

Please check the box next to your answer or follow the directions included with the question. You may be asked to skip some questions that do not apply to you.

### BEFORE PREGNANCY

The first questions are about you.

#### 1. How tall are *you* without shoes?

\_\_\_\_ Feet    \_\_\_\_ Inches

OR    \_\_\_\_ Centimeters

#### 2. Just before you got pregnant with your new baby, how much did you weigh?

\_\_\_\_ Pounds    OR    \_\_\_\_ Kilos

#### 3. What is *your* date of birth?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Month            Day            Year

The next questions are about the time ***before*** you got pregnant with your new baby.

#### 4. During the 3 months before you got pregnant with your new baby, did you have any of the following health conditions? For each one, check **No** if you did not have the condition or **Yes** if you did.

No    Yes

- a. Type 1 or Type 2 diabetes (**not** gestational diabetes or diabetes that starts during pregnancy) .....
- b. High blood pressure or hypertension .....
- c. Depression .....

#### 5. During the *month* before you got pregnant with your new baby, how many times a week did you take a multivitamin, a prenatal vitamin, or a folic acid vitamin?

- I didn't take a multivitamin, prenatal vitamin, or folic acid vitamin in the *month* before I got pregnant
- 1 to 3 times a week
- 4 to 6 times a week
- Every day of the week

#### 6. In the 12 months before you got pregnant with your new baby, did you have any health care visits with a doctor, nurse, or other health care worker, including a dental or mental health worker?

- No → **Go to Page 2, Question 9**
- Yes

#### 7. What type of health care visit did you have in the 12 months before you got pregnant with your new baby?

**Check ALL that apply**

- Regular checkup at my family doctor's office
- Regular checkup at my OB/GYN's office
- Visit for an illness or chronic condition
- Visit for an injury
- Visit for family planning or birth control
- Visit for depression or anxiety
- Visit to have my teeth cleaned by a dentist or dental hygienist
- Other → Please tell us:

\_\_\_\_\_

**8. During any of your health care visits in the 12 months before you got pregnant, did a doctor, nurse, or other health care worker do any of the following things?** For each item, check **No** if they did not or **Yes** if they did.

- |                                                                                                      | No                       | Yes                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Tell me to take a vitamin with folic acid...                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Talk to me about maintaining a healthy weight.....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Talk to me about controlling any medical conditions such as diabetes or high blood pressure ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Talk to me about my desire to have or not have children.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Talk to me about using birth control to prevent pregnancy .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Talk to me about how I could improve my health before a pregnancy .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Talk to me about sexually transmitted infections such as chlamydia, gonorrhea, or syphilis.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Ask me if I was smoking cigarettes.....                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ask me if someone was hurting me emotionally or physically .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ask me if I was feeling down or depressed.....                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Ask me about the kind of work I do .....                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Test me for HIV (the virus that causes AIDS).....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**The next questions are about your *health insurance coverage* before, during, and after your pregnancy with your *new baby*.**

**9. During the *month before* you got pregnant with your new baby, what kind of health insurance did you have?**

**Check ALL that apply**

- Private health insurance from my job or the job of my husband or partner
- Private health insurance from my parents
- Private health insurance from the Health Insurance Marketplace or HealthCare.gov
- Medicaid
- DC Alliance
- Other health insurance —→ Please tell us:
- I did not have any health insurance during the *month before* I got pregnant

**10. During your *most recent pregnancy*, what kind of health insurance did you have for your *prenatal care*?**

**Check ALL that apply**

- I did not go for prenatal care —→ **Go to Question 11**
- Private health insurance from my job or the job of my husband or partner
- Private health insurance from my parents
- Private health insurance from the Health Insurance Marketplace or HealthCare.gov
- Medicaid
- DC Alliance
- Other health insurance —→ Please tell us:
- I did not have any health insurance for my *prenatal care*

### 11. What kind of health insurance do you have now?

**Check ALL that apply**

- Private health insurance from my job or the job of my husband or partner
- Private health insurance from my parents
- Private health insurance from the Health Insurance Marketplace or HealthCare.gov
- Medicaid
- DC Alliance
- Other health insurance → Please tell us:

\_\_\_\_\_

- I do not have health insurance *now*

### 12. Thinking back to *just before* you got pregnant with your new baby, how did you feel about becoming pregnant?

**Check ONE answer**

- I wanted to be pregnant later
- I wanted to be pregnant sooner
- I wanted to be pregnant then
- I didn't want to be pregnant then or at any time in the future
- I wasn't sure what I wanted

## DURING PREGNANCY

The next questions are about the prenatal care you received during your most recent pregnancy. Prenatal care includes visits to a doctor, nurse, or other health care worker before your baby was born to get checkups and advice about pregnancy. (It may help to look at the calendar when you answer these questions.)

### 13. How many weeks or months pregnant were you when you had your first visit for prenatal care?

{ \_\_\_\_\_ Weeks **OR** \_\_\_\_\_ Months

- I didn't go for prenatal care →

**Go to Question 15**

**Go to Question 14**

### 14. Did you get prenatal care as early in your pregnancy as you wanted?

No

Yes →

**Go to Page 4, Question 16**

### 15. Did any of these things keep you from getting prenatal care when you wanted it? For each item, check **No** if it did not keep you from getting prenatal care or **Yes** if it did.

- |                                                                                  | No                       | Yes                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. I couldn't get an appointment when I wanted one.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I didn't have enough money or insurance to pay for my visits.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I didn't have any transportation to get to the clinic or doctor's office..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. The doctor or my health plan would not start care as early as I wanted.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. I had too many other things going on.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. I couldn't take time off from work or school.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. I didn't have my Medicaid card.....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. I didn't have anyone to take care of my children.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. I didn't know that I was pregnant.....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. I didn't want anyone else to know I was pregnant.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. I didn't want prenatal care.....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**If you did not get prenatal care, go to Page 4, Question 18.**

**16. During any of your prenatal care visits, did a doctor, nurse, or other health care worker ask you any of the things listed below?** For each item, check **No** if they did not ask you about it or **Yes** if they did.

- |                                                                          | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. If I knew how much weight I should gain during pregnancy.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. If I was taking any prescription medication.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. If I was smoking cigarettes.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. If I was drinking alcohol .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. If someone was hurting me emotionally or physically.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. If I was feeling down or depressed.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. If I was using drugs such as marijuana, cocaine, crack, or meth ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. If I wanted to be tested for HIV (the virus that causes AIDS) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. If I planned to breastfeed my new baby..                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. If I planned to use birth control after my baby was born .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17. How did you feel about the prenatal care you got during your most recent pregnancy?** If you went to more than one place for prenatal care, answer for the place where you got *most* of your care. For each item, check **No** if you were not satisfied or **Yes** if you were satisfied.

- |                                                                         | No                       | Yes                      |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. The amount of time I had to wait .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. The amount of time the doctor, nurse, or midwife spent with me ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. The advice I got on how to take care of myself.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. The understanding and respect shown toward me as a person .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. During the 12 months before the delivery of your new baby, did a doctor, nurse, or other health care worker offer you a flu shot or tell you to get one?**

- No  
 Yes

**19. During the 12 months before the delivery of your new baby, did you get a flu shot?**

Check ONE answer

- No  
 Yes, before my pregnancy  
 Yes, during my pregnancy

**20. During your most recent pregnancy, did you have your teeth cleaned by a dentist or dental hygienist?**

- No  
 Yes

**21. This question is about other care of your teeth during your most recent pregnancy.** For each item, check **No** if it is not true or does not apply to you or **Yes** if it is true.

- |                                                                                                     | No                       | Yes                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. I knew it was important to care for my teeth and gums during my pregnancy....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A dental or other health care worker talked with me about how to care for my teeth and gums..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I had insurance to cover dental care during my pregnancy.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. I <u>needed</u> to see a dentist for a <b>problem</b> ..                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. I <u>went</u> to a dentist or dental clinic about a <b>problem</b> .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**22. Did any of the following things make it hard for you to go to a dentist or dental clinic during your most recent pregnancy?** For each item, check **No** if it was not something that made it hard for you or **Yes** if it was.

- |                                                                                        | No                       | Yes                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. I could not find a dentist or dental clinic that would take pregnant patients ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I could not find a dentist or dental clinic that would take Medicaid patients ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I did not think it was safe to go to the dentist during pregnancy.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. I could not afford to go to the dentist or dental clinic.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. During your most recent pregnancy, did you have any of the following health conditions?**

For each one, check **No** if you did not have the condition or **Yes** if you did.

- |                                                                                                            | No                       | Yes                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Gestational diabetes (diabetes that <b>started</b> during <i>this</i> pregnancy) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. High blood pressure (that <b>started</b> during <i>this</i> pregnancy), pre-eclampsia or eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depression .....                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. Did you have any of the following problems during your most recent pregnancy?**

For each item, check **No** if you did not have the problem or **Yes** if you did.

- |                                                                                                                | No                       | Yes                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Vaginal bleeding.....                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Kidney or bladder (urinary tract) infection (UTI).....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <b>Severe</b> nausea, vomiting, or dehydration that sent me to the doctor or hospital.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cervix had to be sewn shut (cerclage for incompetent cervix) .....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problems with the placenta (such as abruptio placentae or placenta previa)....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Labor pains more than 3 weeks before my baby was due (preterm or early labor).....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Water broke more than 3 weeks before my baby was due (preterm premature rupture of membranes [PPROM]) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. I had to have a blood transfusion.....                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. I was hurt in a car accident.....                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. During your most recent pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker give you a series of weekly shots of a medicine called progesterone, Makena®, or 17P (17 alpha-hydroxyprogesterone) to try to keep your new baby from being born too early?**

- No  
 Yes  
 I don't know

**The next questions are about smoking cigarettes around the time of pregnancy (before, during, and after).**

**26. Have you smoked any cigarettes in the past 2 years?**

- No → **Go to Page 6, Question 30**  
 Yes

**27. In the 3 months before you got pregnant, how many cigarettes did you smoke on an average day? A pack has 20 cigarettes.**

- 41 cigarettes or more  
 21 to 40 cigarettes  
 11 to 20 cigarettes  
 6 to 10 cigarettes  
 1 to 5 cigarettes  
 Less than 1 cigarette  
 I didn't smoke then

**28. In the last 3 months of your pregnancy, how many cigarettes did you smoke on an average day? A pack has 20 cigarettes.**

- 41 cigarettes or more  
 21 to 40 cigarettes  
 11 to 20 cigarettes  
 6 to 10 cigarettes  
 1 to 5 cigarettes  
 Less than 1 cigarette  
 I didn't smoke then

**29. How many cigarettes do you smoke on an average day now?** A pack has 20 cigarettes.

- 41 cigarettes or more
- 21 to 40 cigarettes
- 11 to 20 cigarettes
- 6 to 10 cigarettes
- 1 to 5 cigarettes
- Less than 1 cigarette
- I don't smoke now

**30. Does your husband or partner smoke inside your home?**

- No
- Yes

**31. Not including yourself or your husband or partner, does anyone else smoke cigarettes inside your home?**

- No
- Yes

**The next questions are about using other tobacco products around the time of pregnancy.**

**E-cigarettes (electronic cigarettes) and other electronic nicotine products** (such as vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigars, e-pipes) are battery-powered devices that use nicotine liquid rather than tobacco leaves, and produce vapor instead of smoke.

A **hookah** is a water pipe used to smoke tobacco. It is not the same as an e-hookah or hookah pen.

**32. Have you used any of the following products in the past 2 years?** For each item, check **No** if you did not use it or **Yes** if you did.

- |                                                            | No                       | Yes                      |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarettes or other electronic nicotine products..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah .....                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**If you used e-cigarettes or other electronic nicotine products in the past 2 years, go to Question 33. Otherwise, go to Question 35.**

**33. During the 3 months before you got pregnant, on average, how often did you use e-cigarettes or other electronic nicotine products?**

- More than once a day
- Once a day
- 2-6 days a week
- 1 day a week or less
- I did not use e-cigarettes or other electronic nicotine products then

**34. During the last 3 months of your pregnancy, on average, how often did you use e-cigarettes or other electronic nicotine products?**

- More than once a day
- Once a day
- 2-6 days a week
- 1 day a week or less
- I did not use e-cigarettes or other electronic nicotine products then

**The next questions are about drinking alcohol around the time of pregnancy.**

**35. Have you had any alcoholic drinks in the past 2 years?** A drink is 1 glass of wine, wine cooler, can or bottle of beer, shot of liquor, or mixed drink.

- No → Go to Question 37
- Yes

**36. During the 3 months before you got pregnant, how many alcoholic drinks did you have in an average week?**

- 14 drinks or more a week
- 8 to 13 drinks a week
- 4 to 7 drinks a week
- 1 to 3 drinks a week
- Less than 1 drink a week
- I didn't drink then

**Pregnancy can be a difficult time. The next questions are about things that may have happened *before* and *during* your most recent pregnancy.**

**37. During the 12 months before your new baby was born, how often did you feel unsafe in the neighborhood where you lived?**

- Always  
 Often  
 Sometimes  
 Rarely  
 Never

**38. In the 12 months before you got pregnant with your new baby, did any of the following people push, hit, slap, kick, choke, or physically hurt you in any other way?** For each person, check **No** if they did not hurt you during this time or **Yes** if they did.

- |                                      | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. My husband or partner .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. My ex-husband or ex-partner ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Another family member .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Someone else .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**39. During your most recent pregnancy, did any of the following people push, hit, slap, kick, choke, or physically hurt you in any other way?** For each person, check **No** if they did not hurt you during this time or **Yes** if they did.

- |                                      | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. My husband or partner .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. My ex-husband or ex-partner ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Another family member .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Someone else .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**40. During your most recent pregnancy, did any of the following things happen to you?** For each thing, check **No** if it did not happen to you or **Yes** if it did.

- |                                                                                                                                       | No                       | Yes                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. My husband or partner threatened me or made me feel unsafe in some way .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I was frightened for my safety or my family's safety because of the anger or threats of my husband or partner .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. My husband or partner tried to control my daily activities, for example, controlling who I could talk to or where I could go ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. My husband or partner forced me to take part in touching or any sexual activity when I did not want to .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## AFTER PREGNANCY

**The next questions are about the time since your new baby was born.**

**41. When was your new baby born?**

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
				20
Month		Day		Year

**42. After your baby was delivered, how long did he or she stay in the hospital?**

- Less than 24 hours (less than 1 day)  
 24 to 48 hours (1 to 2 days)  
 3 to 5 days  
 6 to 14 days  
 More than 14 days  
 My baby was not born in a hospital  
 My baby is still in the hospital

**Go to Page 8, Question 45**

**43. Is your baby alive now?**

- No  
 Yes

*We are very sorry for your loss.*  
**Go to Page 9, Question 54**

**Go to Page 8, Question 44**

#### 44. Is your baby living with you now?

- No → **Go to Question 54**  
 Yes

#### 45. Before or after your new baby was born, did you receive information about breastfeeding from any of the following sources? For each one, check **No** if you did not receive information from this source or **Yes** if you did.

- |                                                     | No                       | Yes                      |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. My doctor.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A nurse, midwife, or doula.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A breastfeeding or lactation specialist ....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. My baby's doctor or health care provider.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. A breastfeeding support group.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. A breastfeeding hotline or toll-free number..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Family or friends .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Other .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please tell us:

#### 46. Did you ever breastfeed or pump breast milk to feed your new baby, even for a short period of time?

- No → **Go to Question 49**  
 Yes

#### 47. Are you currently breastfeeding or feeding pumped milk to your new baby?

- No  
 Yes → **Go to Question 49**

#### 48. How many weeks or months did you breastfeed or feed pumped milk to your baby?

- Less than 1 week

Weeks **OR**  Months

If your baby is still in the hospital, go to Question 54.

#### 49. In which *one* position do you *most often* lay your baby down to sleep now?

Check ONE answer

- On his or her side  
 On his or her back  
 On his or her stomach

#### 50. In the *past 2 weeks*, how often has your new baby slept alone in his or her own crib or bed?

- Always  
 Often  
 Sometimes  
 Rarely  
 Never → **Go to Question 52**

#### 51. When your new baby sleeps alone, is his or her crib or bed in the same room where *you* sleep?

- No  
 Yes

#### 52. Listed below are some more things about how babies sleep. How did your new baby *usually* sleep in the *past 2 weeks*? For each item, check **No** if your baby did not *usually* sleep like this or **Yes** if he or she did.

- |                                                                     | No                       | Yes                      |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. In a crib, bassinet, or pack and play .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. On a twin or larger mattress or bed.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. On a couch, sofa, or armchair.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. In an infant car seat or swing.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. In a sleeping sack or wearable blanket.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. With a blanket.....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. With toys, cushions, or pillows, including nursing pillows ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. With crib bumper pads (mesh or non-mesh).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**53. Did a doctor, nurse, or other health care worker tell you any of the following things?**

For each thing, check **No** if they did not tell you or **Yes** if they did.

- |                                                                       | No                       | Yes                      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Place my baby on his or her back to sleep .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Place my baby to sleep in a crib, bassinet, or pack and play ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Place my baby's crib or bed in my room ..                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. What things should and should not go in bed with my baby .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**54. Are you or your husband or partner doing anything *now* to keep from getting pregnant?**

Some things people do to keep from getting pregnant include having their tubes tied, using birth control pills, condoms, withdrawal, or natural family planning.

- No  
 Yes → **Go to Question 56**

**55. What are your reasons or your husband's or partner's reasons for not doing anything to keep from getting pregnant *now*?**

**Check ALL that apply**

- I want to get pregnant
- I am pregnant now
- I had my tubes tied or blocked
- I don't want to use birth control
- I am worried about side effects from birth control
- I am not having sex
- My husband or partner doesn't want to use anything
- I have problems paying for birth control
- Other → Please tell us:

---

**If you or your husband or partner is not doing anything to keep from getting pregnant *now*, go to Question 57.**

**56. What kind of birth control are you or your husband or partner using *now* to keep from getting pregnant?**

**Check ALL that apply**

- Tubes tied or blocked (female sterilization or Essure®)
- Vasectomy (male sterilization)
- Birth control pills
- Condoms
- Shots or injections (Depo-Provera®)
- Contraceptive patch (OrthoEvra®) or vaginal ring (NuvaRing®)
- IUD (including Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®)
- Contraceptive implant in the arm (Nexplanon® or Implanon®)
- Natural family planning (including rhythm method)
- Withdrawal (pulling out)
- Not having sex (abstinence)
- Other → Please tell us:

---

**57. Since your new baby was born, have you had a postpartum checkup for yourself? A postpartum checkup is the regular checkup a woman has about 4-6 weeks after she gives birth.**

- No → **Go to Page 10, Question 59**  
 Yes

**Go to Page 10, Question 58**

**58. During your postpartum checkup, did a doctor, nurse, or other health care worker do any of the following things?** For each item, check **No** if they did not do it or **Yes** if they did.

- |                                                                                                                          | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Tell me to take a vitamin with folic acid ...                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Talk to me about healthy eating, exercise, and losing weight gained during pregnancy.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Talk to me about how long to wait before getting pregnant again .....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Talk to me about birth control methods I can use after giving birth.....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Give or prescribe me a contraceptive method such as the pill, patch, shot (Depo-Provera®), NuvaRing®, or condoms..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Insert an IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®) or a contraceptive implant (Nexplanon® or Implanon®) .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Ask me if I was smoking cigarettes .....                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Ask me if someone was hurting me emotionally or physically.....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ask me if I was feeling down or depressed .....                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Test me for diabetes .....                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**59. Since your new baby was born, how often have you felt down, depressed, or hopeless?**

- Always  
 Often  
 Sometimes  
 Rarely  
 Never

**60. Since your new baby was born, how often have you had little interest or little pleasure in doing things you usually enjoyed?**

- Always  
 Often  
 Sometimes  
 Rarely  
 Never

**61. Since your new baby was born, has a doctor, nurse, or other health care worker told you that you had depression?**

- No  
 Yes

**62. Since your new baby was born, have any of the following things happened to you?** For each thing, check **No** if it did not happen to you or **Yes** if it did.

- |                                                                                                                                      | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. My husband or partner threatened me or made me feel unsafe in some way.....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I was frightened for my safety or my family's safety because of the anger or threats of my husband or partner .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. My husband or partner tried to control my daily activities, for example, controlling who I could talk to or where I could go..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. My husband or partner forced me to take part in touching or any sexual activity when I did not want to .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OTHER EXPERIENCES**

The next questions are on a variety of topics.

**63. Some of these things might happen to people during childhood. Childhood experiences may be important. Please tell us if any of these things ever happened to you from the time you were born through age 13.**

- |                                                                                                  | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Most of the time, I had an adult who believed in me and who I could count on to help me ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A parent or guardian I lived with got divorced or separated.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. We had to move because of problems paying the rent or mortgage.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Someone in my family or I went hungry because we could not afford enough food.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. A parent or guardian got in trouble with the law or went to jail.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. A parent or guardian I lived with had a serious drinking or drug problem .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. I was in foster care (removed from my home by the court or child welfare agency) .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**64. Thinking back to your childhood through age 13, how often was it hard for your family to pay for basic needs like food or housing?**

- Very often
- Somewhat often
- Not very often
- Never

**65. During the 12 months before your new baby was born, how often did you experience discrimination, or harassment, or were made to feel inferior because of your race, ethnicity, or culture?**

- Always
- Often
- Sometimes
- Rarely
- Never

**66. During your most recent pregnancy, did you take or use any of the following drugs for any reason?** Your answers are strictly confidential. For each item, check **No** if you did not use it or **Yes** if you did.

- |                                                                                                        | No                       | Yes                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Over-the-counter pain relievers such as aspirin, Tylenol®, Advil®, or Aleve® .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Prescription pain relievers such as hydrocodone (Vicodin®), oxycodone (Percocet®), or codeine ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Adderall®, Ritalin® or another stimulant.....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marijuana or hash.....                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Synthetic marijuana (K2, Spice).....                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Methadone, naloxone, subutex, or Suboxone® .....                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Heroin (smack, junk, black tar, <i>Chiva</i> ).....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Amphetamines (uppers, speed, crystal meth, crank, ice, <i>agua</i> ).....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cocaine (crack, rock, coke, blow, snow, <i>nieve</i> ) .....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Tranquilizers (downers, ludes).....                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hallucinogens (LSD/acid, PCP/angel dust, Ecstasy, Molly, mushrooms, bath salts).....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Sniffing gasoline, glue, aerosol spray cans, or paint to get high (huffing) .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67. How would you describe the time during your most recent pregnancy?**

**Check ONE answer**

- One of the happiest times of my life
- A happy time with few problems
- A moderately hard time
- A very hard time
- One of the worst times of my life

**68. During your most recent pregnancy, did you get any of these services?** For each one, check **No** if you did not get the service and **Yes** if you did.

- |                                               | No                       | Yes                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Parenting classes.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Counseling for depression or anxiety ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**69. During pregnancy, you probably had to get different kinds of health-related services. These may have included clinic visits, doctor's or nurse's office visits, applying for health insurance, applying for Medicaid, or getting help for a family problem.**

**Did you ever feel you were treated unfairly in getting these kinds of services because of any of the following?** For each item, check **No** if you were not treated unfairly or **Yes** if you were treated unfairly.

- |                                                   | No                       | Yes                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. My race, ethnicity, or culture .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. My age .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. The language I speak.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. My citizenship .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. My insurance or Medicaid status .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. I felt unfairly treated for other reasons..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please tell us:

**If your baby is not alive or is not living with you, go to Question 71.**

**70. Since your new baby was born, have you used any of these services?** For each one, check **No** if you did not use the service or **Yes** if you did.

- |                                               | No                       | Yes                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Parenting classes.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Counseling for depression or anxiety ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**71. Since your new baby was born, how often would you say you have been worried or stressed about having enough money to pay your bills?**

- Always  
 Often  
 Sometimes  
 Rarely  
 Never

**72. Do you have one or more persons you think of as *your* personal doctor or nurse?** A personal doctor or nurse is a health professional who is familiar with your health history. This can be a general doctor, a specialist doctor, a nurse practitioner, or a physician assistant.

- No  
 Yes

**73. In what country were you born?**

**Check ONE answer**

- United States → **Go to Question 75**  
 Puerto Rico  
 Other Country → Please tell us:

**74. How old were you when you moved to the United States?**

Age in years

**The last questions are about the time during the 12 months before your new baby was born.**

**75. During the 12 months before your new baby was born, what was your yearly total household income before taxes?** Include your income, your husband's or partner's income, and any other income you may have received. *All information will be kept private and will not affect any services you are now getting.*

- \$0 to \$16,000
- \$16,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$24,000
- \$24,001 to \$28,000
- \$28,001 to \$32,000
- \$32,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$48,000
- \$48,001 to \$57,000
- \$57,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$73,000
- \$73,001 to \$85,000
- \$85,001 to \$100,000
- \$100,001 to \$120,000
- \$120,001 or more

**76. During the 12 months before your new baby was born, how many people, including yourself, depended on this income?**

People

**77. What is today's date?**

/  /  20  
Month Day Year

**Please use this space for any additional comments you would like to make about your experiences around the time of your pregnancy or the health of mothers and babies in the District of Columbia.**

***Thanks for answering our questions!***

***Your answers will help us work to keep mothers and babies in the District of Columbia healthy.***



Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

### 1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies **Y**  Pulgadas  
**O**  Centímetros

### 2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras **O**  Kilos

### 3. ¿En qué fecha nació usted?

/  /   
 Mes                  Día                  Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

### 4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |                                                                                                                                      | No                       | Sí                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. 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?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el mes antes de quedar embarazada  
 De 1 a 3 veces a la semana  
 De 4 a 6 veces a la semana  
 Todos los días de la semana

### 6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- No      →      **Pase a la Página 2, Pregunta 9**  
 Sí

**Pase a la Página 2, Pregunta 7**



**7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

---

**8. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.**

- |                                                                                                            | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable .....                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos.....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos .....                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago.....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo bebé*.

9. 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 de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- DC Alliance
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

10. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 11**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- DC Alliance
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- DC Alliance
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

## DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

13. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

{ \_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

No recibí cuidado prenatal

→ **Pase a la Pregunta 15**

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

No

Sí

→ **Pase a la Pregunta 16**

**Pase a la Pregunta 15**

15. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

- |                                                                                          | 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 a la clínica o al consultorio médico .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas.....                                          | <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 state Medicaid name) .....                         | <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"/> |

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 18.**

**16. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

- |                                                                                                 | No                       | Sí                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol .....                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17. ¿Qué le pareció el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente?**

Si fue a más de un lugar para recibir cuidado prenatal, responda sobre el lugar en el que recibió *la mayoría* de su cuidado. Para cada una, marque **No**, si no estuvo satisfecha, o **Sí**, si estuvo satisfecha.

- |                                                                           | No                       | Sí                       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. El tiempo que tenía que esperar.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El tiempo que el doctor, la enfermera o la partera pasaba conmigo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El consejo que recibí sobre cómo cuidarme.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La comprensión y el respeto que el personal me demostró.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna contra la influenza o le aconsejó que se la pusiera?**

- No  
 Sí

**19. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?**

Marque UNA respuesta

- No  
 Sí, antes de mi embarazo  
 Sí, durante mi embarazo

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

- No  
 Sí

**21. Esta pregunta es sobre otro cuidado de sus dientes durante su embarazo más reciente.**

Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- |                                                                                                                             | No                       | Sí                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo ....                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo .....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un <b>problema</b> .....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b> .....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**22. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo *más reciente*?** Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista, o **Sí**, si le impidió.

- |                                                                                               | No                       | Sí                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |                                                                                                            | No                       | Sí                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante <i>este</i> embarazo).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo *más reciente*?** Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema, o **Sí**, si lo tuvo.

- |                                                                                                                                                        | No                       | Sí                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sangrado vaginal.....                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias).....                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación tan <b>graves</b> que tuve que ir al doctor o al hospital.....                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me cosieron el cuello del útero (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical).....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa).....                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro).....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas pretérmino [PPROM en inglés])..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me hicieron una transfusión de sangre....                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me lastimé en un accidente de automóvil.....                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dio a usted una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé?**

- No  
 Sí  
 No sé

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

- No  
 Sí

Pase a la Pregunta 30

27. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumaba en ese entonces

28. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumaba en ese entonces

29. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumo ahora

30. ¿Su esposo o pareja fuma dentro de su casa?

- No  
 Sí

31. Sin incluirse a usted ni a su esposo o pareja, ¿hay alguna otra persona que fuma cigarrillos dentro de su casa?

- No  
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.

**E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

32. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- |                                                                                              | No                       | Sí                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah.....                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Página 8, Pregunta 33. Sino, pase a la Página 8, Pregunta 35.**

**33. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**34. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.**

**35. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?** Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 37**
- Sí

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

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

**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.**

**37. Durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**38. En los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

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

**39. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

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

**40. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le pasó algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

- |                                                                                                                                             | No                       | Sí                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa 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 o pareja .....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o algunas actividades sexuales cuando yo no quería .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**41. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	20
Mes		Día		Año

**42. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?**

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 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 45**

**43. ¿Su bebé está vivo?**

- No → *Lamentamos mucho su pérdida*
- Sí → **Pase a la Página 11, Pregunta 54**

**Pase a la Pregunta 44**

**44. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?**

- No → **Pase a la Página 11, Pregunta 54**
- Sí

**45. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?** Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- |                                                                                   | No                       | Sí                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor .....                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula .....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas .....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra .....                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**46. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?**

- No → **Pase a la Página 10, Pregunta 49**
- Sí

**47. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?**

- No
- Sí → **Pase a la Página 10, Pregunta 49**

**Pase a la Página 10, Pregunta 48**



48. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Menos de 1 semana

Semanas   Meses

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 54.

49. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado  
 Boca arriba  
 Boca abajo

50. En las *últimas 2 semanas*, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

Pase a la Pregunta 52

51. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme *usted*?

- No  
 Sí

52. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo *usualmente* durmió su nuevo bebé en las *últimas 2 semanas*? Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.

- |                                                                                          | No                       | Sí                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" ....                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora.....                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir ( <i>sleeping sack</i> ) o saquito cobertor .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta .....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna ( <i>bumper pads</i> ) transpirables o no transpirables ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

53. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las **siguientes cosas**? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- |                                                                         | No                       | Sí                       |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 56**

**55. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Quiero quedar embarazada
- Estoy embarazada ahora
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- Otra → Por favor, escríbala:

---

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 57.**

**56. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

---

**57. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4-6 semanas después de dar a luz.

Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4-6 semanas después de dar a luz.

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 59**  
 Sí

↓  
**Pase a la Página 12, Pregunta 58**

**58. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |                                                                                                                                                 | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos.....                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes.....                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**59. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**60. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**61. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?**

- No  
 Sí

**62. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿le ha pasado algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

- |                                                                                                                                            | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja me amenazó o me hizo sentir temerosa 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 o pareja.....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi esposo o pareja trataba de controlar mis actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar y a donde podía ir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi esposo o pareja me forzó a participar en caricias o actividades sexuales cuando yo no quería.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

**63. Algunas de estas cosas pueden ocurrir a las personas durante la niñez. Las experiencias durante la niñez pueden ser importantes. Por favor, díganos si alguna de estas cosas le pasó a usted durante el tiempo desde su nacimiento hasta la edad de 13 años, inclusivo.**

- |                                                                                                                       | No                       | Sí                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Casi siempre había una persona adulta que creía en mí y con quien yo podía contar si necesitaba ayuda .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se divorció o se separó de su pareja .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuvimos que mudarnos debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Yo o alguien en mi familia pasamos hambre porque no teníamos dinero para comprar suficiente comida.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se metió en problemas con la ley o estuvo en la cárcel.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía tenía un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me pusieron en un hogar de crianza temporal (la corte o una agencia de bienestar infantil me sacó de mi casa)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**64. Pensando en su niñez hasta la edad de 13 años, inclusivo, ¿con qué frecuencia fue difícil para su familia pagar las necesidades básicas, como comida y casa?**

- Con mucha frecuencia  
 Con algo de frecuencia  
 Con poca frecuencia  
 Nunca

**65. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usted experimentó discriminación, acoso, o le hicieron sentir inferior a causa de su raza, etnicidad o cultura?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**66. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó alguna de las siguientes drogas por alguna razón?** Sus respuestas son completamente confidenciales. Para cada una, marque **No**, si no la usó, o **Sí**, si la usó.

- |                                                                                                                            | No                       | Sí                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Analgésicos que se venden sin receta médica como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®) o codeína.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante.....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Marihuana o hachís.....                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Marihuana sintética (K2, Spice) .....                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone® .....                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Heroína ( <i>smack, junk, Black Tar</i> , chiva, alquitrán negro) .....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Metanfetaminas ( <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> , agua) .....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cocaína ( <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> , nieve).....                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers, ludes</i> ) .....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos, sales de baño o catinonas sintéticas)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse ( <i>huffing</i> ) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67. ¿Cómo describiría su época durante su embarazo más reciente?**

Marque UNA respuesta

- Una de las épocas más felices de mi vida  
 Una época feliz con ciertos problemas  
 Una época un poco difícil  
 Una época muy difícil  
 Una de las épocas más difíciles de mi vida

**68. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió usted alguno de los siguientes servicios?**

Para cada servicio, marque **No**, si no recibió el servicio, o **Sí**, si lo recibió.

- |                                                    | No                       | Sí                       |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consejería para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**69. Durante su embarazo, probablemente tuvo que obtener distintos tipos de servicios relacionados con la salud. Entre estos pudo haber necesitado consultas en la clínica, en el consultorio del doctor o la enfermera, pudo haber solicitado un seguro de salud o Medicaid, o pudo haber solicitado ayuda por un problema familiar.**

**Al obtener esos servicios, ¿alguna vez sintió que le trataron injustamente por alguna de las siguiente razones?** Para cada una, marque **No**, si no le trataron injustamente, o **Sí**, si le trataron injustamente.

- |                                                                 | No                       | Sí                       |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi edad.....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El idioma que hablo.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi ciudadanía.....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi estatus de seguro o Medicaid.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me sentí que me trataron injustamente por otras razones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escríbalas:
- \_\_\_\_\_

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 71.**

**70. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha usado usted alguno de los servicios siguientes?** Para cada servicio, marque **No**, si no usó el servicio, o **Sí**, si lo usó.

- |                                                    | No                       | Sí                       |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Clases sobre la crianza de los hijos .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consejería para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**72. ¿Usted tiene una o más personas a quienes usted considera su doctor o enfermero personal?** Un doctor o enfermero personal es un profesional de salud familiarizado con sus antecedentes de salud. Puede ser un doctor clínico, un pediatra, un especialista, un enfermero practicante o un asistente de doctor.

- No  
 Sí

**73. ¿En qué país nació usted?**

Marque UNA respuesta

- Estados Unidos → **Pase a la Pregunta 75**  
 Puerto Rico  
 Otro país → Por favor, escríbalo:



**74. ¿Cuántos años tenía usted cuando se mudó a los Estados Unidos?**

\_\_\_\_\_ Años de edad

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

**75. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De 0 a \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- De \$85,001 a \$100,000
- De \$100,001 a \$120,000
- \$120,001 ó más

**76. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?**

Número de Personas

**77. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  /  20  
Mes                  Día                  Año

**Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de District of Columbia.**

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!***

***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de District of Columbia.***