

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿En qué fecha nació usted?

	/		/	
Mes		Día		Año

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

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

No Sí

- a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda? ☐ ☐
- b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega?..... ☐ ☐
- c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras?..... ☐ ☐
- d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional?..... ☐ ☐
- e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta?..... ☐ ☐
- f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional?..... ☐ ☐

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

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

No Sí

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

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

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

No Sí

- a. Chequeo regular con un médico de familia ☐ ☐
- b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra..... ☐ ☐
- c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica ☐ ☐
- d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias..... ☐ ☐
- e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos ☐ ☐
- f. Visita por depresión o ansiedad ☐ ☐
- g. Visita para una limpieza dental..... ☐ ☐
- h. Otra opción..... ☐ ☐

Por favor, díganos:

Si fue a alguna visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la página 2, pregunta 6.

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

Marque TODAS las que correspondan

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

Si usted no tuvo ninguna consulta de atención médica, pase a la pregunta 7.

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

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

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

Me preguntó...

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

Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.

7. 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 privado del mercado de seguros médicos de Maryland, de www.marylandhealthconnection.gov o de CuidadoDeSalud.gov
- ☐ Medicaid o HealthChoice
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico —————> Por favor, díganos:

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

8. 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 privado del mercado de seguros médicos de Maryland, de www.marylandhealthconnection.gov o de CuidadoDeSalud.gov
- ☐ Medicaid o HealthChoice
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- ☐ No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

Si usted tenía seguro médico durante su embarazo más reciente, pase a la pregunta 10.

9. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico *durante* su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

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

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 privado del mercado de seguros médicos de Maryland, de www.marylandhealthconnection.gov o de CuidadoDeSalud.gov
- ☐ Medicaid o HealthChoice
- ☐ 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. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

☐ No

☐ Sí

Pase a la pregunta 15

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

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

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)..... | ☐ | ☐ |
| b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina)..... | ☐ | ☐ |
| c. Vacuna contra el COVID-19..... | ☐ | ☐ |
| d. Vacuna contra el VRS o "RSV" en inglés (administrada durante el embarazo para proteger al bebé del virus respiratorio sincitial)..... | ☐ | ☐ |

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)..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Vacuna Tdap..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Vacuna contra el COVID-19..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Vacuna contra el VRS ("RSV")..... | ☐ | ☐ | ☐ |

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

- ☐ No
☐ Sí

19. ¿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..... | ☐ | ☐ |

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 <i>este</i> embarazo)..... | ☐ | ☐ |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | ☐ | ☐ |
| c. Depresión..... | ☐ | ☐ |
| d. Ansiedad..... | ☐ | ☐ |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la página 6, 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 | ☐ | ☐ |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo..... | ☐ | ☐ |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo..... | ☐ | ☐ |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente después del embarazo | ☐ | ☐ |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo..... | ☐ | ☐ |

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

Pase a la pregunta 23

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 X/Twitter)..... | ☐ | ☐ |
| c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan “Hear Her” o “Escúchela” (como sitios web, redes sociales o folletos) | ☐ | ☐ |
| d. Familiares o amigos..... | ☐ | ☐ |

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

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

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la página 8, pregunta 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)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2^{do} trimestre)? ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3^{er} trimestre)? ☐ ☐

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

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

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

37. 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 40**

38. ¿Está vivo su bebé?

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

39. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

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

40. ¿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 usted amamantó en algún momento, pase a la pregunta 42.

41. ¿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:

42. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su nuevo bebé ahora?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- ☐ Seguro médico privado del mercado de seguros médicos de Maryland, de www.marylandhealthconnection.gov o de CuidadoDeSalud.gov
- ☐ Medicaid o HealthChoice
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:

☐ No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 10, pregunta 49.

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

Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. De lado | ☐ | ☐ |
| b. Boca arriba | ☐ | ☐ |
| c. Boca abajo | ☐ | ☐ |

44. 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 46

45. 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

46. En las últimas 2 semanas, ¿en dónde acostó a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas? Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, cuna portátil o moisés..... | ☐ | ☐ |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño “twin” o más grande | ☐ | ☐ |
| c. En un sofá, butaca o sillón..... | ☐ | ☐ |
| d. En un asiento de bebé para el auto (“car seat”) | ☐ | ☐ |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada..... | ☐ | ☐ |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto..... | ☐ | ☐ |
| g. En una cuna tablero (“babyboard” o “cradleboard”) | ☐ | ☐ |
| h. Otro lugar | ☐ | ☐ |
- Por favor, díganos:

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

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

48. ¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su bebé para dormir durante alguno de los siguientes momentos?

Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante una visita prenatal | ☐ | ☐ |
| b. En el hospital, cuando nació mi bebé..... | ☐ | ☐ |
| c. Durante un chequeo de salud de mi bebé | ☐ | ☐ |
| d. Durante una visita de atención posparto.. | ☐ | ☐ |
| e. Otra opción..... | ☐ | ☐ |

Por favor, díganos:

49. ¿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 51
- ☐ Estoy embarazada → Pase a la pregunta 52

Pase a la pregunta 50

50. ¿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 52.

51. ¿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:

52. 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 54

53. ¿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 55.

54. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
Habló conmigo acerca de...		
a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo	☐	☐
b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez	☐	☐
c. Métodos anticonceptivos	☐	☐
d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo	☐	☐
e. Tomarme la presión arterial regularmente	☐	☐
f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa	☐	☐
Me preguntó...		
g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos de tabaco sin humo	☐	☐
h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente	☐	☐
Un proveedor de atención médica...		
i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes	☐	☐
j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad	☐	☐

55. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido atención médica de seguimiento para alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Para cada opción, marque **No**, si no recibió la atención médica; **Sí**, si la recibió; o **N/A**, si no tenía la enfermedad o problema de salud.

	No	Sí	N/A
a. Diabetes	☐	☐	☐
b. Hipertensión (presión arterial alta) ...	☐	☐	☐
c. Depresión	☐	☐	☐
d. Ansiedad	☐	☐	☐
e. Problemas o enfermedades del corazón (defectos cardíacos de nacimiento, latidos cardíacos acelerados o interrumpidos, insuficiencia cardíaca, agrandamiento del corazón, ataque cardíaco, dolor de pecho, trasplante de corazón o marcapasos)	☐	☐	☐

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 | ☐ | ☐ |
| b. Desde que nació mi nuevo bebé..... | ☐ | ☐ |

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 63**
☐ Sí

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

- ☐ No
☐ Sí

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

63. 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

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

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

65. En algún momento durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada o *durante* su embarazo más reciente, ¿usó la marihuana o cannabis en cualquier forma?

- ☐ No → **Pase a la página 14, pregunta 68**
☐ Sí

Pase a la página 14, pregunta 66

66. **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 →

Pase a la pregunta 68

67. **¿Por qué usó productos de marihuana durante su embarazo?**
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Para aliviar las náuseas o vómitos.....	☐	☐
b. Para aliviar el estrés o la ansiedad.....	☐	☐
c. Para aliviar una enfermedad crónica	☐	☐
d. Para ayudarme a dormir	☐	☐
e. Para aliviar el dolor	☐	☐
f. Para divertirme o relajarme.....	☐	☐
g. Otra razón	☐	☐
Please tell us:		

68. **Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información acerca de las señales de advertencia de complicaciones durante el periodo posparto de alguna de las siguientes fuentes de información?**
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Un proveedor de atención médica (como un médico, enfermera o partera).....	☐	☐
b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o X/Twitter).....	☐	☐
c. Alguna fuente de información que haya usado el eslogan “ Hear Her ” o “ Escúchela ” (como una página web, redes sociales o un folleto)	☐	☐
d. Familiares o amigos.....	☐	☐

69. **Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?**

	No	Sí
☐	No	Sí

70. **Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?**
Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

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

71. 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

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

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

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

73. 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

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

Número de personas _____

75. ¿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 Maryland sean más sanos.

