

Por favor, marque el recuadro al lado de su respuesta o siga las instrucciones en cada pregunta. Es posible que se le pida saltar alguna pregunta que no le aplique o corresponda a usted.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿En qué fecha nació *usted*?

	/		/	
Mes		Día		Año

2. Antes de quedar embarazada, ¿usted...?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada.

3. Antes de quedar embarazada, usted diría que, en general, su salud era...

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su *nuevo* bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Para cada opción, marque **No**, si no tuvo la enfermedad, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (no es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta o hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 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?

- No tomé multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces a la semana
 Todos los días de la semana

6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Chequeo regular con un médico de familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Visita por depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Visita para una limpieza dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

Si no fue a una visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 8.

7. En alguna de las visitas médicas que tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Habló conmigo acerca de... | | |
| a. Mi peso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequearme la presión arterial regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mis deseos de tener o no tener hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Métodos anticonceptivos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Me preguntó...

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si me sentía deprimida o ansiosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid
- CHIP o CHIP Perinatal
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

9. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid
- CHIP o CHIP Perinatal
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

10. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted actualmente?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid
- CHIP o CHIP Perinatal
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

11. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- Quería quedar embarazada más adelante
- Hubiera querido quedar embarazada antes
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- No estaba segura de lo que quería

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

- No
- Sí

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un médico, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo. (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas).

13. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo más reciente?

- No → **Pase a la página 4, pregunta 16**
- Sí

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

- No
- Sí

15. Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

- a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo
- b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia
- c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento).....
- d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé.....

Me preguntó...

- e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé
- f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé
- g. Si estaba tomando medicamentos recetados.....
- h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo
- i. Si estaba tomando alcohol
- j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente
- k. Si estaba usando drogas ilegales
- l. Si estaba usando marihuana.....
- m. Si quería hacerme la prueba del VIH.....

16. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas?

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

No Sí

- a. Vacuna contra la influenza (“flu” o gripe)..
- b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina)
- c. Vacuna contra el COVID-19

17. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:

A, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo
D, si se la puso **Durante** el embarazo
 o marque **N**, si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

A D N

- a. Vacuna contra la influenza (“flu” o gripe).....
- b. Vacuna Tdap.....
- c. Vacuna contra el COVID-19.....

18. Durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?

- No
 Sí

19. Las siguientes afirmaciones son acerca de los cuidados dentales durante su embarazo más reciente. Para cada opción, marque No o Sí.

No Sí

- a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo
- b. Un proveedor de atención dental u otro tipo de proveedor me habló acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías
- c. Sabía que era seguro ir al dentista durante el embarazo.....
- d. Tenía seguro para pagar la atención dental durante mi embarazo
- e. Necesité una consulta con un dentista por un **problema**
- f. Fui al dentista o a una clínica dental debido a un **problema**

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

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

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

21. En general, durante el embarazo, me sentí...

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

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

22. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 23. Si no la tuvo alta, pase a la página 6, pregunta 24.

23. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarlo a manejar su presión arterial alta?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente después del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo, ya que requerirían atención médica inmediata?

Algunos de estos “signos de advertencia de una urgencia” incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

No  **Pase a la pregunta 26**

Sí

25. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia de una urgencia de alguna de las siguientes fuentes?

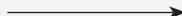
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Un proveedor de atención médica (como un doctor, una enfermera o una partera) ..
- b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)
- c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan “Hear Her” o “Escúchela” (como sitios web, redes sociales o folletos)
- d. Familiares o amigos

Las siguientes preguntas son acerca de los cigarrillos, cigarrillos electrónicos y otros productos del tabaco.

26. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 2 años?

No  **Pase a la pregunta 30**

Sí

27. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

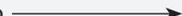
28. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces

29. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumo actualmente

30. En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

No  **Pase a la pregunta 34**

Sí

31. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

32. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- Todos los días
- Algunos días
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

33. En los últimos 2 años, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser una copa de vino, una lata o botella de cerveza, un refresco alcohólico carbonatado (“Hard Seltzer”), un trago de licor o un cóctel.

34. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó alguna bebida alcohólica durante...?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 ^{er} trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 36.

35. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 ^{er} trimestre)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

36. ¿Ocurrió alguna de las siguientes cosas durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me separé o divorcié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Yo estuve en la cárcel/prisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

38. En los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

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

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

39. *Durante* su embarazo más reciente, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

40. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Mes		Día		Año

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

Parto vaginal → **Pase a la pregunta 43**

Parto por cesárea

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

Marque TODAS las que correspondan

- Había tenido un parto anterior que fue por cesárea
- Mi bebé estaba mal posicionado (por ejemplo, de nalgas)
- Ya había pasado la fecha prevista del parto
- A mi proveedor de atención médica le preocupaba que mi bebé estaba demasiado grande
- Tenía una enfermedad o problema de salud que hacía que el parto fuera peligroso (como problemas cardíacos o una discapacidad física)
- Tuve complicaciones durante el embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor de atención médica trató de inducir el parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal mostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- Deseaba programar mi parto
- No quería un parto vaginal para dar a luz a mi bebé
- Otra opción → Por favor, díganos:

43. En general, durante el parto de mi bebé, me sentí...

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

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

44. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?

- Menos de 3 días
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la pregunta 47**

45. ¿Está vivo su bebé?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida. Pase a la página 11, pregunta 55**
- Sí

46. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 11, pregunta 55**
- Sí

Pase a la pregunta 47

47. ¿Por cuántas semanas o meses amamantó o le dio leche materna a su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- No amamanté a mi bebé
- Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- Amamanté a mi bebé:
 - semana(s) **O** mes(es)
- Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

Si usted amamantó en algún momento, pase a la página 10, pregunta 49.

48. ¿Cuáles fueron las razones para no amamantar a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

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

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta 50.

49. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrieron algunas de las siguientes cosas?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital habló conmigo acerca de cómo amamantar (cuándo y por cuánto tiempo hacerlo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta 55.

50. En las últimas 2 semanas, ¿en qué posición ha acostado a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?

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

- | | No | Sí |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. De lado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Boca arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Boca abajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con qué frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

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

Pase a la pregunta 53

52. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado la cuna o cama de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

- No
- Sí

53. En las últimas 2 semanas, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas? Para cada opción, marque **No o **Sí**.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, cuna portátil o moisés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, butaca o sillón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento de bebé para el auto ("car seat") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro lugar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

54. En las últimas 2 semanas, ¿acostó a su nuevo bebé para dormir con alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En un saco de dormir (manta tipo bolsa).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una manta en la que envolvió a su bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Protectores de cuna (con o sin malla) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

55. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- No
 Sí → **Pase a la página 12, pregunta 57**
 Estoy embarazada → **Pase a la página 12, pregunta 58**

56. ¿Cuáles son sus razones para no hacer algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- Quiero quedar embarazada o no me molestaría quedar embarazada
- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- No quiero usar anticonceptivos
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja no quiere usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quiere que yo use anticonceptivos
- Mi esposo(a) o pareja es del mismo sexo
- Tengo problemas para obtener los anticonceptivos que quiero
- No creo que pueda quedar embarazada porque estoy amamantando
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Otra opción → Por favor, díganos:

Si usted no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*, pase a la página 12, pregunta 58.

57. ¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo(a) o pareja *actualmente* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)
- Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)
- Pastillas anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (él eyacula afuera)
- Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)
- Otra opción → Por favor, díganos:

58. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.

No →

Pase a la pregunta 60

Sí

59. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

- a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo
- b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez
- c. Métodos anticonceptivos
- d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo
- e. Tomarme la presión arterial regularmente
- f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa

Me preguntó...

- g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos de tabaco sin humo
- h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente

Un proveedor de atención médica...

- i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes
- j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad

60. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

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

61. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?

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

62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?

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

63. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse o no ha podido controlar su preocupación?

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

64. ¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?

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

No Sí

- a. Durante mi embarazo más reciente.....
- b. Desde que nació mi nuevo bebé.....

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí

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

- No → **Pase a la página 14, pregunta 70**
- Sí

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

- No
- Sí → **Pase a la página 14, pregunta 70**

Pase a la página 14, pregunta 69

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

Marque TODAS las que correspondan

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

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

70. Por favor, díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

- a. Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más
- A menudo A veces Nunca
- b. La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más
- A menudo A veces Nunca

71. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿la falta de transporte le impidió hacer alguna de las siguientes cosas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ir a citas médicas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacer mandados o diligencias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

72. Durante su embarazo más reciente, ¿a qué tipos de citas de *cuidado prenatal* asistió?

Marque UNA respuesta

- Citas en persona solamente
- Citas virtuales (video o teléfono) solamente
- Ambas, citas en persona y virtuales
- No tuve cuidado prenatal

Pase a la pregunta 74

73. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de *cuidado prenatal*?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

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

No Sí

- a. He sentido que algo no estaba bien con mi salud.....
- b. He sentido que mis preocupaciones acerca de mi salud no han sido tomadas en serio.....
- c. He sentido que mi médico ignoraba mis preocupaciones acerca de mi salud o mis síntomas.....

75. ¿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, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente.....
- b. Durante mi embarazo más reciente.....
- c. Mientras estuve en el hospital para el parto y nacimiento.....
- d. Desde que nació mi nuevo bebé.....

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

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

No Sí

- a. Un proveedor de atención médica (como un médico, enfermera o partera)..
- b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter).....
- c. Alguna fuente de información que haya usado el eslogan **"Hear Her"** o **"Escúchela"** (como una página web, redes sociales o un folleto).....
- d. Familiares o amigos.....

77. Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?

Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

No Sí

- a. Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel..
- b. Mi estado de discapacidad.....
- c. Mi estatus de inmigración.....
- d. Mi edad.....
- e. Mi peso.....
- f. Mi salario o ingresos.....
- g. Mi sexo o género.....
- h. Mi orientación sexual.....
- i. Mi religión.....
- j. Mi idioma o acento.....
- k. Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico.....
- l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas).....
- m. Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión).....
- n. Otra razón.....

Por favor, díganos:

78. Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- Muy a menudo
- A menudo
- No tan a menudo
- Nunca

79. ¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Trabajo (contratación, ascenso o despido) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los tribunales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En la escuela o la escuela de mi hijo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Al recibir atención médica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

80. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que obtuvo el apoyo social y emocional que necesitaba?

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

81. El estrés es una situación en donde una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada todo el tiempo.

En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés?

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la pregunta 83.

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

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

83. 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 opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, suicida o que tenía una enfermedad mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con el consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Fue separada de un padre o tutor legal porque ellos fueron a la cárcel, prisión o centro de detención? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Sus padres u otros adultos en su hogar se abofeteaban, golpeaban, pateaban, pegaban o golpeaban entre sí? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Un padre u otro adulto en su hogar la golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Alguno de sus padres u otro adulto en su hogar la insultó o menospreció? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted le hizo hacer cosas sexuales que usted no quería hacer (como besarse, tocarse o tener relaciones sexuales)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por satisfacer necesidades básicas de usted, como velar por su seguridad y asegurarse de que tuviera ropa limpia y suficiente para comer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

84. 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 opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. ¿Se sentía que podía hablar con un adulto en su familia u otro adulto que se preocupara por usted acerca de sus sentimientos?.....
- b. ¿Se sentía que podía hablar con un amigo acerca de sus sentimientos?
- c. ¿Tuvo un sentido de pertenencia en la escuela secundaria?

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé.

85. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.

- \$0 a \$18,000
- \$18,001 a \$23,000
- \$23,001 a \$27,000
- \$27,001 a \$32,000
- \$32,001 a \$37,000
- \$37,001 a \$42,000
- \$42,001 a \$48,000
- \$48,001 a \$60,000
- \$60,001 a \$85,000
- \$85,001 o más

86. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de estos ingresos?

Número de personas

87. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /
Mes Día Año

**¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!
¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus
experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor, utilice este
espacio para contarnos.**

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

Sus respuestas ayudarán a que las madres y los bebés en Texas sean más sanos.

