

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*?

<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> /	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> /	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
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? | <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.

- ### 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) | <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"/> |

- ### 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 | <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 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)..... | <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. ¿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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No pensé que fuera seguro ir al dentista durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No pude encontrar un dentista o una clínica dental cerca a la que pudiera ir..... | <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 <i>este</i> embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante <i>este</i> 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 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 | <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

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) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan " Hear Her " o " Escúchela " (como sitios web, redes sociales o folletos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Familiares o amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 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)? <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 divorcí | <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. 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"/> |

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"/> |

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.*
- Sí → **Pase a la página 11, pregunta 49**

39. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 11, 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 11, 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Boca arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Boca abajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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..... | <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:

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).. | <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:

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En el hospital, cuando nació mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Durante un chequeo de salud de mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Durante una visita de atención posparto.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | <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"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hipertensión (presión arterial alta) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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)..... | <input type="checkbox"/> | <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 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?

- | | 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"/> |

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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Para aliviar el estrés o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Para aliviar una enfermedad crónica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Para ayudarme a dormir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Para aliviar el dolor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Para divertirme o relajarme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra razón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguna fuente de información que haya usado el eslogan " Hear Her " o " Escúchela " (como una página web, redes sociales o un folleto)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Familiares o amigos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- 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..... | <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:

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) | <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"/> |

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

Las próximas preguntas son acerca del uso de medicamentos para el dolor ***durante*** el embarazo.

O1. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos de venta libre (“over-the-counter”) para aliviar el dolor? Los medicamentos de venta libre son aquellos que *usualmente* están disponibles sin receta. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Acetaminofén (Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® o Tylenol PM®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibuprofeno (Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aspirina (Bayer® o Ecotrin®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naproxen (Aleve® o Midol®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O2. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos **recetados para el dolor?** No incluya los medicamentos que utilizó *solamente* durante el parto y el nacimiento. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hidrocodona (Vicodin®, Norco® o Lortab®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeína (Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxycodona (Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (Ultram® o Ultracet®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hidromorfona o meperidina (Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oximorfona (Opana®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morfina (MS Contin®, Avinza® o Kadian®).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanilo (Duragesic®, Fentora® o Actiq®).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted marcó “Sí” en alguna de las opciones en la pregunta O2, continúe con la siguiente pregunta. Si no, pase a la pregunta O10.

Las siguientes preguntas son **solamente** sobre el uso de medicamentos **recetados** para el dolor que aparecen en la lista de la pregunta O2.

O3. ¿Dónde obtuvo los medicamentos **recetados para el dolor que usó **durante** su embarazo más reciente?**

Marque TODAS las que correspondan

- Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
- Médico de familia o un proveedor de atención primaria
- Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
- Doctor en la sala de emergencias
- Tenía medicamentos para el dolor que me sobraron de una receta anterior
- Un amigo o pariente me los dio
- Obtuve los medicamentos para el dolor sin receta de otra forma
- Otro _____ → Por favor, díganos:

O4. ¿Cuáles fueron sus razones para usar medicamentos **recetados para el dolor **durante** su embarazo más reciente?**

Marque TODAS las que correspondan

- Para aliviar el dolor de una lesión, enfermedad, problema de salud o cirugía que tuve **antes** del embarazo
- Para aliviar el dolor de una lesión, enfermedad, problema de salud o cirugía que ocurrió **durante** mi embarazo
- Para relajarme o aliviar la tensión o el estrés
- Para ayudarme con mis sentimientos o emociones
- Para ayudarme a dormir
- Para sentirme bien o drogarme
- Porque estaba adicta o tenía que usarlos
- Otro _____ → Por favor, díganos:

05. En cada uno de los siguientes periodos de tiempo durante su embarazo, ¿cuántas semanas o meses usó medicamentos recetados para el dolor? Por favor, escriba el número total de semanas o meses en cada periodo de tiempo.

a. En los **primeros** 3 meses del embarazo

_____ semanas _____ meses

- Menos de una semana
 Nunca

b. En los **segundos** 3 meses del embarazo

_____ semanas _____ meses

- Menos de una semana
 Nunca

c. En los **últimos** 3 meses del embarazo

_____ semanas _____ meses

- Menos de una semana
 Nunca

06. Durante su embarazo más reciente, ¿quería o necesitaba reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

- No Pase a la pregunta O10
 Sí

07. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos recetados para el dolor?

- No
 Sí

08. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió ayuda de un proveedor de atención médica para reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

- No Pase a la pregunta O10
 Sí

09. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió tratamiento asistido por medicación para ayudarle a dejar de usar medicamentos recetados para el dolor? Esto es cuando un doctor receta medicinas como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexone (Vivitrol®).

- No
 Sí

010. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría ser dañino para la salud de un bebé?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

011. ¿Cree que el uso de medicamentos recetados para el dolor podría ser dañino para la salud de una mujer?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

012. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿algún proveedor de atención médica habló con usted sobre cómo el uso de medicamentos recetados para el dolor durante el embarazo podría afectar a un bebé?

- No
 Sí

La última pregunta es acerca del uso de otros medicamentos o drogas durante el embarazo.

76. 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, junk, Black Tar</i> o <i>chiva</i>)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Anfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, 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"/> |

**¡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.

