

## PRAMS Opioid Call Back Survey – SPANISH PHONE Version – 4/8/2019

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-XXXX).

### Las primeras preguntas son sobre usted.

1. ¿Actualmente, tiene un trabajo con paga?

(No Leer)

- 1 No
- 2 Sí

→ Ir a la Pregunta 4

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerda

→ Ir a la Pregunta 4

→ Ir a la Pregunta 4

2. Por favor díganos sobre su trabajo principal actualmente. ¿Cuál es su puesto de trabajo y cuáles son sus actividades o deberes habituales?

(No Leer)

A. Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Deberes del trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerda

3. Pensando en su trabajo principal ahora, ¿para qué tipo de empresa trabaja o qué hace la empresa?

(No Leer)

Tipo de empresa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerda

4. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted **ahora**? Voy a leer la lista de tipos de seguros médicos por última vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tiene este tipo de seguro médico **ahora**. ¿Tiene \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted **ahora**?)

Seguro médico	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja				
b. Seguro médico privado de sus padres				
c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés				
d. Medicaid				
e. TRICARE u otro seguro médico militar				
f. ¿Tiene usted otro seguro médico ahora?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es? _____ _____				
<b>(ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 4, si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior)</b>				
h. ¿Diría usted que no tiene seguro médico <i>ahora</i> ?  (ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ.)				

Las primeras preguntas son sobre usted y su salud.

5. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una por favor dígame si usted tiene la condición actualmente. ¿Tiene \_\_\_\_\_?

(PREGUNTA GUIA: ¿Usted actualmente tiene \_\_\_\_\_?)

Condición	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Depresión				
b. Ansiedad				
c. Hepatitis B				
d. Hepatitis C				
e. Dolor crónico, que es dolor que dura más de 12 semanas o 3 meses				

6. Desde que nació su bebé, ¿cuántas visitas de salud ha tenido usted con un doctor, enfermera u otro proveedor de salud, incluyendo servicios dentales o de salud mental? No incluya aquellas visitas al hogar que usted pueda haber tenido por un doctor, enfermera u otro proveedor de salud.

(No Leer)

1 Número de visitas [ \_\_\_\_\_ ]

2 No ha tenido visitas de salud desde que nació su bebé → Ir a la Pregunta 9

8 Rechazó

Ir a la Pregunta 9

9 No sé/No Recuerdo

Ir a la Pregunta 9

7. Voy a leer una lista de tipos de visitas de salud. Al decir cada una, por favor, dígame si usted tuvo este tipo de consulta desde que nació su bebé. ¿Tuvo usted \_\_\_\_\_?

(PREGUNTA GUIA: ¿Qué tipo de visita de salud ha tenido usted desde que nació su bebé?)

Tipo de visita	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Un chequeo posparto				
b. Una visita por problemas que estaba teniendo relacionados al parto o nacimiento de mi bebé				
c. Una visita regular en la oficina de mi médico de familia o ginecólogo/obstetra				
d. Una visita para una enfermedad o condición crónica				
e. Una visita por una lesión				
f. Una visita para planificación familiar o contraceptivos				
g. Una visita por depresión o ansiedad				
h. Una visita para una limpieza dental por un dentista o higienista dental				
i. Cuidado prenatal para un embarazo nuevo				
j. ¿Ha tenido otro tipo de visita?				
k. Si contestó "Sí", pregunte: ¿Qué tipo?				

8. Durante algunas de sus visitas de salud desde que nació su bebé, ¿algún médico, enfermera o profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas?

	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Habló con usted sobre el manejo del dolor después del parto o nacimiento de tu bebé				
b. Le preguntó, en persona o en un formulario, si usted tomó bebidas				

alcohólicas				
c. Le preguntó, en persona o en un formulario, si usted fumó cigarrillos o utilizo otros productos de tabaco				
d. Le preguntó si se sentía triste o deprimida				

Las siguientes preguntas son acerca de su uso de medicamentos u otras sustancias *desde que nació su bebé*.

9. Voy a leer un listado de medicamentos recetados para el dolor. Para cada una, por favor dígame si usted lo ha utilizado *desde que nació su bebé*. Por favor incluya cualquier medicamento que usted pueda haber tomado para aliviar dolor asociado al parto o nacimiento de tu bebé. ¿Usted utilizó \_\_\_\_\_ *desde que nació su bebé*?

Medicamentos recetados para el dolor	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Hidrocodona, como Vicodin®, Norco® o Lortab®				
b. Codeína, como Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular				
c. Oxicodona, como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®				
d. Tramadol, como Ultram® o Ultracet®				
e. Hidromorfona o meperidina, como Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®				
f. Oximorfona, como Opana®				
g. Morfina, como MS Contin®, Avinza® o Kadian®				
h. Fentanilo, como Duragesic®, Fentora® o Actiq®				

↓  
If ALL **No**, Ir a la Pregunta O10

**ENTREVISTADORA:** Si la mamá contestó "Sí" para alguna de las opciones en la Pregunta 9, continúe con la siguiente pregunta. Si no, ir a la Pregunta 13.

10. ¿Dónde obtuvo los medicamentos *recetados* para el dolor que ha usado *desde que nació su bebé*? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si le aplica a usted. ¿fueron \_\_\_\_\_?

Fuentes	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Del hospital, después de que nació su bebé				

b. De un ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal				
c. De un médico de familia o un proveedor de atención primaria				
d. De un dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)				
e. De un doctor en la sala de emergencias				
f. Medicamentos para el dolor que le sobraron de una receta anterior				
g. De un amigo o pariente que se los dio				
h. Medicamentos para el dolor que obtuvo <u>sin receta</u> , de otra forma				
i. ¿Los obtuvo de otra manera?				
j. <b>Si contestó SI, pregunte:</b> ¿Cómo? _____ _____				

11. Voy a leer una lista de razones para usar medicamentos *recetados* para el dolor. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted *desde que nació su bebé*. ¿Los utilizaba \_\_\_\_\_?

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rehusó (8)	No Sabe (9)
a. Para tratar el dolor asociado con el nacimiento de su bebé, como el dolor en el lugar de la incisión o un desgarro				
b. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuvo <b>antes</b> del embarazo				
c. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió <b>durante</b> su embarazo				
d. Para relajarse o aliviar la tensión o el estrés				
e. Para ayudarlo con sus sentimientos o emociones				
f. Para ayudarlo a dormir				
g. Para sentirse bien o drogarse				
h. Porque estaba adicta o tenía que usarlos				
i. ¿Hubo otra razón?				
j. <b>Si contestó SI, pregunte:</b> ¿Cuál fue? _____ _____				

12. Desde que nació su bebé, ¿por cuantas semanas o meses usted ha utilizado medicamentos recetados para el dolor? Por favor, dígame el número total de semanas o meses que ha usado medicamentos recetados para el dolor desde que nació su bebé.

- (No Leer)
- 1 Número de semanas \_\_\_\_\_ (Rango: 1-45 semanas)  
○
- 2 Número de meses \_\_\_\_\_ (Rango: 1-10 meses)
- 3 Menos de una semana

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerdo

13. Desde que nació su bebé, ¿tomó o usó algunos de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si usted la tomo o usó desde que nació su bebé. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: Desde que nació su bebé, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_?)

Medications/Drugs	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos para el dolor de venta libre sin receta, como aspirina, Tylenol®, Tylenol PM®, Tylenol Extra Strength®, Advil®, Motrin® o Aleve®				
b. Medicamentos para la depresión como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®				
c. Medicamentos para la ansiedad como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de benzodicepinas o “benzos”				
d. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina				
e. Naloxona				
f. Productos de Cannabidiol o CBD				
g. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante				
h. Marihuana o hachís				
i. Marihuana sintética, K2 o Spice				
j. Heroína, también se conoce como <i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva				
k. Metanfetaminas, también se conocen como <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua				
l. Cocaína, también se conoce como <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve				
m. Tranquilizantes también se conoce como calmantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i>				
n. Alucinógenos, como LSD o ácido, PCP o polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño				
o. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse, también conocido como <i>huffing</i>				

Las siguientes preguntas son acerca del uso de productos de tabaco.

14. Desde que nació su bebé, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal? ¿Fuma \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** Desde que nació su bebé, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fuma en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- 1 41 cigarrillos o más al día
- 2 De 21 a 40 cigarrillos
- 3 De 11 a 20 cigarrillos
- 4 De 6 a 10 cigarrillos
- 5 De 1 a 5 cigarrillos
- 6 Menos de 1 cigarrillo
- 7 No fumaba en ese entonces

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

**15.** Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia ha usado los siguientes productos de tabaco? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor, dígame **Todos los días** si ha usado ese producto de tabaco diariamente desde que nació su bebé, **Algunos días** si lo ha usado ocasionalmente desde que nació su bebé, o **Nunca** si no lo ha usado. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTA GUIA:** ¿Diría que ha usado \_\_\_\_\_ todos los días, algunos días o nunca?)

Productos de tabaco	<b>(No Leer)</b>				
	<b>Todos los días (1)</b>	<b>Algunos días (2)</b>	<b>Nunca (3)</b>	<b>Rechazó (8)</b>	<b>No sé (9)</b>
a. E-cigarrillos u otros productos electrónicos de vaporización con nicotina.					
b. Hookah					
c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé					
d. Cigarros, puros o pequeños cigarros con filtros					

**ENTREVISTADORA:** Si la madre **Nunca** uso productos de tabaco, pase a la Pregunta 17.

**16.** Desde que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ha aconsejado de dejar de fumar o dejar de usar productos de tabaco?

- (No Leer)**
- 1 No
  - 2 Sí
  
  - 8 Rechazó
  - 9 No sé/No Recuerda

Las siguientes preguntas son sobre el uso de alcohol.

17. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica *desde que nació su bebé*? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino (*wine cooler*), una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- (No lea)
- 1 No → Pase a la Pregunta 22
  - 2 Sí
  - 8 Se rehusó → Pase a la Pregunta 22
  - 9 No sabe/no recuerda → Pase a la Pregunta 22

18. *Desde que nació su bebé*, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal? ¿Usted tomaba \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: *Desde que nació su bebé*, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)

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

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

19. *Desde que nació su bebé*, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas. ¿Fue \_\_\_\_\_?

(PREGUNTE: *Desde que nació su bebé*, ¿aproximadamente cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?)

- 1 6 veces o más
- 2 De 4 a 5 veces
- 3 De 2 a 3 veces
- 4 1 vez
- 5 No tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

- (No lea)
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

20. *Desde que nació su bebé*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud ha hablado con usted sobre qué nivel de consumo de alcohol es perjudicial o peligroso para su salud?

- (No Leer)
- 1 No
  - 2 Sí
  
  - 8 Rechazó
  - 9 No sé/No Recuerda

21. Desde que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejado que redujera o dejara de consumir alcohol?

- (No Leer)
- 1 No
  - 2 Sí
  
  - 8 Rechazó
  - 9 No sé/No Recuerda

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber experimentado desde que nació su bebé.

22. Desde que nació su bebé, ¿ha sentido que su uso de algún medicamento, droga o alcohol interfirió con las actividades importantes en su vida, como trabajar, ir a la escuela, cuidar de los niños, disfrutar de pasatiempos, o pasar tiempo con amigos y familiares?

- (No Leer)
- 1 No
  - 2 Sí
  - 3 La madre no ha usado ningún medicamento, droga, o consumido alcohol desde que nació su bebé **→ Ir a la Pregunta 30**
  
  - 8 Rechazó **→ Ir a la Pregunta 30**
  - 9 No sé/No Recuerda **→ Ir a la Pregunta 30**

23. Desde que nació su bebé, usted ha necesitado tratamiento o consejería para su uso de...

Substancias	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos recetados para el dolor				
b. Drogas o medicamentos además de medicamentos para el dolor				
c. Alcohol				
d. Cigarrillos u otros productos de tabaco				
e. ¿Necesitó tratamiento o consejería para otras sustancias?				
f. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Para qué?				

**ENTREVISTADORA:** Si la mamá marcó "No" en todas las opciones en la Pregunta 23, pase a la pregunta 30. Si no, continúe con la siguiente pregunta.

24. Desde que nació su bebé, usted ha recibido tratamiento o consejería para su uso de...

Substancias	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos recetados para el dolor				
b. Drogas o medicamentos además de medicamentos para el dolor				
c. Alcohol				

d. Cigarrillos u otros productos de tabaco				
e. ¿Necesitó tratamiento o consejería para otras sustancias?				
f. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Para qué?				

**ENTREVISTADORA:** Si la mamá ha recibido el tratamiento o consejería que necesitaba para su uso de cualquier sustancia, por favor pase a la Pregunta 26. Si la mamá no ha recibido todo el tratamiento o consejería que necesita, por favor continúe con la próxima pregunta.

25. Voy a leer una lista de razones por las cuales algunas personas pueden no recibir el tratamiento o la asesoría que necesitan para el uso de medicamentos, drogas, alcohol o productos de tabaco. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. No pudo conseguir una cita o le colocaron en lista de espera				
b. Pudo reducir su uso o dejar de usar sin ayuda				
c. No pensó que necesitaba ayuda				
d. No tenía suficiente dinero o seguro para pagar por los servicios				
e. No sabía a donde ir para recibir ayuda				
f. No tenía transportación				
g. No quería que las personas pensaran que usted tenía un problema				
h. Su compañero(a) no quería que recibiera ayuda				
i. Tenía miedo de perder custodia de su bebé o hijos				
j. Tenía demasiadas otras cosas pasando				
k. ¿Hubo otra razón?				
l. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Cuál fue?				

**INTERVIEWER:** Si la mamá no recibió tratamiento o consejería pase a la Pregunta 30.

26. Desde que nació su bebé, ¿cuál de los siguientes tipos de tratamiento o asesoramiento ha recibido? Voy a leer una lista de tipos de tratamiento o consejería. Para cada una, por favor dígame si la recibió. ¿recibió \_\_\_\_\_?

(PREGUNTA GUIA: ¿Qué tipo de tratamiento o asesoramiento recibió?)

Tipos de tratamiento o asesoramiento	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Consejería individual con un profesional de la salud de comportamiento				
b. Consejería grupal con un profesional de la salud de				

comportamiento				
c. Consejería con un miembro del clérigo u otro consejero religioso o de la comunidad				
d. Reuniones de auto-ayuda o de grupos de recuperación (como Alcohólicos Anónimos, <i>Self-Management and Recovery Training</i> (SMART), Manejo de Moderación (MM))				
e. Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) que utiliza medicamentos como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexona (Vivitrol®).				
f. Tratamiento o consejería para dejar de usar tabaco				
g. ¿Recibió algún otro tipo de tratamiento o consejería?				
h. <b>If SÍ, ask:</b> ¿Qué tipo?				

27. Desde que nació su bebé, ¿dónde ha recibido tratamiento para su uso de algún medicamento, droga, o alcohol, no incluyendo cigarrillos? Voy a leer una lista de lugares. Para cada una, por favor dígame si recibió tratamiento en ese lugar. ¿Fue en un \_\_\_\_\_?

(PREGUNTA GUIA: ¿Recibió tratamiento por el uso de medicamentos, drogas o alcohol en \_\_\_\_\_?)

Places	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Reuniones de grupos de auto ayuda				
b. Oficina privada de un doctor				
c. Sala de emergencias				
d. En el hospital donde me quedaba la noche				
e. Una facilidad de tratamiento donde no me quedaba por la noche				
f. Una facilidad de tratamiento residencial donde me quedaba la noche				
g. En la cárcel o prisión				
h. ¿Recibió tratamiento en otro lugar?				
i. <b>Si contestó "SÍ", pregunte:</b> ¿Dónde?				

28. ¿Cuál fue el resultado del último tratamiento o consejería que recibió? ¿Usted diría que \_\_\_\_\_?

- 1 Todavía está en tratamiento → Ir a la Pregunta 30
- 2 Completó el tratamiento o → Ir a la Pregunta 30
- 3 No terminó el tratamiento

- (No Leer)
- 8 Rechazó → Ir a la Pregunta 30
  - 9 No sé/No Recuerdo → Ir a la Pregunta 30

29. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no terminó tratamiento o consejería? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

(PREGUNTA GUIA: ¿Por qué no terminó su tratamiento o consejería?)

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Tuvo un problema con el programa				
b. No pudo continuar porque era muy costoso				
c. No tenía a nadie que le ayudara a cuidar a su bebé u otros hijos.				
d. Comenzó a usar medicamentos, drogas, alcohol u otras sustancias nuevamente.				
e. ¿Hubo otra razón?				
f. <b>Si contestó "SÍ", pregunte:</b> ¿Cuál fue?				

Las siguientes preguntas son sobre el tiempo *después de que nació su bebé*.

30. Después de que nació su bebé, ¿alguien le sugirió que no amamantara o lactara a su nuevo bebé?

(No Leer)

- 1 No
- 2 Sí

→ Ir a la Pregunta 33

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerdo

→ Ir a la Pregunta 33

→ Ir a la Pregunta 33

31. ¿Quién le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé? Voy a leer una lista de personas. Para cada una, dígame si esa persona le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé. ¿Fue \_\_\_\_\_?

Personas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. El médico, la enfermera u otro trabajador de salud de su bebé				
b. Su médico, enfermera u otro profesional de la salud				
c. Su esposo o compañero				
d. Su madre, padre, suegra o suegro				
e. Otro miembro de su familia o pariente				
f. Sus amigos				
g. ¿Hubo otra persona que le recomendó que no amamantara o lactara?				
h. <b>Si contestó "SÍ", pregunte:</b> ¿Quién?				

**ENTREVISTADORA:** Si un médico, enfermera u otro profesional de la salud le recomendó que **NO** amamantara o lactara a su bebé, pase a la siguiente pregunta, de lo contrario, ir a la Pregunta 33.

32. ¿Por qué un médico, enfermera u otro profesional de la salud le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una de las razones. ¿Fue porque \_\_\_\_\_?

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Tenía una condición médica que hacía que la lactancia materna fuera un problema para usted				
b. Tenía una condición médica que hacía que la lactancia fuera insegura para su bebé				
c. Había una preocupación de que las drogas o medicamentos que usted estaba utilizando pasaran a su bebé a través de su leche				
d. Su bebé tenía una condición médica y no se recomendaba que lo amamantara o lactara				
e. ¿Hubo otra razón?				
f. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Cuál fue la razón?				

Las próximas preguntas son sobre la salud de su bebé cuando era un recién nacido.

33. Después de que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que su bebé tuvo abstinencia de drogas, conocido como síndrome de abstinencia neonatal o síndrome de abstinencia de opioides neonatal?

- |           |   |                   |                       |
|-----------|---|-------------------|-----------------------|
| (No Leer) | 1 | No                | → Ir a la Pregunta 36 |
|           | 2 | Sí                |                       |
|           | 8 | Rechazó           | → Ir a la Pregunta 36 |
|           | 9 | No sé/No Recuerdo | → Ir a la Pregunta 36 |

34. ¿Recibió su bebé alguno de los siguientes tipos de cuidado o tratamiento especial para ayudarlo con los síntomas de abstinencia de drogas? Voy a leer una lista de cuidados o tratamientos especiales. Para cada tipo de cuidado o tratamiento, por favor dígame si su bebé lo recibió. ¿Su bebé recibió \_\_\_\_\_?

Tratamientos	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Medicamentos como la morfina, la metadona o la buprenorfina				
b. Fluidos por vía intravenosa.				
c. Cuidado piel a piel o cuidado canguro				
d. Dormir en una habitación tranquila y poco iluminada				
e. Fórmula alta en calorías				
f. Amamantamiento o lactancia				
g. Leche materna donante				
h. ¿Recibió otro tratamiento o servicio?				
i. Si contestó "SÍ", pregunte: ¿Qué recibió su bebé?				

35. Voy a leer una lista de cosas que los médicos, las enfermeras o los profesionales de la salud pueden hacer después de que nazca su bebé. Para cada una, dígame si lo hicieron *después de que nació su bebé*, o no.

	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Le hablaron sobre por qué su bebé tuvo abstinencia de drogas.				
b. Le hablaron sobre el tratamiento para bebés con abstinencia de drogas.				
c. Le hablaron acerca de cuánto tiempo pueden durar los signos de abstinencia de su bebé				
d. Le hablaron sobre las cosas que su bebé podría experimentar				
e. Le hablaron sobre el comportamiento de su bebé.				
f. Le hablaron de cuándo su bebé podría ir a la casa				
g. Le preguntaron acerca de los medicamentos que estaba tomando o tomó durante el embarazo.				
h. Sugirieron que usted recibiera asesoramiento o tratamiento para su uso de medicamentos, drogas o alcohol.				
i. Sugirieron que recibiera servicios para su bebé, como intervención temprana o programas de visitas domiciliarias				
j. Le hicieron una prueba de sangre o una prueba de puntuación para evaluar a su bebé para el síndrome de abstinencia neonatal				

36. Después de que nació su bebé, ¿cómo describiría dónde estuvo su bebé la mayor parte del tiempo durante su estadía en el hospital? ¿Se quedó \_\_\_\_\_ ?

- 1 Con usted en su habitación en el hospital, a veces conocido como "alojamiento"
- 2 En la sala de recién nacidos regular
- 3 En una sala de recién nacidos especializada para bebés que necesitan cuidados adicionales, como una sala de atención especial ("SCN") o una unidad de cuidados intensivos neonatales ("NICU")

(No Leer) 4 Su bebé no nació en el hospital → Ir a la **Pregunta 43**

8 Rechazó → Ir a la **Pregunta 43**

9 No sé/No Recuerdo → Ir a la **Pregunta 43**

37. Durante su estadía en el hospital cuando nació su bebé, ¿sintió que lo trataron mal debido a alguna de las siguientes cosas? Voy a leer la lista de cosas. Para cada una, por favor, dígame si sentiste que le trataron mal debido a esto o no.

(PREGUNTA GUIA: ¿Sintió que lo trataron mal debido a \_\_\_\_\_?)

Cosas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Su edad				
b. Su peso				
c. Sus ingresos				

d. Su nivel educativo				
e. Su raza o etnicidad				
f. Su cultura o el idioma que hable				
g. Su orientación sexual o identidad de género				
h. Su tipo de seguro médico o la falta de seguro médico				
i. Su uso de sustancias tales como alcohol o drogas durante el embarazo				
j. Diferentes opiniones con el personal médico acerca de cómo cuidar de sí misma				
k. Diferentes opiniones con el personal médico acerca de cómo cuidar de su bebé				
l. ¿Sintió que le trataron mal por otra razón?				
m. <b>Si contestó Sí, pregunte:</b> ¿Cuál fue la razón?				

**38.** Voy a leer una lista de cosas sobre las cuales los médico, enfermera o profesional de la salud pudo hablar con usted. Para cada una, dígame si lo hicieron *antes de que le dieran el alta del hospital*.

	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Como calmar a su bebé				
b. Como responder a las necesidades de su bebé				
c. Sentir un apego con su bebé				
d. Dándole de comer a su bebé en la casa				
e. Tener un sitio seguro para que su bebé pueda dormir				
f. Teniendo a alguien que le ayude a cuidar a su bebé				
g. Llevar a su bebé a las visitas médicas con un doctor				
h. Manteniendo a su bebé seguro en su hogar				
i. Reconociendo las señales o síntomas en su bebé que requieren atención médica				

**39.** *Antes de que le dieran el alta del hospital después de que nació su bebé*, ¿pudo un médico, enfermera u otro profesional de la salud responder sus preguntas sobre la salud de su bebé?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 Usted no tuvo preguntas sobre la salud de su bebé

- (No Leer)**
- 8 Rechazó
  - 9 No sé/No Recuerdo

**40.** ¿Usted y su bebé fueron dados de alta del hospital a la misma vez después del nacimiento? ¿Usted diría que \_\_\_\_\_?

- 1 No
- 2 Sí, les dieron de alta a la misma vez y su bebé vino a la casa con usted
- 3 Sí, les dieron de alta a la misma vez, pero su bebé no vino con usted a la casa

- (No Leer) 8 Rechazó  
9 No sé/No Recuerdo

41. Después de ser dado de alta cuando nació, ¿su bebé tuvo que ser admitido al hospital y pasar la noche?

- (No Leer) 1 No → Ir a la Pregunta 43  
2 Sí
- 8 Rechazó → Ir a la Pregunta 43  
9 No sé/No Recuerdo → Ir a la Pregunta 43

42. ¿Por qué tuvo que volver al hospital su bebé después de ser dado de alta? Voy a leer una lista de razones, Para cada una, por favor, dígame si fue una razón para su bebé. ¿Fue a causa de \_\_\_\_\_?

(PREGUNTA GUIA: Después de ser dado de alta, ¿tuvo que regresar su bebé al hospital debido a \_\_\_\_\_?)

Razones	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Problemas respirando				
b. Dificultades en alimentación				
c. Deshidratación				
d. Cirugía				
e. Lesión				
f. Abstinencia de drogas				
g. Ictericia				
h. Fiebre				
i. Infecciones respiratorias o de otro tipo				
j. Detección o reevaluación de audiología				
k. ¿Tuvo que ir al hospital por otra razón?				
l. Si contestó "Sí", pregunte: ¿Cuál fue?				

43. ¿Su bebé está viviendo con usted actualmente? ¿Usted diría \_\_\_\_\_?

- 1 No, él o ella está viviendo con su padre biológico → Ir a la Pregunta 51  
2 No, él o ella está viviendo con otro miembro de la familia → Ir a la Pregunta 51  
3 No, él o ella está siendo cuidado en un orfanato → Ir a la Pregunta 51  
4 No, él o ella ha sido adoptado por otra persona → Ir a la Pregunta 51  
5 No, él o ella falleció → Sentimos mucho su pérdida. Ir a la Pregunta 51  
6 Sí

- (No Leer) 8 Rechazó → Ir a la Pregunta 51  
9 No sé/No Recuerdo → Ir a la Pregunta 51

Las proximas preguntas son sobre la salud de su bebé.

44. ¿Hay alguien que usted considere como el doctor o enfermera personal para su bebé? Un doctor o enfermera personal es un profesional de salud, quien conoce muy bien a su bebé y está familiarizado con su historial médico. Esto podría ser un doctor general, un pediatra, un doctor especialista, enfermera, o asistente médico.  
¿Diría que \_\_\_\_\_ ?

- 1 No
- 2 Sí, una persona
- 3 Sí, más de una persona

**(No Leer)** 8 Rechazó  
9 No sé/No Recuerda

45. ¿Qué edad tenía su bebé la última vez que tuvo una visita de salud o chequeo?

- 1 Edad en meses [ \_\_\_\_\_ ] [Rango: 0 – 10]

**(No Leer)** 2 Su bebé nunca ha tenido una visita de salud o chequeo → Ir a la Pregunta 47  
8 Rechazó → Ir a la Pregunta 47  
9 No sé/No Recuerdo → Ir a la Pregunta 47

46. Voy a leer una lista de cosas que los médicos, las enfermeras o los profesionales de la salud podrían hacer durante los controles de su bebé. Para cada uno, por favor, dígame con qué frecuencia lo hicieron durante sus chequeos.

**(PREGUNTA GUIA: ¿Diría que fue siempre, a veces o nunca \_\_\_\_\_?)**

Acciones	<b>(No Leer)</b>				
	<b>Siempre (1)</b>	<b>A veces (2)</b>	<b>Nunca (3)</b>	<b>Rechazó (8)</b>	<b>No sé (9)</b>
a. Pasó suficiente tiempo con usted y su bebé					
b. Le escuchó atentamente					
c. Mostró sensibilidad a los valores y costumbres de su familia					
d. Proporcionó la información que necesitaba sobre su bebé.					
e. Ayudó que usted sintiera como un compañero en el cuidado de su bebé					
f. Preguntó si tenía preocupaciones sobre el desarrollo de su bebé					

47. Voy a leer una lista sobre el comportamiento de su bebé. Para cada una, por favor dígame si le aplica a su bebé. Para cada pregunta, diga **No** si no le aplica a su bebé, **A veces** si le aplica a veces, o **Frecuentemente** si le aplica a su bebé todo el tiempo.

Acciones	(No Leer)				
	No (1)	A veces (2)	Frecuentemente (3)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. ¿Su bebé tiene dificultades estando con personas nuevas?					
b. ¿Su bebé tiene dificultades en lugares nuevos?					
c. ¿Su bebé tiene dificultades con cambios?					
d. ¿A su bebé le molesta ser cargado por otras personas?					
e. ¿Su bebé llora mucho?					
f. ¿A su bebé se le hace difícil tranquilizarse?					
g. ¿Su bebé es quisquilloso o irritable?					
h. ¿Es difícil consolar a su bebé?					
i. ¿Es difícil mantener a su bebé en un horario o rutina?					
j. ¿Es difícil dormir a su bebé?					
k. ¿Usted tiene dificultades durmiendo suficiente debido a su bebé?					
l. ¿Su bebé tiene problemas quedándose dormido?					

48. Voy a leer una lista de cosas sobre el desarrollo de su bebé. Para cada una, por favor dígame cuánto está haciéndolo su bebé ahora mismo. Para cada pregunta, diga **Aún no** si su bebé aún no lo está haciendo, **Más o menos** si su bebé lo hace a veces, o **Mucho** si su bebé lo hace todo el tiempo. Si su bebé ya no hace algo, por favor díganos la opción que describe cuánto solía hacerlo.

(PREGUNTA GUIA: ¿Usted diría que lo hace \_\_\_\_\_ aún no lo hace, más o menos, o lo hace mucho?)

Acciones	(No Leer)				
	Aún no (1)	Más o menos (2)	Mucho (3)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Sube sus manos para ser cargado					
b. Se pone en posición sentada por si solo					
c. Coge la comida y se la come					
d. Se levanta a la posición parada					
e. Participa en juegos como palmaditas y escondite					
f. Llama a sus padres "mamá" o "papá" o nombres similares					
g. Mira a su alrededor cuando alguien dice cosas como "¿Donde está tu biberón?" o "¿Donde está tu pañito?"					
h. Imita sonidos que hacen otras personas					
i. Camina a través de un cuarto sin ayuda					
j. Sigue instrucciones como "Ven aquí" o "Dame la bola"					

49. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que su bebé tiene algún retraso en el desarrollo?

(No Leer) 1 No  
2 Sí

→ Ir a la Pregunta 51

- 8 Rechazó
- 9 No sé/No Recuerda

→ Ir a la Pregunta 51  
 → Ir a la Pregunta 51

50. ¿Ha recibido alguna referencia o servicio para apoyar el aprendizaje y desarrollo temprano de su bebé? Voy a leer una lista de servicios. Para cada una, dígame si ha recibido el servicio de referencia o no.

Services	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Referencia a un especialista en desarrollo				
b. Referencia a una fisioterapeuta				
c. Servicios del programa “Early Head Start”				
d. Servicios del programa “Healthy Start”				
e. Servicios de un programa de intervención temprana para bebés y niños.				
f. Servicios tales como programas para padres o grupos de apoyo				
g. Servicios tales como visitas domiciliarias				
h. ¿Ha recibido otra referencia u otro servicio para su bebé?				
<b>Si contestó Sí, pregunte: ¿Cuál fue?</b>				

51. Desde que nació su bebé, ¿ha utilizado alguno de los siguientes servicios? Voy a leer una lista de servicios. Para cada una, dígame si ha utilizado alguno de los servicios desde que nació su bebé.

Servicios	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. WIC				
b. SNAP				
c. Grupos de apoyo a padres				
d. Asistencia para vivienda				
e. Asistencia financiera				
f. Asistencia de transportación				
g. Cuidado para niños de emergencia				

Las siguientes preguntas son sobre cosas que usted puede haber experimentado en los pasados 30 días.

En los últimos 30 días, díganos con qué frecuencia se cumplen las siguientes afirmaciones:

52. “Nos preocupábamos si nuestra comida se nos acabaría antes de tener dinero para comprar más.”  
 ¿Usted diría que esto fue usualmente cierto, a veces cierto o nunca cierto en los últimos 30 días?

- 1 Usualmente cierto
- 2 A veces cierto
- 3 Nunca cierto

- (No Leer)
- 8 Rechazó
  - 9 No sé/No Recuerdo

53. "La comida que compramos simplemente no duraba y no teníamos dinero para comprar o conseguir más." ¿Usted diría que esto fue usualmente cierto, a veces cierto o nunca cierto en los últimos 30 días?

- 1 Usualmente cierto
- 2 A veces cierto
- 3 Nunca cierto

(No Leer) 8 Rechazó  
9 No sé/No Recuerdo

54. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? ¿Diría usted que se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

- (No lea)
- 1 Siempre
  - 2 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 4 Rara vez
  - 5 Nunca
- 
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

55. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

- (No lea)
- 1 Siempre
  - 2 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 4 Rara vez
  - 5 Nunca
- 
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

56. Desde de que nació su 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 bebé, ¿ \_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?)

Persona	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Su madre, padre o suegros				
c. Otro miembro de la familia o pariente				
d. Un(a) amigo(a)				
e. La comunidad religiosa				
f. ¿Le hubiera ayudado otra persona?				
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién le hubiera ayudado? _____ _____				
h. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema?				

Las siguientes preguntas son acerca de usted y su familia.

57. Voy a leer una lista de personas que podrían vivir en la misma casa con usted **actualmente**. Al decir cada una, por favor dígame si esa persona vive con usted en **este momento**.

(PREGUNTE: ¿\_\_\_\_\_ vive en la misma casa con usted **actualmente**?)

	(No lea)
--	----------

Persona	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Su esposo o pareja				
b. Niños menores de 12 meses de edad →SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
c. Niños de 1 a 5 años de edad →SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
d. Niños de 6 años de edad o más →SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE ¿Cuántos? _____ (Range: 0-20)				
e. Su madre				
f. Su padre				
g. Los padres de su esposo o pareja				
h. Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto				
i. Otro miembro de la familia o pariente				
j. ¿Vive alguien más con usted ahora?				
k. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién vive con usted? _____ _____				
l. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ" PREGUNTE → ¿Vive sola?				

58. ¿Está usted embarazada *actualmente*?

(No Leer)

- 1 No  
2 Sí

→ Ir a la Pregunta 60

- 8 Rechazó  
7 No sé/No Recuerda

→ Ir a la Pregunta 60

→ Ir a la Pregunta 60

59. Piense en el tiempo **justo antes** de quedar embarazada de su **nuevo** bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor seleccione la que describa mejor cómo se sentía.

**(PREGUNTE: Justo antes de quedar embarazada de su *nuevo* bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?)**

- 1 No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- 2 Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- 3 Quería quedar embarazada en ese momento
- 4 No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- 5 No estaba seguro de lo que quería

- (No lea)**
- 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/no recuerda

**INTERVIEWER: Si la madre está embarazada actualmente, ir a la Pregunta 63.**

**60.** ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo **actualmente** para evitar un embarazo? Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- (No lea)**
- 1 No
  - 2 Sí → Ir a la Pregunta 62
  - 8 Se rehusó → Ir a la Pregunta 63
  - 9 No sabe/no recuerda → Ir a la Pregunta 63

**61.** Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres o sus esposos o parejas tienen para no hacer algo a fin de evitar un embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted o su esposo o pareja **actualmente**. ¿Es porque \_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE: ¿Una de las razones por las que no está haciendo algo para evitar un embarazo *ahora* es porque \_\_\_\_\_?)**

Razón	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Usted quiere quedar embarazada				
b. Usted está embarazada ahora				
c. Se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio				
d. Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo				
e. Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos				
f. No está teniendo relaciones sexuales				
g. Su esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo				
h. Tiene problemas para pagar por los anticonceptivos				

i.	¿Tiene cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?				
j.	SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es esa razón?	<hr/> <hr/>			

**ENTREVISTADORA:** Si la madre o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 63.

**62.** Voy a leer una lista de métodos anticonceptivos que algunas personas usan para evitar el embarazo. Al decir cada uno, por favor dígame si usted o su esposo o pareja está usándolo **actualmente**.

(PREGUNTE: ¿Qué está usando usted o su esposo o pareja **actualmente** para evitar un embarazo?)

Método	(No lea)			
	No (1)	Sí (2)	Se rehusó (8)	No sabe (9)
a. Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio, esterilización femenina o Essure <sup>®</sup>				
b. Vasectomía o esterilización masculina				
c. Píldoras anticonceptivas				
d. Condones				
e. Inyecciones o Depo-Provera <sup>®</sup>				
f. Parche anticonceptivo o OrthoEvra <sup>®</sup> o anillo vaginal o NuvaRing <sup>®</sup>				
g. IUD o dispositivo intrauterino, incluyendo Mirena <sup>®</sup> , ParaGard <sup>®</sup> , Liletta <sup>®</sup> o Skyla <sup>®</sup>				
h. Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo, incluyendo Nexplanon <sup>®</sup> o Implanon <sup>®</sup>				
i. Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo				
j. El hombre se retira				
k. No tener relaciones sexuales o abstinencia				
l. ¿Está usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método anticonceptivo para evitar el embarazo <b>ahora</b> ?				

m. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál método está usando?

Estas últimas preguntas son a cerca de cosas que pueden haber pasado o que usted puede haber experimentado antes de que tuviera 18 años de edad. Entendemos que algunas de estas preguntas pueden ser difíciles, pero sus contestaciones nos ayudarían a entender algunas de las cosas que las personas pueden experimentar cuando están creciendo.

**63. Cuando eras menor, durante los primeros 18 años de edad ...**

Preguntas	(No Leer)			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. ¿Sus padres estuvieron divorciados o separados <i>en algún</i> momento?				
b. ¿Su mamá era menor de 18 años cuando le tuvo?				
c. ¿Su papá era menor de 18 años cuando nació?				
d. ¿Vivió con alguien que bebía mucho o era alcohólico?				
e. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o suicida?				
f. ¿Vivió con alguien que usó drogas ilegales o que abusó de medicamentos recetados?				
g. ¿Vivió con alguien que cumplió una condena o fue condenado a cumplir una condena en una prisión, cárcel u otra institución correccional?				
h. ¿Tuvo que mudarte de casas o irse del lugar donde estabas viviendo frecuentemente?				
i. ¿Le gustaba ir a la escuela?				
j. ¿Dejó la escuela antes de poder graduarte?				
k. ¿Le hicieron <i>bullying</i> ?				

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

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

¿Hay algo más que quisiera decir sobre sus experiencias con respecto al embarazo, el cuidado de su bebé o la salud de las madres y los bebés en <estado>?

---



---



---

---

---

---

---

---

---