1. When I went out, I found that other people around

me did not practice social distancing □ □

1. I had trouble getting disinfectant to clean my home □ □
2. I had trouble getting hand sanitizer or hand soap for

my household □ □

1. I had trouble getting or making masks or cloth face coverings □ □
2. It was hard for me to wear a mask or cloth face covering

(trouble breathing, claustrophobia) □ □

1. I was told by a health care provider that I had COVID-19 □ □
2. Someone in my household was told by a health care

provider that they had COVID-19 □ □

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

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

**delivery?** Check ALL that apply

* My husband or partner
* Another family member or friend
* A doula
* Some other support person (not including hospital staff)

→ Please tell us: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* The hospital did not allow me to have any support people

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

**CV7. While in the hospital after your delivery, did any of the following things happen to you and**

**your baby because of COVID-19?** For each one, check **No** if it did not happen or **Yes** if it did.

**No Yes**

1. My baby was tested for COVID-19 in the hospital □ □
2. I was separated from my baby in the hospital after delivery

*to protect my baby from COVID-19* □ □

1. I wore a mask when other people came into my hospital room □ □
2. I wore a mask while I was alone caring for my baby in the hospital □ □
3. I was given information about how to protect my baby from

COVID-19 when I went home □ □

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

**CV8. Did the COVID-19 pandemic affect breastfeeding for you and your baby in any of the following**

**ways?** For each one, check **No** if it did not apply to you or **Yes** if it did.

**No Yes**

1. I was given information in the hospital about how to protect

my baby from infection while breastfeeding □ □

1. I wore a mask while breastfeeding in the hospital □ □
2. I pumped breast milk in the hospital so someone else could

feed my baby to avoid him or her getting infected □ □

1. Due to COVID-19, I had trouble getting a visit from a lactation

specialist while I was in the hospital □ □

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

**CV9. In what ways did the COVID-19 pandemic affect your baby’s routine health care?** For each one,

check **No** if the pandemic did not affect your baby’s health care in this way or **Yes** if it did.

**No Yes**

1. My baby’s well visits or checkups were canceled or delayed □ □
2. My baby’s well visits or checkups were changed from in-person

visits to virtual appointments (video or telephone) □ □

1. My baby’s immunizations were postponed □ □

**CV10. During the COVID-19 pandemic, which types of postpartum appointments did you attend for**

***yourself*?** Check ONE answer

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

**CV11. Did any of the following things happen to you due to the COVID-19 pandemic?** For each one,

check **No** if it did not happen or **Yes** if it did.

**No Yes**

1. I lost my job or had a cut in work hours or pay □ □
2. Other members of my household lost their jobs or had a cut

in work hours or pay □ □

1. I had problems paying the rent, mortgage, or other bills □ □
2. A member of my household or I received unemployment benefits □ □
3. I had to move or relocate □ □
4. I became homeless □ □
5. The loss of childcare or school closures made it difficult to manage

all my responsibilities □ □

1. I had to spend more time than usual taking care of children or

other family members □ □

1. I worried whether our food would run out before I got money

to buy more □ □

1. I felt more anxious than usual □ □
2. I felt more depressed than usual □ □
3. My husband or partner and I had more verbal arguments or

conflicts than usual □ □

**DATA ENTRY INSTRUCTION:**

If the mother is less than 18 years of age,

skip option m and go to end of the survey.

1. My husband or partner was more physically, sexually,

or emotionally aggressive towards me □ □

**Thank you for answering these questions!**

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

PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: Spanish MAIL

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

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

respuesta

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

**CV2. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de cuidado prenatal?** Para cada una,

marque **No** si no fue una razón o **Sí** si lo fue.

**No Sí**

1. Falta de disponibilidad de citas virtuales de mi proveedor □ □
2. Falta de un teléfono disponible para usar en las citas □ □
3. Falta de suficiente data o minutos en el móvil o cellular □ □
4. Falta de una computadora o un dispositivo □ □
5. Falta de servicio de internet o el internet no era confinable □ □
6. Falta de un espacio privado o confidencial para usar □ □
7. Preferí ver a mi proveedor de atención médica en persona □ □
8. Otra razón □ □

→ Por favor díganos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CV3. ¿Algunas de sus citas de cuidado prenatal fueron canceladas o retrasadas durante la pandemia de**

**COVID-19 debido a las siguientes razones?** Para cada una, marque **No** si no fue una razón por la que sus

citas fueron canceladas o retrasadas o **Sí** si lo fue.

**No Sí**

1. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque la oficina de mi

proveedor estaba cerrada o tenía horario reducido □ □

1. Las cancelé o retrasé porque tenía miedo de exponerme a COVID-19

durante las citas □ □

1. Las cancelé o retrasé porque perdí mi seguro médico durante la

pandemia de COVID-19 □ □

1. Las cancelé o retrasé porque tuve problemas consiguiendo cuido

para mis hijos u otros miembros de la familia □ □

1. Las cancelé o retrasé porque me preocupaba tomar transporte público

y no tenía otra forma de llegar □ □

1. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque tuve que aislarme

debido a la posibilidad de estar expuesta o infectada con COVID-19 □ □

**CV4. Mientras estaba embarazada, ¿con qué frecuencia hizo las siguientes cosas para evitar contraer COVID-**

**19?** Para cada una, marque si lo hizo **Siempre**, **A Veces** o **Nunca**.

**Siempre A Veces Nunca**

1. Evité reunirme en grupos de más de 10 personas □ □ □
2. Mantenía al menos 2 metros (6 pies) de distancia

de los demás cuando salía de mi hogar □ □ □

1. Salía de mi hogar solo por razones esenciales □ □ □
2. Hice las salidas lo más cortas posibles cuando

salí de mi hogar □ □ □

1. Evité tener visita dentro de mi hogar □ □ □
2. Utilizaba una mascarilla o cubierta de tela en la

cara cuando estaba en público □ □ □

1. Me lavaba las manos durante 20 segundos con

agua y jabón □ □ □

1. Utilizaba desinfectante de manos a base de alcohol □ □ □
2. Cubría la toz o estornudos con un pañuelo de papel

o mi codo □ □ □

**CV5. Mientras estaba embarazada durante la pandemia de COVID-19, ¿usted tuvo alguna de las siguientes**

**experiencias?** Para cada una, marque **No** si no la tuvo o **Sí** si la tuvo.

**No Sí**

1. Tenía responsabilidades o un trabajo que me impedía quedarme

en el hogar □ □

1. Alguien en mi hogar tenía un trabajo que requería contacto

cercano con otras personas □ □

1. Cuando salí, encontraba que otras personas a mi alrededor

no practicaban el distanciamiento social □ □

1. Tuve problemas consiguiendo desinfectante para limpiar mi hogar □ □
2. Tuve problemas consiguiendo desinfectante de manos o jabón de

manos para mi hogar □ □

1. Tuve problemas consiguiendo o haciendo mascarillas o cubiertas

de tela para la cara □ □

1. Me resultaba difícil usar una mascarilla o cubierta de tela para la

cara (dificultaba la respiración, claustrofobia) □ □

1. Un proveedor de atención médica me dijo que yo tenía COVID-19 □ □
2. Un proveedor de atención médica le dijo a alguien en mi hogar

que tenían COVID-19 □ □

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

**CV6. ¿Quién estuvo con usted en la sala de parto en el hospital como persona de apoyo durante el**

**nacimiento?** Marque todas las que correspondan

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

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

**CV7. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento, ¿le sucedió alguna de las siguientes cosas a**

**usted y su bebé debido a COVID-19?** Para cada una, marque **No** si no sucedió o **Sí** si sucedió.

**No Sí**

1. Le hicieron la prueba de COVID-19 a mi bebé en el hospital □ □
2. Fui separada de mi bebé en el hospital después del nacimiento

*para proteger a mi bebé de COVID-19* □ □

1. Utilicé una mascarilla cuando otras personas entraban a mi

habitación en el hospital □ □

1. Utilicé una mascarilla cuando estaba sola mientras cuidaba a mi

bebé en el hospital □ □

1. Me brindaron información sobre cómo proteger a mi bebé de

COVID-19 cuando regresara al hogar □ □

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

**CV8. ¿La pandemia de COVID-19 afectó la lactancia materna para usted y su bebé de alguna de las siguientes**

**maneras?** Para cada una, marque **No** si no le aplica a usted o **Sí** si le aplica.

**No Sí**

1. Me brindaron información en el hospital sobre cómo evitar que mi

bebé se infecte durante la lactancia □ □

1. Me ponía mascarilla mientras amamantaba o lactaba en el hospital □ □
2. Extraje leche materna en el hospital para que otra persona pudiera

alimentar a mi bebé para evitar que se infectara □ □

1. Dado a COVID-19, tuve problemas logrando que un especialista en

lactancia me visitara mientras estuve en el hospital □ □

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

**CV9. ¿De qué manera afectó la pandemia de COVID-19 el cuidado de salud de rutina de su bebé?** Para cada

una, marque **No** si el cuidado de salud de su bebé no fue afectado de esa manera por la pandemia o **Sí** si lo

fue.

**No Sí**

1. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cancelados o retrasados □ □
2. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cambiados de visitas en

persona a citas virtuales (por video o teléfono) □ □

1. La vacunación de mi bebé se pospuso □ □

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

Marque UNA respuesta

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

**CV11. ¿A usted le sucedió alguna de las siguientes cosas debido a la pandemia de COVID-19?** Para cada una,

marque **No** si no le sucedió o **Sí** si le sucedió.

**No Sí**

1. Perdí mi trabajo o tuve un recorte en las horas de trabajo o paga □ □
2. Otros miembros de mi hogar perdieron sus trabajos o le redujeron

las horas de trabajo o paga □ □

1. Tuve problemas pagando el alquiler, la hipoteca u otras facturas □ □
2. Un miembro de mi hogar o yo recibimos beneficios por desempleo □ □
3. Tuve que mudarme o reubicarme □ □
4. Me quedé sin hogar □ □
5. La pérdida del cuidado de niños o el cierre de escuelas dificultó el

manejo de todas mis responsabilidades □ □

1. Tuve que dedicar más tiempo de lo usual al cuidado de niños u

otros miembros de la familia □ □

1. Me preocupaba que nuestra comida se acabara antes de tener

dinero para comprar más □ □

1. Me sentí más ansiosa de lo usual □ □
2. Me sentí más deprimida de lo usual □ □
3. Mi esposo o pareja y yo tuvimos más discusiones o conflictos

verbales de lo usual □ □

**INSTRUCCIÓN DE ENTRADA DE DATOS:**

Si la madre tiene menos de 18 años,

omita la opción m y pase al final de la encuesta.

1. Mi esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o

emocionalmente conmigo □ □

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**

PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: English PHONE Version

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

**CV1. I am going to read a list of types of prenatal care appointments that you may have attended**

**during the COVID-19 pandemic.** Please tell me which of the following best applies to you.

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

1 In-person appointments only

2 Virtual appointments only, such as by video or telephone **→ Go to Question CV3**

3 Both, in-person and virtual appointments **→ Go to Question CV3**

4 You did not have prenatal care **→ Go to Question CV4**

**(Don’t Read)**

8 Refused **→ Go to Question CV4**

9 Don’t Know / Don't Remember **→ Go to Question CV4**

**CV2. What are the reasons that you did not attend virtual appointments for prenatal care?** I am

going to read a list of options. For each one, please tell me if it was a reason for you.

(**PROBE:** Would you say that you did not attend virtual appointments for prenatal care because of

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reasons** | **(Don’t Read)** | | | |
| **No**  **(1)** | **Yes**  **(2)** | **Refused**  **(8)** | **Don’t know**  **(9)** |
| 1. Lack of availability of virtual appointments from your provider? |  |  |  |  |
| 1. Lack of an available telephone to use for appointments? |  |  |  |  |
| 1. Lack of enough cellular data or cellular minutes? |  |  |  |  |
| 1. Lack of a computer or device? |  |  |  |  |
| 1. Lack of internet service or had unreliable internet? |  |  |  |  |
| 1. Lack of a private or confidential space to use? |  |  |  |  |
| 1. You preferred to see your health care provider in person? |  |  |  |  |
| 1. Did you have some other reason? |  |  |  |  |
| 1. **If YES, ask**: what was it? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**CV3. Were any of your prenatal care appointments canceled or delayed during the COVID-19**

**pandemic due to the following reasons?** I am going to read a list of options. For each one,

please tell me if it was a reason for you.

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

**CV4. I’m going to read a list of things you may have done to avoid getting COVID-19 while you were**

**pregnant.** For each one, please tell me how often you did it. Would you say it was always,

sometimes, or never?

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actions** | **(Don’t Read)** | | | |
| **No**  **(1)** | **Yes**  **(2)** | **Refused**  **(8)** | **Don’t know**  **(9)** |
| 1. Avoid gatherings of more than 10 people |  |  |  |  |
| 1. Stay at least 6 feet or 2 meters away from others when you left your home |  |  |  |  |
| 1. Only leave your home for essential reasons |  |  |  |  |
| 1. Make trips as short as possible when you left your home |  |  |  |  |
| 1. Avoid having visitors inside your home |  |  |  |  |
| 1. Wear a mask or a cloth face covering when out in public |  |  |  |  |
| 1. Wash your hands for 20 seconds with soap and water |  |  |  |  |
| 1. Use alcohol-based hand sanitizer |  |  |  |  |
| 1. Cover coughs and sneezes with a tissue or your elbow |  |  |  |  |

**CV5. I am going to read a list of things that you may have experienced while you were pregnant**

**during the COVID-19 pandemic.** For each one, please tell me if you experienced it or not.

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

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

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

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

**a support person during your labor and delivery.** For each person, please tell me if they were

with you or not.

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

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

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

**CV7. I am going to read a list of things that may have happened to you and your baby while in the**

**hospital after your delivery because of COVID-19.**  For each one, please tell me if it happened or

not.

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

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

**CV8. Did the COVID-19 pandemic affect breastfeeding for you and your baby in any of the following**

**ways?** I’m going to read several options. For each one, please tell me if it applied to you or not.

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

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

**CV9. I’m going to read a list of ways the COVID-19 pandemic may have affected your baby’s routine**

**health care.** For each one, please tell me if it happened or not.

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

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

**CV10. I am going to read a list of types of postpartum appointments that you may have attended for**

**yourself during the COVID-19 pandemic.** Please tell me which one best applies to you.

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

1 In-person appointments only

2 Virtual appointments only such as by video or telephone

3 Both, in-person and virtual appointments

4 You did not have any postpartum appointments for yourself

**(Don’t Read)**

8 Refused

9 Don’t Know / Don't Remember

**CV11. I’m going to read a list of things that may have happened to you due to the COVID-19**

**pandemic.** For each one, please tell me if it happened to you.

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

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

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

PRAMS COVID-19 Experience Supplemental Module: Spanish PHONE Version

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

**CV1. Voy a leer una lista de tipos de citas de cuidado prenatal a las que usted puede haber asistido**

**durante la pandemia de COVID-19.** Por favor dígame cuál de las siguientes le aplica mejor a

usted.

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

1 Citas en persona solamente

2 Citas virtuales solamente, como por video o teléfono **→ Pase a la Pregunta CV3**

3 Ambas, citas en persona y virtuales **→ Pase a la Pregunta CV3**

4 Usted no tuvo cuidado prenatal **→ Pase a la Pregunta CV4**

**(No Leer)**

8 Rechazó **→ Pase a la Pregunta CV4**

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

**CV2. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de cuidado prenatal? Voy a leer**

**una lista de opciones.** Para cada una, dígame si fue una razón para usted.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razones** | **(No Leer)** | | | |
| **No**  **(1)** | **Sí**  **(2)** | **Rehusó**  **(8)** | **No Sabe**  **(9)** |
| 1. ¿Por falta de disponibilidad de citas virtuales de su proveedor? |  |  |  |  |
| 1. ¿Por falta de un teléfono disponible para usar en las citas? |  |  |  |  |
| 1. ¿Por falta de suficiente data o minutos en el móvil o celular? |  |  |  |  |
| 1. ¿Por falta de una computadora o un dispositivo? |  |  |  |  |
| 1. ¿Por falta de servicio de internet o su internet no era confiable? |  |  |  |  |
| 1. ¿Por falta de un espacio privado o confidencial para usar? |  |  |  |  |
| 1. ¿Usted prefería ver a su proveedor de atención médica en persona? |  |  |  |  |
| 1. ¿Tuvo otra razón? |  |  |  |  |
| **SI CONTESTA SI, PREGUNTE:** ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**CV3. ¿Algunas de sus citas de cuidado prenatal fueron canceladas o retrasadas durante la pandemia**

**de COVID-19 debido a las siguientes razones?** Voy a leer una lista de opciones. Para cada una,

por favor dígame si fue una razón para usted.

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

**CV4. Voy a leer una lista de cosas que usted puede haber hecho para evitar contraer COVID-19**

**mientras estaba embarazada.** Para cada una, por favor dígame con qué frecuencia lo hizo. ¿Diría

que fue siempre, a veces o nunca?

(**PREGUNTE:** Para evitar contraer COVID-19 mientras estaba embarazada, ¿con que frecuencia

usted \_\_\_\_?)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cosas** | **(No Leer)** | | | |
| **No**  **(1)** | **Sí**  **(2)** | **Rehusó**  **(8)** | **No Sabe**  **(9)** |
| 1. Evitó reunirse en grupos de más de 10 personas |  |  |  |  |
| 1. Se mantenía al menos 2 metros o 6 pies de distancia de los demás cuando salía del hogar |  |  |  |  |
| 1. Salió de su hogar solo por razones esenciales |  |  |  |  |
| 1. Hizo las salidas lo más cortas posibles cuando salía de su hogar |  |  |  |  |
| 1. Evitó tener visita dentro de su hogar |  |  |  |  |
| 1. Utilizó una mascarilla o cubierta de tela en la cara cuando estaba en público |  |  |  |  |
| 1. Se lavaba las manos durante 20 segundos con agua y jabón |  |  |  |  |
| 1. Utilizó desinfectante de manos a base de alcohol |  |  |  |  |
| 1. Cubría la toz o estornudos con un pañuelo de papel o su codo |  |  |  |  |

**CV5. Voy a leer una lista de experiencias que usted pudo haber tenido mientras estuvo embarazada**

**durante la pandemia de COVID-19.** Para cada una, por favor dígame si usted tuvo la experiencia

o no.

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

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

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

**CV6. Voy a leer una lista de personas que pudieran haber estado con usted en la sala de partos del**

**hospital como persona de apoyo durante el nacimiento.** Para cada persona, por favor dígame si

estuvieron con usted o no.

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

nacimiento?)

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

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

**CV7. Voy a leer una lista de cosas que pueden haberle sucedido a usted y a su bebé mientras**

**estuvieron en el hospital después del nacimiento debido a COVID-19.** Para cada una, por favor

dígame si le sucedió o no.

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

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

**CV8. ¿La pandemia de COVID-19 afectó la lactancia materna para usted y su bebé de alguna de las**

**siguientes maneras?** Voy a leer un listado de opciones. Para cada una, por favor dígame si le

aplicó a usted o no.

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

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

**CV9. Voy a leer una lista de maneras en las que la pandemia de COVID-19 puede haber afectado el**

**cuidado de salud de rutina de su bebé.** Para cada una, por favor dígame si sucedió o no.

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

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

**CV10. Voy a leer una lista de los tipos de citas de cuidado posparto para usted a las que puede haber**

**asistido durante la pandemia de COVID-19.** Por favor, dígame cual mejor aplica a usted.

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

1 Citas en persona solamente

2 Citas virtuales solamente como por video o teléfono

3 Ambas, citas en persona y virtuales

4 No tuvo citas posparto para usted

**(No Leer)**

8 Rechazó

9 No Sabe / No Recuerda

**CV11. Voy a leer una lista de cosas que le pueden haber sucedido a usted debido a la pandemia de**

**COVID-19.** Para cada una, por favor dígame si le sucedió a usted.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cosas** | **(No Leer)** | | | |
| **No**  **(1)** | **Sí**  **(2)** | **Rehusó**  **(8)** | **No Sabe**  **(9)** |
| 1. ¿Perdió su trabajo o tuvo un recorte en las horas de trabajo o paga? |  |  |  |  |
| 1. ¿Otros miembros de su hogar perdieron sus trabajos o les redujeron las horas de trabajo o paga? |  |  |  |  |
| 1. ¿Tuvo problemas pagando el alquiler, la hipoteca u otras facturas? |  |  |  |  |
| 1. ¿Usted o un miembro de su hogar recibió beneficios por desempleo? |  |  |  |  |
| 1. ¿Tuvo que mudarse o reubicarse? |  |  |  |  |
| 1. ¿Se quedó sin hogar? |  |  |  |  |
| 1. ¿La pérdida del cuidado de niños o el cierre de escuelas dificultó el manejo de todas sus responsabilidades? |  |  |  |  |
| 1. ¿Tuvo que dedicar más tiempo de lo usual al cuidado de niños u otros miembros de la familia? |  |  |  |  |
| 1. ¿Le preocupaba que su comida se acabara antes de tener dinero para comprar más? |  |  |  |  |
| 1. ¿Se sintió más ansiosa de lo usual? |  |  |  |  |
| 1. ¿Se sintió más deprimida de lo usual? |  |  |  |  |
| 1. ¿Su esposo o pareja y usted tuvieron más discusiones o conflictos verbales de lo usual? |  |  |  |  |
| **ENTREVISTADORA:** **Si la madre tiene menos de 18 años, omita la opción m y pase al final de la encuesta.** |  | | | |
| 1. ¿Su esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o emocionalmente con usted? |  |  |  |  |

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**