

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
 Mes Día Año

2. ¿Cómo describiría su género?

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

3. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

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

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

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

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (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"/> |
| e. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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)
- Medicaid, BadgerCare Plus o ForwardHealth
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas u otro servicio de salud tribal
- 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)
- Medicaid, BadgerCare Plus o ForwardHealth
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas u otro servicio de salud tribal
- 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)
- Medicaid, BadgerCare Plus o ForwardHealth
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas u otro servicio de salud tribal
- 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

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

- No
- Sí → **Pase a la página 4, pregunta 15**

Pase a la página 4, pregunta 14

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería..... | <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 al centro médico o al consultorio del médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El médico o mi plan de salud no empezaría a darme atención tan pronto como yo quería..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tenía muchas otras cosas que estaban pasando..... | <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, BadgerCare Plus o ForwardHealth | <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"/> |
| l. El consultorio del médico quedaba muy lejos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la pregunta 16.

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

16. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas?

Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacuna contra la influenza (“flu” o gripe).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:

A, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo

D, si se la puso **Durante** el embarazo

o marque **N**, si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

- | | A | D | N |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No
 Sí

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

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

20. 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 21. Si no la tuvo alta, pase a la página 6, pregunta 22.

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente 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"/> |

22. Durante su embarazo más reciente, ¿obtuvo información acerca de los signos de advertencia a los que usted debía estar atenta durante y después de su embarazo, ya que requerirían atención médica inmediata?

Algunos de estos “signos de advertencia de una urgencia” incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

No  **Pase a la pregunta 24**

Sí

23. 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.

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

No  **Pase a la pregunta 28**

Sí

25. 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

26. 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

27. 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

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

No  **Pase a la pregunta 32**

Sí

29. 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

30. 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

31. 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.

32. 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 34.

33. 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.

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me separé o divorcié | <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"/> |

35. 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

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

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

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

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

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

38. 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"/> |

39. 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 42**

40. ¿Está vivo su bebé?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la página 10, pregunta 49**

41. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 10, pregunta 49**
- Sí

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

Marque UNA respuesta

- No amamanté a mi bebé
- 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

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta 44.

43. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrieron algunas de las siguientes cosas?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital habló conmigo acerca de cómo amamantar (cuándo y por cuánto tiempo hacerlo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta 49.

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

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

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

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

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

Pase a la pregunta 47

46. 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

47. 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 colupio, 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:

48. En las últimas 2 semanas, ¿acostó a su nuevo bebé para dormir con alguna de las siguientes cosas? Para cada opción, marque No o Sí.

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

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta 50.

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

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

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

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

Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- No
 Sí → **Pase a la pregunta 52**
 Estoy embarazada → **Pase a la pregunta 53**

51. ¿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 53.

52. ¿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:

53. 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 55

54. ¿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 56.

55. 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"/> |

56. 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

57. 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

58. 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

59. 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

60. ¿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"/> |

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

- No → **Pase a la pregunta 64**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la pregunta 64**

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

Marque TODAS las que correspondan

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

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

64. 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

65. 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"/> |

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

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Consejería por problemas familiares o personales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para dejar de consumir drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistencia con la vivienda o el alquiler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

68. Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido algún problema? Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si hubiera tenido que pedir prestados \$50 o si se hubiera enfermado y hubiera tenido que quedarse en cama por varias semanas?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi esposo(a) o pareja
- Mi madre, padre o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un(a) amigo(a)
- La comunidad religiosa
- Vecinos
- Otra persona → Por favor, díganos:

Nadie me hubiera ayudado

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

No → **Pase a la pregunta 72**

Sí

Pase a la pregunta 70

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

Marque **TODAS** las que correspondan

- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo *con paga*
- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo *sin paga*
- No tomé licencia o tiempo libre → **Pase a la pregunta 72**

71. En total, ¿cuántas semanas o meses de licencia o tiempo libre se tomó o se va a tomar?

Escriba **UNA** respuesta

- Menos de 1 semana

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

72. ¿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"/> |

73. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada acerca de tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?

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

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, grupo étnico o el color de mi piel.. | <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:

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

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

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

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

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

77. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

Marque UNA respuesta

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

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

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

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

79. 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

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

Número de personas

81. ¿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 Wisconsin sean más sanos.

