



Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

**Una encuesta para bebés
mas saludables en New Jersey**

Sus experiencias como nueva madre
son muy importantes.

Si usted tiene algunas preguntas o
comentarios usted puede llamar al
número gratis, el 1-888-816-7929



Información Importante Sobre PRAMS
Por favor, lea antes de empezar el cuestionario

- PRAMS es el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). PRAMS es un proyecto de investigación realizado por el Centro Bloustein para Investigación de la Universidad de Rutgers de parte del Departamento de Salud de Nueva Jersey con el apoyo de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiendo a aproximadamente 170 mujeres cada mes en Nueva Jersey que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 25-30 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo, el uso de bebidas alcohólicas y la violencia doméstica durante el embarazo.
- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud de otras fuentes.
- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado, y se usará solo para responder preguntas relacionadas con el propósito de este estudio. Esto es así porque este estudio ha recibido un Certificado de Confidencialidad. Esto significa que no podemos compartir información que pueda identificarlo en juicios o procedimientos legales, incluso si un tribunal nos lo ordena, a menos que usted diga que está bien. Sus respuestas serán eliminadas de todos los identificadores personales. Todos los registros computarizados serán encriptados o codificados y mantenidos en una base de datos segura, protegida por contraseña en el CDC. Hay un riesgo muy pequeño de pérdida de confidencialidad.
- Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).
- Nadie será identificado por nombre en los informes de PRAMS. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de PRAMS será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de Nueva Jersey.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a la Oficina de IRB de la Universidad de Rowan al 856-566-2712.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a Ambar Mendez, la Coordinadora del proyecto PRAMS de Nueva Jersey al número gratuito 1-888-816-7929 (oprima 6) o e-mail: NJPRAMS@bcsr.rutgers.edu.



Preguntas Más Comunes Sobre PRAMS

¿Qué es PRAMS?

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (sigla PRAMS) es un proyecto de investigación común entre el Departamento de Salud de Nueva Jersey, el Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Bloustein para Investigación de la Universidad de Rutgers. La información de PRAMS es usada para ayudar a planificar mejor programas de salud para las madres y infantil de Nueva Jersey – tal como mejorar el acceso al cuidado prenatal de alta calidad, reducción de fumar durante el embarazo, y promover la lactancia materna. Para hacer esto, nuestra encuesta les pregunta a nuevas madres por sus impresiones y experiencias alrededor del tiempo de su embarazo.

¿Serán confidenciales mis respuestas?

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales hasta donde lo permita la ley y se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en Nueva Jersey. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

¿Cómo fui escogida para participar en PRAMS?

Su nombre fue elegido al azar del registro estatal de certificados de nacimiento, como una lotería. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?

¡Sí! Debido al pequeño número de madres escogidas, es importante tener las respuestas de todas. Cada embarazo es distinto. Para lograr una mejor imagen global de la salud de las madres y los bebés en Nueva Jersey, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas. Con la información que usted nos dé tal vez podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños de Nueva Jersey. Necesitamos saber lo bueno así como lo malo de su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

Algunas de las preguntas no parecen tener nada que ver con la atención médica: ¿por qué se preguntan?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes y durante el embarazo.

¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de PRAMS?

Puede llamarnos al número 1-888-816-7929 (oprime 6) y con gusto contestaremos cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de PRAMS. La llamada es gratis. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono.

2019

enero '19							febrero '19							marzo '19						
do	lu	ma	ju	vi	sá		do	lu	ma	ju	vi	sá		do	lu	ma	ju	vi	sá	
			1	2	3	4 5					1	2							1	2
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8 9		3	4	5	6	7	8 9	
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15 16		10	11	12	13	14	15 16	
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22 23		17	18	19	20	21	22 23	
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28			24	25	26	27	28	29 30	
														31						
abril '19							mayo '19							junio '19						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
			1	2	3	4 5 6				1	2	3 4							1	
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10 11		2	3	4	5	6	7 8	
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17 18		9	10	11	12	13	14 15	
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24 25		16	17	18	19	20	21 22	
28	29	30					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28 29	
														30						
julio '19							agosto '19							septiembre '19						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
			1	2	3	4 5 6				1	2	3					1	2	3 4 5 6 7	
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8 9 10		8	9	10	11	12	13 14		
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15 16 17		15	16	17	18	19	20 21		
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22 23 24		22	23	24	25	26	27 28		
28	29	30	31				25	26	27	28	29 30 31		29	30						
octubre '19							noviembre '19							diciembre '19						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
			1	2	3	4 5				1	2	3					1	2	3 4 5 6 7	
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7 8 9		8	9	10	11	12	13 14		
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14 15 16		15	16	17	18	19	20 21		
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21 22 23		22	23	24	25	26	27 28		
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28 29 30		29	30	31					

2021

enero '21							febrero '21							marzo '21						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
					1	2				1	2	3 4 5 6					1	2	3 4 5 6	
3	4	5	6	7	8 9		7	8	9	10	11	12 13		7	8	9	10	11	12 13	
10	11	12	13	14	15 16		14	15	16	17	18 19 20		14	15	16	17	18 19 20			
17	18	19	20	21	22 23		21	22	23	24	25 26 27		21	22	23	24	25 26 27			
24	25	26	27	28	29 30		28							28	29	30	31			
														31						
abril '21							mayo '21							junio '21						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
					1	2 3						1							1	2 3 4 5
4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6 7 8		6	7	8	9	10	11 12		
11	12	13	14	15	16 17		9	10	11	12	13 14 15		13	14	15	16	17 18 19			
18	19	20	21	22	23 24		16	17	18	19	20 21 22		20	21	22	23	24 25 26			
25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27 28 29		27	28	29	30				
														30 31						
julio '21							agosto '21							septiembre '21						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
				1	2	3				1	2	3 4 5 6 7					1	2	3 4 5	
4	5	6	7	8 9	10		8	9	10	11	12 13 14		5	6	7	8 9	10 11			
11	12	13	14	15	16 17		15	16	17	18	19 20 21		12	13	14	15	16 17 18			
18	19	20	21	22	23 24		22	23	24	25	26 27 28		19	20	21	22	23 24 25			
25	26	27	28	29	30 31		29	30	31				26	27	28	29	30			
octubre '21							noviembre '21							diciembre '21						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
					1	2				1	2	3 4 5 6							1	2 3 4
3	4	5	6	7	8 9		7	8	9	10	11	12 13		5	6	7	8 9	10 11		
10	11	12	13	14	15 16		14	15	16	17	18 19 20		12	13	14	15	16 17 18			
17	18	19	20	21	22 23		21	22	23	24	25 26 27		19	20	21	22	23 24 25			
24	25	26	27	28	29 30		28	29	30				26	27	28	29	30 31			
														31						

2020

enero '20							febrero '20							marzo '20						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
					1	2 3 4						1							1	2 3 4 5 6 7
5	6	7	8	9	10 11		2	3	4	5	6 7 8		8	9	10	11	12 13 14			
12	13	14	15	16	17 18		9	10	11	12	13 14 15		15	16	17	18	19 20 21			
19	20	21	22	23	24 25		16	17	18	19	20 21 22		22	23	24	25	26 27 28			
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27 28 29		29	30	31					
abril '20							mayo '20							junio '20						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
					1	2 3 4						1	2						1	2 3 4 5 6 7
5	6	7	8	9	10 11		3	4	5	6	7 8 9		7	8	9	10	11 12 13			
12	13	14	15	16	17 18		10	11	12	13	14 15 16		14	15	16	17	18 19 20			
19	20	21	22	23	24 25		17	18	19	20	21 22 23		21	22	23	24	25 26 27			
26	27	28	29	30	31		24	25	26	27	28 29 30		28	29	30					
														31						
julio '20							agosto '20							septiembre '20						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
				1	2	3 4						1					1	2	3 4 5 6	
5	6	7	8	9	10 11		2	3	4	5	6 7 8		6	7	8	9	10 11 12			
12	13	14	15	16	17 18		9	10	11	12	13 14 15		13	14	15	16	17 18 19			
19	20	21	22	23	24 25		16	17	18	19	20 21 22		20	21	22	23	24 25 26			
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27 28 29		27	28	29	30				
														30 31						
octubre '20							noviembre '20							diciembre '20						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
					1	2 3				1	2	3 4 5 6 7					1	2	3 4 5	
4	5	6	7	8 9	10		8	9	10	11	12 13 14		6	7	8	9	10 11 12			
11	12	13	14	15	16 17		15	16	17	18	19 20 21		13	14	15	16	17 18 19			
18	19	20	21	22	23 24		22	23	24	25	26 27 28		20	21	22	23	24 25 26			
25	26	27	28	29	30 31		29	30					27	28	29	30	31			

Formulario Aprobado
OMB Nu. 0920-1273
Fecha Exp. 11/30/2022

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-42 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30329; ATTN: PRA (0920-1273).

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
 O Centímetros

2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació usted?

/ /
 Mes Día Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

4. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No
 Sí

Pase a la Pregunta 7

Pase a la Pregunta 5

5. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o menos cuando nació?

No
 Sí

6. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

No
 Sí

7. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**no** es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....
- c. Depresión.....
- d. Asma.....
- e. Epilepsia (convulsiones).....
- f. Problemas de la glándula tiroides.....
- g. PCOS (síndrome del ovario poliquístico).....
- h. Ansiedad.....

8. 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?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes* antes de quedar embarazada
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces a la semana
 Todos los días de la semana

9. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- No
 Sí

→ Pase a la Pregunta 12

10. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
 Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
 Consulta para una enfermedad o condición crónica
 Consulta para una herida
 Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
 Consulta para depresión o ansiedad
 Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
 Otra → Por favor, escríbala:

11. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque No, si no lo hicieron, o Sí, si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo?

- No
 Sí

→ Pase a la Pregunta 14

↓
 Pase a la Pregunta 13

13. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los temas a continuación sobre cómo prepararse para un embarazo? *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner al día mis vacunas antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico antes, durante y después de su embarazo con su nuevo bebé.

14. 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 de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico _____ → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

Si usted no tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada, pase a la **Página 4, Pregunta 15. Sino, pase a la **Página 4, Pregunta 16**.**

15. ¿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 conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
- Solicité el seguro médico, pero no lo había recibido todavía
- Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet
- Mi ingreso era demasiado alto para calificar por Medicaid
- Mi ingreso era demasiado alto para obtener ayuda financiera del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- No sabía cómo obtener seguro médico
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

16. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal _____ → **Pase a la Pregunta 17**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico _____ → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

17. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted para pagar por su *parto*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico _____ → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *parto*

18. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico _____ → Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

Pase a la
Pregunta 21

20. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

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

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 24

22. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí

Pase a la Pregunta 24

Pase a la Pregunta 23

23. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba 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
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra → Por favor, escríbala:

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

24. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que estaba embarazada.

Semanas Meses

- No recuerdo

25. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

Semanas **O** Meses
 No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 27**

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

No
 Sí → **Pase a la Pregunta 28**

27. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid o NJ Family Care..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 29.

28. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna contra la influenza o le aconsejó que se la pusiera?

- No
 Sí

30. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No
 Sí, antes de mi embarazo
 Sí, durante mi embarazo

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

- No
 Sí

32. Esta pregunta es sobre otro cuidado de sus dientes durante su embarazo *más reciente*.

Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Necesité consultar a un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fuí a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a una clase o a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No
 Sí

35. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No → **Pase a la Pregunta 37**
 Sí

36. Durante su embarazo *más reciente*, cuando fue a sus citas de WIC, ¿habló usted sobre dar pecho con una consejera en lactancia materna o con otro miembro del personal de WIC?

- No
 Sí

37. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Epilepsia (convulsiones)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted tenía depresión durante su embarazo más reciente, pase a la Pregunta 38. Sino, pase a la Página 8, Pregunta 39.

38. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomaba un medicamento recetado para su depresión?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

- No → **Pase a la Pregunta 43**
 Sí

40. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

41. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

42. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumo ahora

Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.

E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

Hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

43. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 44. Sino, pase a la Pregunta 46.

44. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- Más de una vez al día
 Una vez al día
 2-6 días a la semana
 Un día a la semana o menos
 No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

45. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

46. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 50**
- Sí

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 49**

48. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

49. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

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

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.

50. Durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron *según su raza*?

- No
- Sí

51. En los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

52. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

53. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; text-align: center; height: 20px;" type="text" value="20"/>
Mes Día Año

54. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

- No
 Sí
 No sé

55. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; text-align: center; height: 20px;" type="text" value="20"/>
Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

56. ¿Cuánto subió de peso durante su embarazo más reciente?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté Libras Kilos
 No subí de peso durante mi embarazo
 No sé

57. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
 Sí
 No sé

58. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 De 24 a 48 horas (1 a 2 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 61**

59. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
 Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 74**

60. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 73**
 Sí

61. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes? Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- | | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

62. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

No → Pase a la Pregunta 66

Sí

63. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

No

Sí → Pase a la Pregunta 65

64. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Menos de 1 semana

Semanas

o

Meses

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 66.

65. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si sucedió.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 73.

66. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

67. En las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca → **Pase a la Pregunta 69**

68. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme *usted*?

- No
 Sí

69. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo *usualmente* durmió su nuevo bebé en las **últimas 2 semanas**? Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir (<i>sleeping sack</i>) o saquito cobertor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna (<i>bumper pads</i>) transpirables o no transpirables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

70. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las **siguientes cosas**? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

71. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud **una semana** después del nacimiento?

- No
 Sí
 Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

72. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- No
 Sí

73. **Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé?** Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

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

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 76**

75. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- Quiero quedar embarazada
- Estoy embarazada ahora
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- Otra → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 77.

76. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

77. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No → **Pase a la Página 14, Pregunta 79**
 Sí

↓
Pase a la Página 14, Pregunta 78

78. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

80. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

81. ¿Alguna vez ha tomado medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?

- No → Pase a la Pregunta 83
 Sí

82. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tomó medicinas regularmente para controlar las convulsiones (ataques) o la epilepsia?

- No
 Sí

83. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía ansiedad?

- No → Pase a la Pregunta 85
 Sí

84. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomaba un medicamento recetado para su ansiedad?

- No
 Sí

85. ¿Alguno de sus familiares directos o de sangre (madre, padre, hermanas o hermanos) ha tenido alguna de las condiciones que aparecen en la lista a continuación? Para cada condición, marque **No**, si nadie en su familia ha tenido esa condición, **Sí**, si algún familiar ha tenido esa condición, o **NS**, si usted no sabe al respecto.

- | | No | Sí | NS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ataque cardíaco antes de los 55 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Presión sanguínea alta (hipertensión) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cáncer de seno (o cáncer de mama) antes de los 50 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cáncer de ovario..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

86. Cuando usted supo por primera vez que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿prefirió dar a luz por la vagina (naturalmente) o por cesárea?

- Por la vagina
 Por cesárea (c-section)

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 88.

87. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre los riesgos y los beneficios de un parto vaginal (natural) a diferencia de un parto por cesárea?

- No
 Sí

88. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?

- Parto vaginal
 Me empezaron las contracciones pero me tuvieron que hacer una cesárea
 No me empezaron las contracciones y me tuvieron que hacer una cesárea

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 91.

89. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera, trabajadora de salud u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? *Por favor sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si se ha sentido triste o ansiosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Qué hacer cuando el bebé llora excesivamente y no para..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que sacudir o golpear a mi bebé puede causar daños graves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Poner a mi bebé a dormir de forma segura boca arriba y en su propia cuna... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Compartir información acerca de temas como sacudir a los bebés, bebés que lloran, y sueño seguro con personas que ayudan a cuidar a mi bebé como mi esposo o pareja, un miembro de la familia, niñera o cuidador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 91.

90. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera, trabajadora de salud u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los siguientes temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo o mi bebé tiene algún problema con el amamantamiento..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo ponerme en contacto con grupos de apoyo de amamantamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

91. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De 0 a \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

92. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?

Número de Personas

93. ¿Cuál es la fecha de hoy?

 / / 20

Mes

Día

Año

Estas siguientes preguntas son sobre sus experiencias con su cuidado prenatal, el parto, su cuidado posparto, y el cuidado de su bebé durante la pandemia de COVID-19.

CV1. Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipos de citas de *cuidado prenatal* asistió?

Marque UNA respuesta

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

Pase a la Pregunta CV3

Pase a la Pregunta CV4

CV2. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de *cuidado prenatal*? Para cada una, marque **No** si no fue una razón o **Sí** si lo fue.

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

CV3. ¿Algunas de sus citas de *cuidado prenatal* fueron canceladas o retrasadas durante la pandemia de COVID-19 debido a las siguientes razones? Para cada una, marque **No** si no fue una razón por la que sus citas fueron canceladas o retrasadas o **Sí** si lo fue.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque la oficina de mi proveedor estaba cerrada o tenía horario reducido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Las cancelé o retrasé porque tenía miedo de exponerme a COVID-19 durante las citas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Las cancelé o retrasé porque perdí mi seguro médico durante la pandemia de COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Las cancelé o retrasé porque tuve problemas consiguiendo cuidado para mis hijos u otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Las cancelé o retrasé porque me preocupaba tomar transporte público y no tenía otra forma de llegar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque tuve que aislarme debido a la posibilidad de estar expuesta o infectada con COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CV4. Mientras estaba *embarazada*, ¿con qué frecuencia hizo las siguientes cosas para evitar contraer COVID-19? Para cada una, marque si lo hizo **Siempre**, **A Veces** o **Nunca**.

- | | Siempre | A Veces | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Evité reunirme en grupos de más de 10 personas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mantenía al menos 2 metros (6 pies) de distancia de los demás cuando salía de mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Salía de mi hogar solo por razones esenciales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hice las salidas lo más cortas posibles cuando salí de mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Evité tener visita dentro de mi hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utilizaba una mascarilla o cubierta de tela en la cara cuando estaba en público..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me lavaba las manos durante 20 segundos con agua y jabón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Utilizaba desinfectante de manos a base de alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cubría la toz o estornudos con un pañuelo de papel o mi codo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CV5. Mientras estaba *embarazada* durante la pandemia de COVID-19, ¿usted tuvo alguna de las siguientes experiencias? Para cada una, marque **No** si no la tuvo o **Sí** si la tuvo.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tenía responsabilidades o un trabajo que me impedía quedarme en el hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien en mi hogar tenía un trabajo que requería contacto cercano con otras personas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cuando salí, encontraba que otras personas a mi alrededor no practicaban el distanciamiento social..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tuve problemas consiguiendo desinfectante para limpiar mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuve problemas consiguiendo desinfectante de manos o jabón de manos para mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuve problemas consiguiendo o haciendo mascarillas o cubiertas de tela para la cara..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me resultaba difícil usar una mascarilla o cubierta de tela para la cara (dificultaba la respiración, claustrofobia)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Un proveedor de atención médica me dijo que yo tenía COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Un proveedor de atención médica le dijo a alguien en mi hogar que tenían COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no nació en el hospital, pase a la Pregunta CV9.

CV6. ¿Quién estuvo con usted en la sala de parto en el hospital como persona de apoyo durante el nacimiento?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo o pareja
 - Otro familiar o amigo
 - Una doula
 - Otra persona de apoyo (sin incluir el personal del hospital)
- Por favor, díganos:

- El hospital no me permitió tener una persona de apoyo

Si su bebé no está vivo, pase a la Pregunta CV10.

CV7. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento, ¿le sucedió alguna de las siguientes cosas a usted y su bebé debido a COVID-19? Para cada una, marque **No** si no sucedió o **Sí** si sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Le hicieron la prueba de COVID-19 a mi bebé en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui separada de mi bebé en el hospital después del nacimiento <i>para proteger a mi bebé de COVID-19</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Utilicé una mascarilla cuando otras personas entraban a mi habitación en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Utilicé una mascarilla cuando estaba sola mientras cuidaba a mi bebé en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me brindaron información sobre cómo proteger a mi bebé de COVID-19 cuando regresara al hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no lactó a su nuevo bebé, pase a la Pregunta CV9.

CV8. ¿La pandemia de COVID-19 afectó la lactancia materna para usted y su bebé de alguna de las siguientes maneras? Para cada una, marque **No** si no le aplica a usted o **Sí** si le aplica.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me brindaron información en el hospital sobre cómo evitar que mi bebé se infecte durante la lactancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me ponía mascarilla mientras amamantaba o lactaba en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Extraje leche materna en el hospital para que otra persona pudiera alimentar a mi bebé para evitar que se infectara..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dado a COVID-19, tuve problemas logrando que un especialista en lactancia me visitara mientras estuve en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé no vive con usted, pase a la Pregunta CV10.

CV9. ¿De qué manera afectó la pandemia de COVID-19 el cuidado de salud de rutina de su bebé? Para cada una, marque **No** si el cuidado de salud de su bebé no fue afectado de esa manera por la pandemia o **Sí** si lo fue.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cancelados o retrasados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cambiados de visitas en persona a citas virtuales (por video o teléfono)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La vacunación de mi bebé se pospuso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CV10. Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipo de citas de cuidado posparto asistió para usted?

Marque UNA respuesta

- Citas en persona solamente
- Citas virtuales (video o teléfono) solamente
- Ambas, citas en persona y virtuales
- No tuve citas de cuidado posparto para mi

CV11. ¿A usted le sucedió alguna de las siguientes cosas debido a la pandemia de COVID-19? Para cada una, marque **No** si no le sucedió o **Sí** si le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Perdí mi trabajo o tuve un recorte en las horas de trabajo o paga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Otros miembros de mi hogar perdieron sus trabajos o les redujeron las horas de trabajo o paga..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuve problemas pagando el alquiler, la hipoteca u otras facturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un miembro de mi hogar o yo recibimos beneficios por desempleo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuve que mudarme o reubicarme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me quedé sin hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. La pérdida del cuidado de niños o el cierre de escuelas dificultó el manejo de todas mis responsabilidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tuve que dedicar más tiempo de lo usual al cuidado de niños u otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preocupaba que nuestra comida se acabara antes de tener dinero para comprar más..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me sentí más ansiosa de lo usual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me sentí más deprimida de lo usual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo o pareja y yo tuvimos más discusiones o conflictos verbales de lo usual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Mi esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o emocionalmente conmigo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

VC1. Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada una, marque **No** si no lo hicieron o **Sí** si lo hicieron.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Habló conmigo sobre 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 refirió 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 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 preocupaba 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 sobre 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 sobre 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 sobre la salud u otros temas
- Por favor díganos que sitios:

- Alguna otra fuente
- Por favor díganos que otra fuente:

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)
- Trabajé o fui voluntaria en un puesto que no estaba regularmente en contacto con el público
- Ninguna de las anteriores

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de New Jersey.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de New Jersey.

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de New Jersey.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de New Jersey.

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de New Jersey.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de New Jersey.



RECURSOS ESTATALES Y LOCALES

NJ211- Un lugar al que puede recurrir para encontrar información estatal y local sobre servicios de salud y humanos. Dentro de NJ marque: **2-1-1** Fuera de NJ: **1- 877- 652-1148** **Página Web:** <http://www.nj211.org/>

NJ Parent Link- Infancia Temprana de Nueva Jersey, El Centro de Recursos de Crianza de los Hijos y Profesionales. **Página Web:** <http://www.njparentlink.nj.gov/>

HealthLink- El sitio web de asistencia de Nueva Jersey que ofrece acceso instantáneo a información sobre el cuidado de salud para familias, niños, personas de la tercera edad, y profesionales de salud. **Página Web:** <http://www.nj.gov/njhealthlink/>

Family Health Line Opera las 24 horas/ 7 días a la semana y es accesible en cualquier lugar de Nueva Jersey. Consejeros calificados proveen información y referidos para servicios de exámenes médicos y tratamiento. **1- 800-328-3838** **Página Web:** http://www.nj.gov/health/fhs/primarycare/health_line.shtml

Speak Up When You Are Down – Trastornos de humor perinatales (Conocido como PMD por sus siglas en inglés) pueden afectar a mujeres de cualquier edad, raza o origen económico que están embarazadas o quien recientemente dieron a luz, dejaron de amamantar, o tuvieron un aborto provocado espontáneo. Trastornos de humor perinatales pueden ser tratados, pero mucha gente no sabe de los datos concretos. **1-800- 328-3838 (24/7)** **Página Web:** <http://www.nj.gov/health/fhs/postpartumdepression/index.shtml>

Special Child Health and Early Intervention Services tiene información y recursos para bebés, niños, la juventud, y adultos jóvenes con necesidades especiales de salud y para bebés y niños con discapacidades del desarrollo. Información y recursos sobre revisiones para los recién nacidos disponible. **1-609-984-755** **Página Web:** <http://www.nj.gov/health/fhs/sch/index.shtml>

Women's Referral Central es la fuente de información sobre los programas de interés a las mujeres en Nueva Jersey. Accesible 24 horas al día, ayuda a mujeres en una variedad de temas desde el acoso sexual, pensión alimenticia y custodia, derechos del consumidor y seguridad y desarrollo personal, educación, referidos médicos, la falta de vivienda, seguridad personal y la violencia doméstica. **1-800-322-8092** **Página Web:** <http://www.state.nj.us/dca/divisions/dow/programs/wrhc.html>

NÚMEROS DE TELÉFONO PARA MÁS INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

Family Helpline 24/7 - Si se siente estresada, llame al **Family Helpline** y le pueden ayudar con sus frustraciones antes de que ocurra una crisis. Hablará con voluntarios sensitivos y entrenados de Parents Anonymous (Padres Anónimos) que escucharán y lo puede referir a recursos que haya en su comunidad. **1-800-THE-KIDS (1-800-843-5437)**

Addictions Hotline of NJ provee especialistas clínicamente entrenados y bajo supervisión quienes son accesible 24/7 para educar, ayudar, y entrevistar y referir individuales y familias luchando contra adicciones. **1-800-238-2333**

Para De Fumar: 1-866-NJSTOPS; 1-866-657-8677

NJ Women, Infant, and Children Services (WIC): 1-866-44-NJWIC; 1-800-328-3838





RUTGERS

Edward J. Bloustein School
of Planning and Public Policy

Esta encuesta es patrocinada por el
New Jersey Division of Family Health Services
y llevado a cabo por el
Bloustein Center for Survey Research
Edward J. Bloustein School of Planning and Public Policy
Rutgers, The State University of New Jersey