

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿En qué fecha nació usted?

	/		/	
Mes		Día		Año

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda? | ☐ | ☐ |
| b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega? | ☐ | ☐ |
| c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras? | ☐ | ☐ |
| d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | ☐ | ☐ |
| e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta? | ☐ | ☐ |
| 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? | ☐ | ☐ |

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

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

- ☐ Excelente
☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Regular
☐ Mala

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

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**no** es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo)..... ☐ ☐
- b. Presión arterial alta o hipertensión..... ☐ ☐
- c. Depresión..... ☐ ☐
- d. Ansiedad..... ☐ ☐

5. Durante el *mes* antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

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

6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

Por favor, díganos:

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

7. En alguna de las visitas médicas que tuvo en los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

Me preguntó...

g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo.....	☐	☐
h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente	☐	☐
i. Si me sentía deprimida o ansiosa	☐	☐

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

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

Marque **TODAS** las que correspondan

☐ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
☐ Medicaid (HIP, Hoosier Healthwise, Hoosier Care Connect)
☐ TRICARE u otro seguro médico militar
☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:
☐ No tenía ningún seguro médico durante el <i>mes antes</i> de quedar embarazada

Si usted **tenía** seguro médico durante el **mes antes** de quedar embarazada, pase a la pregunta 10.

9. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ El seguro médico era demasiado caro
- ☐ No pude obtener seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo(a) o pareja
- ☐ Solicité el seguro médico, pero no lo tenía todavía
- ☐ Tuve problemas con la solicitud del seguro o con el sitio web
- ☐ Mis ingresos eran demasiado altos para ser elegible para Medicaid
- ☐ Mis ingresos eran demasiado altos para obtener un crédito tributario del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov, en inglés)
- ☐ No sabía cómo obtener seguro médico
- ☐ Otra —————> Por favor, díganos:

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 (HIP, Hoosier Healthwise, Hoosier Care Connect)
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ 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 (HIP, Hoosier Healthwise, Hoosier Care Connect)
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico —————> Por favor, díganos:

- ☐ No tengo ningún seguro médico *actualmente*

12. 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

DURANTE EL EMBARAZO

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

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

- ☐ No —————> **Pase a la página 4, pregunta 15**
- ☐ Sí

Pase a la página 4, pregunta 14

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

☐ No

☐ Sí

Pase a la pregunta 16

15. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada opción, marque No o Sí.

No Sí

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería | ☐ | ☐ |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas..... | ☐ | ☐ |
| c. No tenía transporte para ir al centro médico o al consultorio del médico | ☐ | ☐ |
| d. El médico o mi plan de salud no empezaría a darme atención tan pronto como yo quería..... | ☐ | ☐ |
| e. Tenía muchas otras cosas que estaban pasando..... | ☐ | ☐ |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela..... | ☐ | ☐ |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid (HIP, Hoosier Healthwise, Hoosier Care Connect)..... | ☐ | ☐ |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos | ☐ | ☐ |
| i. No sabía que estaba embarazada..... | ☐ | ☐ |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada | ☐ | ☐ |
| k. No quería recibir cuidado prenatal | ☐ | ☐ |
| l. El consultorio del médico quedaba muy lejos..... | ☐ | ☐ |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la pregunta 17.

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

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

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

Me preguntó...

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

17. 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)..... | ☐ | ☐ |

18. ¿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")..... | ☐ | ☐ | ☐ |

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

- ☐ No
☐ Sí

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

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

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

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo)..... | ☐ | ☐ |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | ☐ | ☐ |
| c. Depresión..... | ☐ | ☐ |
| d. Ansiedad..... | ☐ | ☐ |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la página 6, pregunta 22. Si no la tuvo alta, pase a la página 6, pregunta 23.

22. 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 | ☐ | ☐ |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo..... | ☐ | ☐ |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo..... | ☐ | ☐ |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente después del embarazo | ☐ | ☐ |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo..... | ☐ | ☐ |

23. 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 25**
- ☐ Sí

Pase a la pregunta 24

24. 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.

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

- ☐ No —————→ **Pase a la pregunta 29**

☐ Sí

26. 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

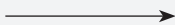
27. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- ☐ 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

28. 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

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

- ☐ No  **Pase a la pregunta 33**

☐ Sí

30. 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

31. 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

32. 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.

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

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

No Sí

- a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1^{er} trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2^{do} trimestre)? ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3^{er} trimestre)? ☐ ☐

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la página 8, pregunta 35.

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

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

No Sí

- a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1^{er} trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2^{do} trimestre)? ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3^{er} trimestre)? ☐ ☐

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.

35. ¿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..... | ☐ | ☐ |

36. 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 | ☐ | ☐ |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja..... | ☐ | ☐ |

37. 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 | ☐ | ☐ |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja..... | ☐ | ☐ |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

38. 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 41**

39. ¿Está vivo su bebé?

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

40. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

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

Pase a la pregunta 41

41. ¿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 44**

☐ 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 43**

42. ¿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:

43. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que bebió un líquido que no fuera leche materna (como fórmula, agua, jugo o leche de vaca)?

Marque UNA respuesta

☐ Mi bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna

☐ Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido

☐ Mi bebé tenía:

_____ semana(s) **O** _____ mes(es)

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 11, pregunta 54.

44. 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 | ☐ | ☐ |
| b. Boca arriba | ☐ | ☐ |
| c. Boca abajo | ☐ | ☐ |

45. 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 → **Pase a la página 10, pregunta 47**

☐ A menudo

☐ A veces

☐ Rara vez

☐ Nunca

46. ¿Con quién duerme por lo general su nuevo bebé cuando no está durmiendo solito?

Marque TODAS las que correspondan

☐ Conmigo

☐ Mi esposo(a) o pareja

☐ Un abuelo

☐ El gemelo de mi bebé

☐ Un hermano(a) mayor

☐ Otra persona → Por favor, díganos:

Si su bebé nunca duerme solo en su propia cuna o cama, pase a la pregunta 48.

47. 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

48. 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..... | ☐ | ☐ |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande | ☐ | ☐ |
| c. En un sofá, butaca o sillón | ☐ | ☐ |
| d. En un asiento de bebé para el auto ("car seat") | ☐ | ☐ |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada..... | ☐ | ☐ |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto..... | ☐ | ☐ |
| g. En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard") | ☐ | ☐ |
| h. Otro lugar | ☐ | ☐ |
- Por favor, díganos:

49. 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)... | ☐ | ☐ |
| b. En una manta en la que envolvió a su bebé..... | ☐ | ☐ |
| c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas | ☐ | ☐ |
| d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar.. | ☐ | ☐ |
| e. Protectores de cuna (con o sin malla) | ☐ | ☐ |
| f. Otra opción..... | ☐ | ☐ |

Por favor, díganos:

50. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita médica regular para su bebé, usualmente cuando tenga 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- ☐ No
☐ Sí

Pase a la pregunta 52

51. ¿Alguna de las siguientes cosas impidió que su bebé recibiera chequeos de rutina?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagarlos
- ☐ No tenía como llevar a mi bebé al centro de cuidado médico o al consultorio del médico
- ☐ No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos
- ☐ No pude conseguir una cita
- ☐ Mi bebé estaba demasiado enfermo para un chequeo de rutina
- ☐ Otra opción → Por favor, díganos:

52. ¿Ha llevado a su nuevo bebé a que reciba atención médica cuando ha estado enfermo?

- ☐ No
☐ Sí
☐ Mi bebé no se ha enfermado → **Pase a la pregunta 54**

53. Cuando su nuevo bebé ha estado enfermo, ¿lo ha llevado para que reciba atención médica todas las veces que usted ha querido?

- ☐ No
☐ Sí

54. ¿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 56**
☐ Estoy embarazada → **Pase a la página 12, pregunta 57**

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

Marque TODAS las que correspondan

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

Si usted **no está** haciendo algo para evitar un embarazo **actualmente**, pase a la página 12, pregunta 57.

56. ¿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:

57. 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 59

58. ¿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 60.

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

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

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

Me preguntó...

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

Un proveedor de atención médica...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

64. ¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?
 Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante mi embarazo más reciente | ☐ | ☐ |
| b. Desde que nació mi nuevo bebé..... | ☐ | ☐ |

65. En general, desde que nació mi nuevo bebé, me he sentido...

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómoda haciendo preguntas acerca de la <i>atención posparto</i> que estaba recibiendo | ☐ | ☐ |
| b. Cómoda rechazando atención médica si no la quería | ☐ | ☐ |
| c. Cómoda aceptando las opciones de atención médica que mi proveedor recomendaba..... | ☐ | ☐ |
| d. Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí | ☐ | ☐ |
| e. Que mis proveedores de atención médica me trataron con respeto..... | ☐ | ☐ |
| f. Satisfecha con la <i>atención posparto</i> que recibí..... | ☐ | ☐ |

66. 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 página 14, pregunta 69**
☐ Sí ↓

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

- ☐ No
☐ Sí → **Pase a la página 14, pregunta 69**

Pase a la página 14, pregunta 68

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

Marque TODAS las que correspondan

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

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

69. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

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

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ir a citas médicas..... | ☐ | ☐ |
| b. Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo | ☐ | ☐ |
| c. Hacer mandados o diligencias | ☐ | ☐ |

72. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Sus respuestas son estrictamente confidenciales.
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Medicamentos para la depresión..... | ☐ | ☐ |
| b. Medicamentos para la ansiedad..... | ☐ | ☐ |
| c. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®), o codeína..... | ☐ | ☐ |
| d. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante..... | ☐ | ☐ |
| e. Benzodiazepinas (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, downers o ludes) | ☐ | ☐ |
| f. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina..... | ☐ | ☐ |
| g. Naloxona..... | ☐ | ☐ |
| h. Marihuana o cannabis en cualquiera de sus formas (no incluya productos a base de cáñamo o “hemp” ni los producidos únicamente con CBD)..... | ☐ | ☐ |
| i. Productos de CBD | ☐ | ☐ |
| j. Marihuana sintética, K2 o Spice | ☐ | ☐ |
| k. Kratom..... | ☐ | ☐ |
| l. Fentanilo o heroína (<i>smack, junk, Black Tar</i> o <i>chiva</i>) | ☐ | ☐ |
| m. Anfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o <i>agua</i>)..... | ☐ | ☐ |
| n. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o <i>nieve</i>)..... | ☐ | ☐ |
| o. Alucinógenos (LSD /ácido, PCP /polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño)..... | ☐ | ☐ |

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

- ☐ No → **Pase a la pregunta 76**
☐ Sí

74. ¿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*
☐ No tomé licencia o tiempo libre

75. ¿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..... | ☐ | ☐ |

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la página 16, pregunta 77.

76. 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

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

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

	No	Sí
a. Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel.....	☐	☐
b. Mi estado de discapacidad.....	☐	☐
c. Mi estatus de inmigración	☐	☐
d. Mi edad.....	☐	☐
e. Mi peso	☐	☐
f. Mi salario o ingresos	☐	☐
g. Mi sexo.....	☐	☐
h. Mi orientación sexual.....	☐	☐
i. Mi religión	☐	☐
j. Mi idioma o acento	☐	☐
k. Mi tipo de seguro médico o la falta de seguro médico.....	☐	☐
l. Mi uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas).....	☐	☐
m. Mis antecedentes con la justicia (cárcel o prisión).....	☐	☐
n. Otra razón.....	☐	☐

Por favor, díganos:

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

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

79. ¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Trabajo (contratación, ascenso o despido)	☐	☐
b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca)	☐	☐
c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada)	☐	☐
d. En los tribunales.....	☐	☐
e. En la escuela o la escuela de mi hijo.....	☐	☐
f. Al recibir atención médica	☐	☐

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

80. 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

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

Número de personas

82. ¿Cuál es la fecha de hoy?

MesDíaAño

¡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 Indiana sean más sanos.

