

**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. ¿Cómo describiría su género?

- Femenino  
 Masculino  
 Transgénero  
 "Genderqueer" o de género no conforme  
 Prefiere autodescribirlo → Por favor, díganos:

### 3. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

- Heterosexual  
 Lesbiana o gay  
 Bisexual  
 Prefiere autodescribirlo → Por favor, díganos:

### 4. 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.**

### 5. 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 ( <b>no</b> 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"/> |

**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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>   |                          |                          |
| 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)
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o FAMIS/FAMIS MOMS
- 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)
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o FAMIS/FAMIS MOMS
- 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)
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid o FAMIS/FAMIS MOMS
- 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 → **Pase a la página 4, pregunta 15**

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

- No → **Pase a la página 4, pregunta 18**
- Sí

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (eyacular afuera)
- Método de planificación familiar natural (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)
- Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)
- Otra opción → Por favor, díganos:

---

**Si no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la página 4, pregunta 18.**

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

No → **Pase a la pregunta 18**

Sí

**16. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad para que le ayudara a quedar embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

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

\_\_\_\_\_

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

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

### 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).

**18. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo más reciente?**

No → **Pase a la pregunta 22**

Sí

**Pase a la pregunta 19**

**19. 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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Hablé conmigo acerca de...</b>   |                          |                          |
| a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Me preguntó...</b>   |                          |                          |
| e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si estaba tomando medicamentos recetados.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si estaba tomando alcohol .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Si estaba usando drogas ilegales .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Si estaba usando marihuana.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Si quería hacerme la prueba del VIH .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No  
 Sí

**21. ¿Cómo le sugirió su proveedor de atención prenatal que diera a luz a su nuevo bebé?**

**Marque UNA respuesta**

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

**22. 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)..                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. ¿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)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No  
 Sí

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

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

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

No → **Pase a la pregunta 28**

Sí

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Una enfermera, asistente de enfermería o partera
- Una maestra o educadora de salud
- Una *doula* (asistente de parto) o una educadora del parto
- Otra persona → Por favor, díganos:
- No sé

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

**Marque UNA respuesta**

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

29. **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 <b>comenzó</b> durante <i>este</i> embarazo) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que <b>comenzó</b> durante <i>este</i> 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 30. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 31.**

**30. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarle 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 <b>durante</b> el embarazo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablé conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable <b>después</b> del embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablé conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente <b>después</b> del embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas <b>después</b> del embarazo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**31. 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 33**  
 Sí

**Pase a la pregunta 32**

**32. 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) ..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan " <b>Hear Her</b> " o " <b>Escúchela</b> " (como sitios web, redes sociales o folletos) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Familiares o amigos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- No → **Pase a la página 8, pregunta 37**  
 Sí

**34. 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

**35. 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

**36. 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

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

No Pase a la pregunta 41

Sí

**38. 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

**39. 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

**40. 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.**

**41. 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 <sup>er</sup> 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 <sup>do</sup> trimestre)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> trimestre)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 43.**

**42. 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 <sup>er</sup> 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 <sup>do</sup> trimestre)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> 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.**

**43. ¿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 divorcé .....  | <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"/> |

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

Marque UNA respuesta

- Suficiente de los tipos de comida que yo quería comer
- Suficiente, pero no siempre el tipo de comida que yo quería comer
- A veces no había suficiente para comer
- A menudo no había suficiente para comer

Pase a la pregunta 46

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

Marque TODAS las que correspondan

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

**46. 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. Otra persona .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**47. 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?**

- |                                     | 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. Otra persona .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

**DESPUÉS DEL EMBARAZO**

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

**49. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	
Mes		Día		Año

**50. 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 53**

**51. ¿Está vivo su bebé?**

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la página 12, pregunta 61**

**Pase a la pregunta 52**

**52. ¿Vive con usted su bebé actualmente?**

- No → **Pase a la página 12, pregunta 61**
- Sí

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

**Marque UNA respuesta**

- No amamanté a mi bebé → **Pase a la pregunta 55**
- 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 → **Pase a la pregunta 56**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

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

Si usted amamantó en algún momento, pase a la pregunta 56.

55. ¿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 todavía está en el hospital, pase a la página 12, pregunta 61.

56. 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"/> |

57. 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 59

Pase a la pregunta 58

58. 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

59. 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:

\_\_\_\_\_

60. 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:

\_\_\_\_\_

**61. ¿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 pregunta 63**  
 Estoy embarazada → **Pase a la pregunta 64**

**62. ¿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 pregunta 64.**

**63. ¿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:

**64. 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  
 Sí

→ **Pase a la pregunta 66**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- No sabía que necesitaba uno  
 No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta  
 Me sentía bien y no pensé que era necesario ir a la consulta  
 No pude conseguir una cita cuando quería  
 No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico  
 Tenía muchas otras cosas que estaban pasando  
 No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela  
 No tenía a alguien que pudiera cuidar a mis hijos  
 El consultorio médico estaba demasiado lejos  
 Otra opción → Por favor, díganos:

**Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la pregunta 67.**

**66. 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 .....

**67. 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

**68. 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

**69. 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

**70. 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

**71. ¿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**.

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Desde que nació mi nuevo bebé.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

#### OTRAS EXPERIENCIAS

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**73. 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

**74. 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**.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

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

No → **Pase a la pregunta 78**

Sí

**76. ¿Se tomó licencia o tiempo libre del trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo *con paga*
- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo *sin paga*
- Sí, tomé licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA por sus siglas en inglés)
- No tomé licencia o tiempo libre

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

**Marque UNA respuesta**

- No, y no planeo regresar
- No, pero voy a regresar
- Sí

**78. ¿Recibió apoyo de una *doula* o asistente de parto durante alguno de los siguientes periodos?** Una *doula* o asistente de parto es una persona capacitada que acompaña y brinda comodidad, apoyo emocional e información durante el embarazo y el parto. Una *doula* o asistente de parto no brinda cuidados médicos. Para cada periodo, marque **No** o **Sí**.

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

**79. 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..              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi estado de discapacidad.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi estatus de inmigración .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi edad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi peso .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi salario o ingresos .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi sexo o género.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi orientación sexual .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Mi religión .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi idioma o acento .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Otra razón.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

---

**80. 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

**81. ¿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"/> |

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

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

- Siempre  
 A menudo  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

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

- No —————→ **Pase a la pregunta 86**  
 Sí  
 No sé —————→ **Pase a la pregunta 86**

**84. ¿Alguna de estas armas de fuego está cargada actualmente?**

- No —————→ **Pase a la pregunta 86**  
 Sí  
 No sé —————→ **Pase a la pregunta 86**

**Pase a la pregunta 85**

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

- No  
 Sí  
 No sé

**86. 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 <i>la</i> 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"/> |



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

**87. 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

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

Número de personas

**89. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  /

Mes

Día

Año

Las siguientes preguntas son acerca de la marihuana.

**D1. En algún momento durante los 3 meses antes de quedar embarazada o durante su embarazo más reciente, ¿usó la marihuana o cannabis en cualquier forma?**

- No → **Pase a la página 18, pregunta D6**
- Sí

**D2. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana?**

- Diariamente
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana
- 2-3 días al mes
- Un día al mes o menos
- No usaba marihuana en ese momento

**D3. Durante su embarazo más reciente, en promedio, ¿con qué frecuencia usó productos de marihuana?**

- Diariamente
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana
- 2-3 días al mes
- Un día al mes o menos
- No usaba marihuana en ese momento → **Pase a la página 18, pregunta D6**

**D4. Durante su embarazo más reciente, ¿cómo usó la marihuana?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- La fumé
- La comí
- La bebí
- La vaporicé
- La usé en concentrado o "dabbing"
- Otra manera → Por favor, díganos:

**D5. ¿Por qué usó productos de marihuana durante su embarazo?**

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Para aliviar las náuseas o vómitos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Para aliviar el estrés o la ansiedad ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Para aliviar una enfermedad crónica .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Para ayudarme a dormir .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Para aliviar el dolor .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Para divertirme o relajarme .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra razón .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

**Si usted no tuvo cuidado prenatal, pase a la pregunta D8.**

**D6. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica hizo algo de lo siguiente?** Por favor, incluya si le preguntaron en un formulario por escrito o durante una conversación. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me preguntó si estaba usando marihuana.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Recomendó que usara marihuana por alguna razón.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me aconsejó que no usara marihuana .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me aconsejó que no amamantara mi bebé si estaba usando marihuana..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D7. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica la refirió a tratamiento por abuso de drogas (medicamentos recetados o no recetados)?**

- No
- Sí
- No usé ninguna droga durante el embarazo

**D8. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado la marihuana o cannabis en cualquier forma?**

- No
- Sí

**D9. ¿Cuánto tiempo cree que una mujer debe esperar para dar pecho a su bebé después de usar marihuana?**

**Marque UNA respuesta**

- No creo que tiene que esperar
- Creo que es mejor esperar hasta que se le quite el efecto de estar drogada
- Creo que es mejor esperar 2-3 horas después de que se le quite el efecto de estar drogada
- No creo que es seguro usar la marihuana en ningún momento si una mujer está dando pecho

**Las siguientes preguntas son acerca de los medicamentos recetados.**

**D10. Durante su embarazo más reciente, ¿usó antidepresivos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS o SSRI, por sus siglas en inglés) como Prozac, Zoloft o Lexapro?**

- No
- Sí

**D11. Durante su embarazo más reciente, ¿usó medicamentos recetados para aliviar el dolor o analgésicos como hidrocodona o Vicodin®, oxycodona o Percocet®, o codeína?**

- No → **Pase a la pregunta VC1**
- Sí

**D12. ¿Cómo describiría la forma en que consiguió los medicamentos recetados para aliviar el dolor que utilizó durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Yo tenía una receta actual
- Yo tenía medicamentos que me sobraron de una receta vieja
- Yo conseguí los medicamentos sin receta

**Estas últimas preguntas son sobre la vacuna contra el COVID-19.**

**VC1. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**

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

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Habló conmigo acerca de la vacuna contra el COVID-19.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Recomendó que me pusiera la vacuna contra el COVID-19.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me ofreció ponerme la vacuna contra el COVID-19.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me envió o remitió a otro lugar para que me pusieran la vacuna contra el COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**VC2. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió al menos una inyección o dosis de la vacuna contra el COVID-19?**

- No  
 Sí

**Pase a la página 20, pregunta VC5**

**Pase a la pregunta VC3**

**VC3. ¿Cuáles fueron sus razones para no vacunarse contra el COVID-19 durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No estaba en uno de los grupos que podían recibir la vacuna contra el COVID-19
- La vacuna no estaba disponible o se acabó en mi área
- No pude conseguir una cita o fui colocada en una lista de espera
- No tenía transportación para llegar a un lugar de vacunación
- El personal del centro de vacunación no quiso ponerme la vacuna porque estaba embarazada
- Me preocupaba la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mi bebé
- Me preocupaban la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mí
- Tengo una alergia o problema de salud que me impedía ponerme la vacuna
- Mi médico o proveedor de atención médica me dijo que no me pusiera la vacuna
- Me había puesto la vacuna contra el COVID-19 antes de mi embarazo
- Ya me había dado COVID-19
- No tenía suficiente información acerca de la vacuna para sentirme cómoda en ponérmela
- Me preocupaba que la vacuna contra el COVID-19 se desarrolló demasiado rápido
- No pensé que la vacuna me protegería contra el COVID-19
- No pensaba que el COVID-19 era una enfermedad grave
- No pensaba que estaba en riesgo de contraer COVID-19
- Preferí usar mascarillas y otras precauciones en vez
- No creo que las vacunas sean beneficiosas
- Otra razón —————> Por favor, díganos:

**VC4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sido vacunada contra el COVID-19?**

- No  
 Sí

**VC5. ¿En CUÁL de las siguientes fuentes confía más para recibir información acerca de la vacuna contra el COVID-19?**

**Marque UNA respuesta**

- Mi doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica  
 Mi farmacéutica  
 Sitio web o informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés)  
 Sitio web o informes de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés)  
 Mi departamento de salud estatal o local  
 Familiares o amigos  
 Reportajes de noticias (como noticias de radio o televisión)  
 Sitios de redes sociales como Facebook  
 Sitios web acerca de la salud u otros temas —————> Por favor, díganos:

- Alguna otra fuente —————> Por favor, díganos:

**VC6. ¿Cuál de las siguientes describe su trabajo o actividades de voluntariado durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Trabajé o fui voluntaria brindando atención médica directa a pacientes (como doctora, enfermera, dentista, terapeuta, proveedora de atención médica en el hogar o personal de emergencia)  
 Trabajé o fui voluntaria en el área de atención médica, pero no brindaba atención médica directa a pacientes (como ser personal administrativo, personal de limpieza, transporte de pacientes o secretaria de sala)  
 Trabajé o fui voluntaria en un puesto en el que regularmente estaba en contacto con el público (como en educación, supermercados o tiendas, transporte público, restaurantes o servicios de alimentos, cumplimiento de la ley o servicios postales o de entrega)  
 Trabajaba o fui voluntaria en un puesto que no estaba regularmente en contacto con el público  
 Ninguna de las anteriores

**¡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 Virginia sean más sanos.***

