

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 ( <b>no</b> 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. Durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- No tomé multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico  
 De 1 a 3 veces a la semana  
 De 4 a 6 veces a la semana  
 Todos los días de la semana

Pase a la página 2, pregunta 6

- ### 5. Durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No estaba planeando quedar embarazada  
 No pensaba que necesitaba tomar vitaminas  
 No quería tomar vitaminas  
 Las vitaminas eran demasiado caras  
 Las vitaminas me producían efectos secundarios (como náuseas o estreñimiento)  
 Otra opción → Por favor, díganos:

---

**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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>   |                          |                          |
| 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 o TennCare
- CoverKids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

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

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid o TennCare
- CoverKids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

\_\_\_\_\_

- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- Medicaid o TennCare
- CoverKids
- 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

**12. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaban usted, o su esposo o pareja, haciendo algo para evitar el embarazo?** Esto puede incluir ligarse las trompas, usar píldoras anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- No
- Sí →

**Pase a la página 4, pregunta 14**

**13. ¿Cuáles eran las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- No quería usar anticonceptivos
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería
- Pensaba que mi esposo o pareja, o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo(a) o pareja no quería usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quería que yo usara anticonceptivos
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra opción → Por favor, díganos:

\_\_\_\_\_

**Si usted no estaba haciendo nada para evitar el embarazo, pase a la página 4, pregunta 15.**

#### 14. ¿Qué tipo de método anticonceptivo estaba usando cuando quedó embarazada?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones
- Parche anticonceptivo o anillo vaginal
- Dispositivo intrauterino o DIU
- Un implante anticonceptivo en el brazo
- Coito interrumpido (eyacular afuera)
- Método de planificación familiar natural (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:

#### 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.)

#### 15. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo *más reciente*?

- No → Pase a la pregunta 17
- Sí

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

- No
- Sí → Pase a la pregunta 18

Pase a la pregunta 17

#### 17. ¿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 o de TennCare .....                                       | <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 19.**

**18. 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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>   |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>Me preguntó...</b>   |                          |                          |
| 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"/> |

**19. 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"/> |

**20. ¿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"/> |

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

- No  
 Sí

**22. Durante su embarazo más reciente, ¿qué pensaba acerca de amamantar o darle pecho a su nuevo bebé?**

Marque UNA respuesta

- Sabía que quería amamantar  
 Pensaba que podría amamantar  
 Sabía que **no** amamantaría  
 No sabía qué iba a hacer al respecto

**23. 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 <b>comenzó</b> durante este embarazo) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que <b>comenzó</b> 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 24. Si **no la tuvo alta**, pase a la pregunta 25.

**24. 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 <b>durante</b> el embarazo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable <b>después</b> del embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente <b>después</b> del embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas <b>después</b> del embarazo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿le pidió ayuda a un proveedor de atención médica para la depresión?**

- No  
 Sí

**26. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿le pidió ayuda a un proveedor de atención médica para la ansiedad?**

- No  
 Sí

**27. 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 29**  
 Sí

**28. 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 “ <b>Hear Her</b> ” o “ <b>Escúchela</b> ” (como sitios web, redes sociales o folletos) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Familiares o amigos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un proveedor de atención médica que usted tenía alguna de las siguientes infecciones?**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Verrugas genitales (VPH) .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Herpes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Clamidia .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Gonorrea .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Enfermedad inflamatoria pélvica .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sífilis .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Estreptococos del grupo B (estreptococo beta) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Vaginosis bacteriana .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tricomoniasis (tric) .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Infección vaginal por hongos .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Infección de las vías urinarias (IU) .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Hepatitis C o Hep C .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Otra opción .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

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

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

- No → **Pase a la pregunta 34**
- Sí

**31. 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

**32. 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

**33. 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

**34. En los últimos 2 años, ¿ha usado cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos electrónicos con nicotina?**

- No → **Pase a la página 8, pregunta 38**
- Sí

**35. 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

**36. 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

**37. 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.**

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

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

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> 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 <sup>do</sup> trimestre)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> trimestre)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 40.**

**39. 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**.

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> 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 <sup>do</sup> trimestre)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> 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.**

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

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

**41. 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**.**

- |                                     | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

**42. 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.**

**43. 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 46**

**44. ¿Está vivo su bebé?**

- No → **Lamentamos mucho su pérdida.**
- Sí → **Pase a la página 11, pregunta 55**

**45. ¿Vive con usted su bebé actualmente?**

- No → **Pase a la página 11, pregunta 55**
- Sí

**46. ¿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)   mes(es)
- Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

**47. ¿Alguna vez ha oído o leído lo que puede pasar si se sacude a un bebé?**

- No
- Sí

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 11, pregunta 55.**

**48. En las últimas 2 semanas, ¿en que 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.....

**49. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con que 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 51**

**50. 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

**51. 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:

**52. 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:

**53. ¿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:

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

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

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

Por favor, díganos:

**55. ¿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 57**  
 Estoy embarazada → **Pase a la página 12, pregunta 58**

**56. ¿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 página 12, pregunta 58.**

**57. ¿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:

**58. 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 pregunta 60**

**59. ¿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 pregunta 61.**

**60. 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 .....

**61. 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

**62. 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

**63. 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

**64. 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

**65. ¿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.....

**66. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le ha pedido ayuda a un proveedor de atención médica para la depresión?**

- No
- Sí

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

- No
- Sí

**68. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le ha pedido ayuda a un proveedor de atención médica para la ansiedad?**

- No
- Sí

**69. 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 página 14, pregunta 72**
- Sí

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

- No
- Sí → **Pase a la página 14, pregunta 72**

**Pase a la página 14, pregunta 71**

**71. ¿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:

---

**72. ¿Su esposo(a) o pareja actual o anterior ha hecho alguna de las siguientes cosas desde que nació su nuevo bebé?**

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me amenazó o me hizo sentir insegura de alguna manera .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la rabia y las amenazas de mi esposo(a) o pareja actual o anterior ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quién podía hablar y a dónde podía ir .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me obligó a tocarlo o participar en otras actividades sexuales cuando yo no quería .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OTRAS EXPERIENCIAS**

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

**73. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez acerca de los anticonceptivos de emergencia?**

Las píldoras (la "píldora del día después") o la inserción del DIU de cobre (Paragard) se usan para prevenir el embarazo hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección.

- No
- Sí

**74. 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

**75. 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"/> |

**76. A continuación, aparecen algunas declaraciones acerca la seguridad.** Para cada opción, marque **No**, si no corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

No Sí

- a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente .....
- b. En mi hogar hay un detector de humo que funciona .....
- c. Mi hogar tiene un detector de monóxido de carbono que funciona.....
- d. He recibido información acerca productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé.....

**77. ¿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 .....
- b. Durante el nacimiento de mi nuevo bebé .....
- c. Desde que nació mi nuevo bebé.....

**78. ¿Ha sentido algo de lo siguiente *durante* su embarazo o *después* del nacimiento de su bebé?** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

No Sí

- a. He sentido que algo no estaba bien con mi salud .....
- b. He sentido que mis preocupaciones acerca de mi salud no han sido tomadas en serio .....
- c. He sentido que mi médico ignoraba mis preocupaciones acerca de mi salud o mis síntomas.....

**79. ¿Se ha monitoreado la presión arterial regularmente en el hogar o en otro lugar fuera de en una visita médica durante los siguientes periodos?**

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

No Sí

- a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente.....
- b. Durante mi embarazo más reciente.....
- c. Desde que nació mi nuevo bebé.....

**80. ¿Un proveedor de atención médica habló con usted acerca de las señales de advertencia de complicaciones en el embarazo y el posparto durante alguno de los siguientes periodos?**

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

No Sí

- a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente.....
- b. Durante mi embarazo más reciente .....
- c. Mientras estuve en el hospital para el parto y nacimiento.....
- d. Desde que nació mi nuevo bebé.....

**81. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información acerca de las señales de advertencia de complicaciones durante el postparto 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 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 .....

**82. 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:

**83. 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

**84. ¿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.**

**85. 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

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

Número de personas

87. ¿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 Tennessee sean más sanos.***

