

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
 Mes Día Año

2. ¿Cómo describiría su género?

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

3. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por favor, díganos:

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

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

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

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

Me preguntó...

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

Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos de Illinois, Getcoveredillinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov, en inglés)
- Medicaid
- CHIP o All Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos de Illinois, Getcoveredillinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov, en inglés)
- Medicaid
- CHIP o All Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

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

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- Seguro médico del Mercado de Seguros Médicos de Illinois, Getcoveredillinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (Healthcare.gov en inglés)
- Medicaid
- CHIP o All Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

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

Marque UNA respuesta

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

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).

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

- No → **Pase a la página 4, pregunta 14**
- Sí



Pase a la página 4, pregunta 13

13. 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.....

14. 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

15. ¿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.....

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

- No
 Sí

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

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

No Sí

- a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas.....
- b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid
- c. No pensé que fuera seguro ir al dentista durante el embarazo.....
- d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental.....
- e. No pude encontrar un dentista o una clínica dental cerca a la que pudiera ir.....

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

- No
 Sí

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

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

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

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 20. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 21.

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

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

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

21. 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 página 6, pregunta 23**
 Sí

Pase a la página 6, pregunta 22

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

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

No Sí

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

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

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

No —————→ **Pase a la pregunta 27**

Sí

24. 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

25. 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

26. 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

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

No —————→ **Pase a la pregunta 31**

Sí

28. 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

29. 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

30. 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.

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

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

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

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 33.

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

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

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

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

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

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

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

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca

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

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

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

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

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

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

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

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 10, pregunta 52**
- Sí

40. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 10, pregunta 51**
- 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 43**
- 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

42. ¿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)

43. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que comió algún alimento (tal como cereal para bebés, comida para bebés u otros alimentos)?

Marque UNA respuesta

- Mi bebé no ha comido alimentos
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé tenía:
- _____ semana(s) **O** _____ mes(es)

Si usted amamantó en algún momento, pase a la pregunta 45.

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

Marque TODAS las que correspondan

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

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 10, pregunta 51.

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

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

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

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

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca → **Pase a la página 10, 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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, butaca o sillón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento de bebé para el auto ("car seat") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro lugar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

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

50. ¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su nuevo bebé para dormir de alguna de las siguientes fuentes?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi médico de familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ginecólogo obstetra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una enfermera o partera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Una <i>doula</i> (asistente de parto) o una educadora del parto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El médico o proveedor de atención médica de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sitios web o aplicaciones acerca del embarazo o el cuidado del bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otras fuentes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

51. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha ido una visitadora al hogar a su hogar para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar su nuevo bebé? Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, un profesional de atención médica, una *doula* o asistente de parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa que ayuda a las mujeres con recién nacidos.

- No
 Sí

52. ¿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
 Estoy embarazada

Pase a la pregunta 54

Pase a la pregunta 55

Pase a la pregunta 53

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

Marque TODAS las que correspondan

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

Si usted no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*, pase a la pregunta 55.

54. ¿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:

55. 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 página 12, pregunta 57**

56. ¿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 página 12, pregunta 58.

57. 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Métodos anticonceptivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tomarme la presión arterial regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Me preguntó...

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos de tabaco sin humo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Un proveedor de atención médica...

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. 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

59. 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

60. 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

61. 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

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

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

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

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

- No
 Sí

Pase a la pregunta 66

64. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería por su depresión?

- No
 Sí

65. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tomado medicamentos recetados para la depresión?

- No
 Sí

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- No
 Sí

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

Marque UNA respuesta

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

72. Durante su embarazo más reciente o desde que nació su nuevo bebé, ¿ha ido a la sala de emergencias del hospital o a una clínica de atención urgente por complicaciones relacionadas con su embarazo, el parto o su recuperación posparto?

- No
 Sí

73. Durante su embarazo más reciente o desde que nació su nuevo bebé, ¿tuvo que reprogramar o no pudo ir a una visita de atención médica para usted porque no tenía a nadie que cuidara a sus hijos?

- No
 Sí

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

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

75. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia su esposo(a) o pareja le da a usted ánimo y apoyo emocional?

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca
 No tengo esposo(a) o pareja

76. Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindan en este momento.

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tiene a alguien a quien puede compartir cuando se siente sola? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar acerca de cosas que son importantes para usted o acerca de cómo se siente? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tiene a alguien con quien puede contar para escuchar sus problemas, preocupaciones y miedos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tiene a alguien que le demuestra amor y cariño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tiene a alguien que hace cosas con usted para que pueda relajarse o divertirse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Tiene a alguien con quien puede contar para que le preste dinero para cosas como comida o facturas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Tiene a alguien que puede cuidar a su(s) hijo(s) cuando necesite ayuda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Tiene a alguien que puede ayudar con las tareas diarias si está enferma?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Tiene a alguien que puede llevarla al centro médico o al consultorio del médico si necesita transporte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- Muy a menudo
 A menudo
 No tan a menudo
 Nunca

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

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

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

80. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le pueden haber ocurrido a usted durante su infancia, antes de cumplir los 18 años. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

Antes de cumplir los 18 años...

No Sí

- i. ¿Hubo un adulto en su hogar que se esforzó por que usted se sintiera amada, apoyada, valorada y especial para ellos?
- j. ¿Sintió que fue tratada mal o injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?
- k. ¿Sintió que la trataron mal o injustamente porque es o porque la gente pensaba que era de la comunidad LGBTQIA+? Esto podría incluir ser tratada mal debido al sexo o género al que está sexualmente atraída o porque expresa su género de una manera diferente a lo que la gente espera
- l. ¿Vio usted a alguien ser atacado físicamente, golpeado, apuñalado o que le dispararan en su vecindario?
- m. ¿Estaban sus padres o tutores legales divorciados o separados?

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

81. 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

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

Número de personas

83. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /

Mes Día Año

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

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

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

