

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?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
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. 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

### 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 ( <u>no</u> 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"/> |
| e. Asma .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Epilepsia (convulsiones) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5. 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 fue a alguna visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 7.**

**6. ¿Por qué no tuvo ningún chequeo médico en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ No sabía que necesitaba uno
- ☐ No tenía suficiente dinero o seguro para pagarlo
- ☐ Me sentía bien y no pensaba que necesitaba un chequeo
- ☐ No pude conseguir una cita cuando la quería
- ☐ No tenía ningún medio de transporte para llegar al centro de cuidado médico o al consultorio del médico
- ☐ Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- ☐ No podía tomar tiempo libre del trabajo o la escuela
- ☐ No tenía a alguien que pudiera cuidar a mis hijos
- ☐ El consultorio del médico estaba demasiado lejos
- ☐ Otra opción —————> Por favor, díganos:

**Si usted no tuvo ninguna consulta de atención médica, pase a la pregunta 9.**

**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 ..... ☐ No ☐ Sí
- b. Chequearme la presión arterial regularmente ..... ☐ No ☐ Sí
- c. Mis deseos de tener o no tener hijos ..... ☐ No ☐ Sí
- d. Métodos anticonceptivos ..... ☐ No ☐ Sí
- e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo ..... ☐ No ☐ Sí
- f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH ..... ☐ No ☐ Sí

**Me preguntó...**

- g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo ..... ☐ No ☐ Sí
- h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente ..... ☐ No ☐ Sí
- i. Si me sentía deprimida o ansiosa ..... ☐ No ☐ Sí

**8. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo?**

- ☐ No
- ☐ Sí

**Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.**

**9. 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
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:  
\_\_\_\_\_
- ☐ No tenía ningún seguro médico durante el *mes* antes de quedar embarazada

**10. 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
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:  
\_\_\_\_\_
- ☐ No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

**11. ¿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
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:  
\_\_\_\_\_
- ☐ No tengo ningún seguro médico *actualmente*

**Si usted tiene seguro médico ahora, pase a la página 4, pregunta 13.**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ El seguro médico es demasiado caro
- ☐ No puedo conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- ☐ Solicité el seguro médico, pero no lo tengo todavía
- ☐ Tuve problemas con la solicitud del seguro o con el sitio web
- ☐ Mis ingresos son demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- ☐ Mis ingresos son demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov, en inglés)
- ☐ No sé cómo obtener seguro médico
- ☐ Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, díganos:

**13. 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

**14. 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
- ☐ Sí \_\_\_\_\_ →

**Pase a la pregunta 16**

**Pase a la pregunta 15**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ No me preocupaba si quedaba embarazada
- ☐ Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- ☐ No quería usar anticonceptivos
- ☐ El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- ☐ Tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería
- ☐ Pensaba que mi esposo o pareja, o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- ☐ Mi esposo(a) o pareja no quería usar condones
- ☐ Mi esposo(a) o pareja no quería que yo usara anticonceptivos
- ☐ Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- ☐ Otra opción \_\_\_\_\_ → Por favor, díganos:

**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).

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

- ☐ No \_\_\_\_\_ → **Pase a la pregunta 19**
- ☐ Sí

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

- ☐ No
- ☐ Sí

**18. 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

**Hablé 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 ..... ☐ ☐

**19. 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 ..... ☐ ☐
- d. Vacuna contra el VRS o “RSV” en inglés (administrada durante el embarazo para proteger al bebé del virus respiratorio sincitial) ..... ☐ ☐

**20. ¿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 ..... ☐ ☐ ☐
- d. Vacuna contra el VRS (“RSV”) ..... ☐ ☐ ☐

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

- ☐ No
- ☐ Sí

**22. ¿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"/> |

**23. 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"/> |
| e. Asma.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Epilepsia (convulsiones).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 24. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 25.**

**24. 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. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable <b>después</b> del embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente <b>después</b> del embarazo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló 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"/> |

**25. 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 27**

☐ Sí ↓ **Pase a la pregunta 26**

**26. 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 X/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.**

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

☐ No → **Pase a la pregunta 31**

☐ Sí

**28. 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

**29. 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

**30. 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

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

☐ No → **Pase a la página 8, pregunta 35**

☐ Sí

**32. 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

**33. 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

**34. 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.

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

Marque UNA respuesta

- ☐ 14 o más bebidas a la semana
- ☐ 8 a 13 bebidas a la semana
- ☐ 4 a 7 bebidas a la semana
- ☐ 1 a 3 bebidas a la semana
- ☐ Menos de 1 bebida a la semana
- ☐ No tomaba en ese entonces

36. 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)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2<sup>do</sup> trimestre)? ..... ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3<sup>er</sup> trimestre)? ..... ☐ ☐

Si **no** consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 39.

37. 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)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2<sup>do</sup> trimestre)? ..... ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3<sup>er</sup> trimestre)? ..... ☐ ☐

38. Durante su embarazo más reciente, ¿algún proveedor de atención médica o visitadora al hogar le dijo que estaba bien beber un poco de alcohol durante el embarazo?

- ☐ No
- ☐ Sí

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.

39. ¿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 ..... ☐ ☐
- b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo..... ☐ ☐
- c. Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente ..... ☐ ☐
- d. Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio ..... ☐ ☐
- e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo..... ☐ ☐
- f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo..... ☐ ☐
- g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas..... ☐ ☐
- h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión..... ☐ ☐
- i. Yo estuve en la cárcel/prisión ..... ☐ ☐
- j. Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas ..... ☐ ☐
- k. Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió ..... ☐ ☐



**40. 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"/> |

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

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**42. 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 45**

**43. ¿Está vivo su bebé?**

- ☐ No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- ☐ Sí → **Pase a la página 11, pregunta 54**

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

- ☐ No → **Pase a la página 11, pregunta 54**
- ☐ Sí →

**Pase a la pregunta 45**

**45. ¿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 página 10, pregunta 47**
- ☐ 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 página 10, pregunta 48**

**46. ¿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 página 10, pregunta 48.**

47. ¿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 49.

48. 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 54.

49. 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"/> |

50. 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 52

51. 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

**52. 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:

---

**53. 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:

---

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta 55.**

**54. Mientras estuvo en el hospital para el nacimiento de su nuevo bebé, ¿algún proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Habló conmigo acerca de los métodos anticonceptivos que puedo usar después del parto .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me operó (ligaron o bloquearon las trompas).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me puso un dispositivo intrauterino (DIU).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me puso un implante anticonceptivo en el brazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me puso una inyección anticonceptiva ...   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me dio o recetó un método anticonceptivo para que lo comenzara en otro momento (como píldoras anticonceptivas, parche, anillo) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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**

**Pase a la página 12, pregunta 56**

**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 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 ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Desde que nació mi nuevo bebé .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OTRAS EXPERIENCIAS

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

**65. ¿Cómo describiría su orientación sexual?**

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

---

**66. 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

**67. 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"/> |

**68. Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó alguno de los siguientes servicios?** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)..... ☐ ☐
- b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) ..... ☐ ☐
- c. Consejería por problemas familiares o personales ..... ☐ ☐
- d. Ayuda para dejar de fumar..... ☐ ☐
- e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar ..... ☐ ☐
- f. Ayuda para dejar de consumir drogas..... ☐ ☐
- g. Asistencia con la vivienda o el alquiler..... ☐ ☐
- h. Otro..... ☐ ☐

Por favor, díganos:

---

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

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

No Sí

- a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)..... ☐ ☐
- b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) ..... ☐ ☐
- c. Consejería por problemas familiares o personales ..... ☐ ☐
- d. Ayuda para dejar de fumar..... ☐ ☐
- e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar ..... ☐ ☐
- f. Ayuda para dejar de consumir drogas..... ☐ ☐
- g. Asistencia con la vivienda o el alquiler..... ☐ ☐
- h. Otro..... ☐ ☐

Por favor, díganos:

---

**70. Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindaron mientras estuvo embarazada.** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. ¿Tenía a alguien a quien podía acudir cuando me sentía sola? ..... ☐ ☐
- b. ¿Tenía a alguien con quien podía hablar acerca de cosas que son importantes para mí o acerca cómo me sentía? ..... ☐ ☐
- c. ¿Tenía a alguien con quien podía contar para que escuchara mis problemas, preocupaciones y miedos? ..... ☐ ☐
- d. ¿Tenía a alguien que me demostraba amor y cariño? ..... ☐ ☐
- e. ¿Tenía a alguien que hacía cosas conmigo para poder relajarme o divertirme? ..... ☐ ☐
- f. ¿Tenía a alguien con quien contar para que me prestara dinero para cosas como comida o facturas? ..... ☐ ☐
- g. ¿Tenía a alguien que podía cuidar de mi(s) hijo(s) cuando necesitaba ayuda? .... ☐ ☐
- h. ¿Tenía a alguien que me podía ayudar con las tareas diarias si estaba enferma?.. ☐ ☐
- i. ¿Tenía a alguien que podía llevarme al centro médico o al consultorio del médico si necesitaba transporte? ..... ☐ ☐

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

☐ No

☐ Sí

**Pase a la pregunta 73**

**72. ¿Alguna de las siguientes cosas afectó su decisión de tomar licencia o tiempo libre del trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé?** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

**No    Sí**

- a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia ..... ☐ ☐
- b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo de licencia..... ☐ ☐
- c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o más tiempo de licencia..... ☐ ☐
- d. Mi trabajo no tiene licencia remunerada.. ☐ ☐
- e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... ☐ ☐
- f. No tenía suficiente tiempo acumulado para tomar una licencia o para tomar más tiempo..... ☐ ☐

**73. ¿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..... ☐ ☐
- b. Durante el nacimiento de mi nuevo bebé ..... ☐ ☐
- c. Desde que nació mi nuevo bebé..... ☐ ☐

**74. 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..... ☐ ☐
- 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:

---

**75. 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

**76. ¿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"/> |

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

**77. 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

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

Número de personas

**79. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/

/

Mes

Día

Año

**Las siguientes preguntas son acerca de usted.**

**S1. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?**  
**Marque UNA respuesta**

- ☐ Tengo un lugar estable para vivir
- ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ☐ No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando por un tiempo con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque)

**S2. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia no pudo comer comidas balanceadas porque era muy costoso?** Una comida balanceada incluye todos los tipos de alimentos que usted cree que deberían ser parte de una comida saludable. Por ejemplo, alimentos con almidón como papas o arroz, vegetales o frutas y alguna proteína como carne, pescado, queso o huevos.

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

**S3. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sus proveedores de atención médica le han explicado cosas acerca de su salud en una manera fácil de entender?**

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



**S4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?**

☐ No → **Pase a la pregunta S7**

☐ Sí

**S5. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?**

☐ No

☐ Sí → **Pase a la pregunta S7**

**S6. ¿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 razón o razones → Por favor, díganos:

**S7. 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

**S8. 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

**¡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 Utah sean más sanos.***

