

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

**5. 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 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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <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.**

**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)
- Medicaid (CareSource, AmeriGroup, Peach State Health Plan)
- PeachCare for Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

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

**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)
- Medicaid (CareSource, AmeriGroup, Peach State Health Plan)
- PeachCare for Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

\_\_\_\_\_

- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

**9. ¿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 (CareSource, AmeriGroup, Peach State Health Plan)
- PeachCare for Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

\_\_\_\_\_

- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

**10. 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

**11. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted tratando de quedar embarazada?**

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

**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 → **Pase a la página 4, pregunta 14**
- Sí

**13. ¿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).

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

- No  
 Sí

→ Pase a la pregunta 16

↓  
Pase a la pregunta 15

### 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. 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 20. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 21.

**20. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para 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"/> |

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

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

- No → Pase a la página 6, pregunta 23  
 Sí

Pase a la página 6, pregunta 22

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

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

No Sí

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

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

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

- No —————→ **Pase a la pregunta 28**
- Sí

**24. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?**

- Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- No fumaba en ese entonces —————→ **Pase a la pregunta 26**

**25. ¿Dejó usted de fumar antes o durante su embarazo más reciente?**

**Marque UNA respuesta**

- No
- No, pero fumaba menos
- Sí, dejé de fumar *antes* de enterarme de que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar *cuando* me enteré de que estaba embarazada
- Sí, dejé de fumar *cuando ya* estaba embarazada

**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. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

**Marque UNA respuesta**

- 14 o más bebidas a la semana  
 8 a 13 bebidas a la semana  
 4 a 7 bebidas a la semana  
 1 a 3 bebidas a la semana  
 Menos de 1 bebida a la semana  
 No tomaba en ese entonces

**33. 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 <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 35.**

**34. 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 <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.**

**35. ¿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"/> |

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

- Siempre  
 A menudo  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

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

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

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

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

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

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

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**39. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su nuevo bebé en el hospital?**

- Menos de 3 días  
 De 3 a 5 días  
 De 6 a 14 días  
 Más de 14 días  
 Mi bebé no nació en un hospital  
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la pregunta 42**

**40. ¿Está vivo su bebé?**

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*  
 Sí → **Pase a la página 11, pregunta 52**

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

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

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

**Marque UNA respuesta**

- No amamanté a mi bebé  
 Amamanté a mi bebé menos de 1 semana  
 Amamanté a mi bebé:  
 \_\_\_\_\_ semana(s) **O** \_\_\_\_\_ mes(es)  
  Todavía estoy amamantando  o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

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



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

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

- |                      | No                       | Sí                       |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. De lado .....     | <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 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 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:

---

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

- No  
 Sí

→ **Pase a la pregunta 52**

**50. ¿Cuál era la especialidad o profesión de la visitadora al hogar que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Una enfermera, asistente de enfermería o partera  
 Una maestra o educadora de salud  
 Una *doula* (asistente de parto) o una educadora del parto  
 Alguien del programa de visitas al hogar de Georgia (Georgia Home Visiting Program)  
 Otra persona → Por favor, díganos:

- No sé

**51. Desde que nació su nuevo bebé, ¿le habló la visitadora al hogar que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación?**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Amamantar o darle pecho a mi bebé.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cuánto tiempo es conveniente esperar antes de volver a quedar embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Servicios de planificación familiar o el uso de anticonceptivos .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Depresión posparto .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Recursos en mi comunidad que apoyan a los padres de recién nacidos .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo llegar a un peso adecuado después del parto .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo dejar de fumar o evitar fumar.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo conseguir servicios de salud necesarios para mí o mi bebé.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- No  
 Sí → **Pase a la pregunta 54**  
 Estoy embarazada → **Pase a la pregunta 55**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

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

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

**54. ¿Qué tipo de anticonceptivo están usando usted o su esposo(a) o pareja *actualmente* para evitar un embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Me operé (ligaron o bloquearon las trompas)  
 Mi esposo o pareja se operó (vasectomía)  
 Pastillas anticonceptivas  
 Condones  
 Inyecciones  
 Parche anticonceptivo o anillo vaginal  
 Dispositivo intrauterino o DIU  
 Un implante anticonceptivo en el brazo  
 Coito interrumpido (él eyacula afuera)  
 Método de planificación familiar natural o de observación de la fertilidad (incluido el ritmo o aplicaciones de seguimiento de la fertilidad)  
 Amamantar o dar pecho como método anticonceptivo (método de la lactancia y amenorrea o MELA)  
 Otra opción → Por favor, díganos:

**55. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular antes de las 12 semanas después del parto.**

- No → **Pase a la página 12, pregunta 57**  
 Sí

**Pase a la página 12, pregunta 56**

**56. Durante su chequeo posparto, ¿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. 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"/> |

**57. 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

**58. 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

**59. 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

**60. 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

**61. ¿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"/> |

## OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

### 62. 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

### 63. 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"/> |

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

Marque UNA respuesta

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

Pase a la pregunta 66

### 65. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de *cuidado prenatal*?

Para cada opción, marque No o Sí.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Falta de disponibilidad de citas virtuales de mi proveedor.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Falta de un teléfono disponible para usar para en las citas ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Falta de suficiente data o minutos en el móvil o celular.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Falta de una computadora o un dispositivo.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Falta de servicio de internet o el internet no era confiable..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Falta de un espacio privado o confidencial para usar.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Preferí ver a mi proveedor de atención médica en persona.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra razón .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor díganos:

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

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

### 67. ¿Ha regresado al trabajo que tenía *durante* su embarazo más reciente?

Marque UNA respuesta

- No, y no planeo regresar
- No, pero voy a regresar
- Sí

**68. 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 .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi hogar hay un detector de humo que funciona .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi hogar tiene un detector de monóxido de carbono que funciona .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información acerca productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la pregunta 70.**

**69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?**

- No
- Sí, solo yo utilizo los servicios de WIC
- Sí, tanto para mi nuevo bebé como para mí utilizamos los servicios de WIC
- Sí, solo para mi nuevo bebé utilizamos los servicios de WIC

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

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

**71. 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:

**72. 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

**73. ¿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.**

**74. 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

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

Número de personas

**76. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  /   
 Mes                      Día                      Año

**Las siguientes preguntas son acerca de la salud oral antes o durante su embarazo más reciente.**

**Si usted no tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante su embarazo, pase a la página 16, pregunta GA3.**

**GA1. Durante su embarazo más reciente, ¿qué tipo de problema tenía con sus dientes o encías?**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tuve una o más caries que necesité rellenar.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Las encías me dolían, las tenía rojas o inflamadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me dolían uno o más dientes .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Necesité sacarme un diente.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me lastimé la boca, los dientes o las encías .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuve algún otro problema con mis dientes o encías.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

**GA2. ¿Recibió usted tratamiento de un dentista u otro proveedor de atención médica por el problema dental que tuvo durante su embarazo?**

**Marque UNA respuesta**

- No  
 Sí, recibí tratamiento *durante* mi embarazo  
 Sí, recibí tratamiento *después* de mi embarazo  
 Sí, recibí tratamiento *durante y después* de mi embarazo

**GA3. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente?**

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

No Sí

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

**GA4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?**

- No  
 Sí

**Las siguientes preguntas son sobre el uso de anticonceptivos antes de su embarazo más reciente.**

**GA5. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted tratando de quedar embarazada?**

- No  
 Sí

→ **Pase a la pregunta GA9**

**GA6. 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 pregunta GA8**

**Pase a la pregunta GA7**

**GA7. ¿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 pregunta GA9.**

**GA8. ¿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:



La siguientes preguntas son sobre la lactancia materna *durante y despues* de su embarazo mas reciente.

**GA9. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información acerca de la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?** Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Uno de mis doctores .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera o partera .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una <i>doula</i> o asistente de parto .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Una especialista en lactancia materna.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El doctor o proveedor de atención médica de mi bebé .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Un grupo de apoyo para la lactancia materna.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Una línea gratuita o línea de ayuda telefónica para la lactancia.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Páginas de Internet o aplicaciones acerca del embarazo o el cuidado del bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok).....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Familiares o amigos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Otra opción.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please tell us:

---

**Si su bebé no nació en un hospital, pase al final.**

**GA10. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrieron algunas de las siguientes cosas?**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me operó para no tener más bebés (ligaron o bloquearon las trompas).....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El personal del hospital me puso un dispositivo intrauterino (DIU) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me puso un implante anticonceptivo en el brazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me puso una inyección anticonceptiva .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El personal del hospital habló conmigo acerca de cómo amamantar (cuándo y por cuánto tiempo hacerlo).....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¡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 Georgia sean más sanos.***

