



Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

Una encuesta para bebés
más saludables en New Jersey

Sus experiencias como nueva madre
son muy importantes.

Si usted tiene algunas preguntas o
comentarios usted puede llamar al
número gratis, el 1-855-264-0528

Información Importante Sobre PRAMS

Por favor, lea antes de empezar el cuestionario

- PRAMS es el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). PRAMS es un proyecto de investigación realizado por el Centro de Investigación y Evaluación de Educación y Servicios Humanos (CREEHS; por sus siglas en inglés) de la Universidad Estatal de Montclair de parte del Departamento de Salud de Nueva Jersey con el apoyo de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiéndole a aproximadamente 167 mujeres cada mes en Nueva Jersey que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 25-42 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo, el uso de bebidas alcohólicas y la violencia doméstica durante el embarazo.
- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud de otras fuentes.
- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado, y se usará solo para responder preguntas relacionadas con el propósito de este estudio. Esto se debe a que este estudio ha recibido un Certificado de Confidencialidad. Esto significa que no podemos compartir información que pueda identificarla en juicios o procedimientos legales, incluso si un tribunal nos lo ordena, a menos que usted diga que está bien. Sus respuestas serán eliminadas de todos los identificadores personales. Todos los registros computarizados serán encriptados o codificados y mantenidos en una base de datos segura, protegida por contraseña en el CDC. Hay un riesgo muy pequeño de pérdida de confidencialidad.
- Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).
- Nadie será identificado por nombre en los informes de PRAMS. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de PRAMS será utilizado para planificar programas que se le brindarán a las madres y los bebés de Nueva Jersey.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a la Oficina de IRB de la Universidad de Rowan al 856-256-4078.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame al Administrador de la Encuesta del proyecto PRAMS de Nueva Jersey al número gratuito 1-855-264-0528 o e-mail: NJPRAMS@montclair.edu.



Preguntas Más Comunes Sobre PRAMS

¿Qué es PRAMS?

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (sigla PRAMS) es un proyecto de investigación común entre el Departamento de Salud de Nueva Jersey, el Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro de Investigación y Servicios Humanos (CREEHS; por sus siglas en inglés) de la Universidad Estatal de Montclair. La información de PRAMS es usada para ayudar a planificar mejor programas de salud para las madres y infantil de Nueva Jersey – tal como mejorar el acceso al cuidado prenatal de alta calidad, reducción de fumar durante el embarazo, y promover la lactancia materna. Para hacer esto, nuestra encuesta les pregunta a nuevas madres por sus impresiones y experiencias alrededor del tiempo de su embarazo.

¿Serán confidenciales mis respuestas?

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales y se utilizarán solamente para contestar preguntas relacionadas con el propósito de este estudio. Todas las respuestas se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en Nueva Jersey. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

¿Cómo fui escogida para participar en PRAMS?

Su nombre fue elegido al azar del registro estatal de certificados de nacimiento, como una lotería. Usted es parte de un pequeño

grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?

¡Sí! Debido al pequeño número de madres escogidas, es importante tener las respuestas de todas. Cada embarazo es distinto. Para lograr una mejor imagen global de la salud de las madres y los bebés en Nueva Jersey, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas. Con la información que usted nos dé tal vez podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños de Nueva Jersey. Necesitamos saber lo bueno así como lo malo de su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

Algunas de las preguntas no parecen tener nada que ver con la atención médica: ¿por qué se preguntan?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes y durante el embarazo.

¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de PRAMS?

Puede llamarnos al número 1-855-264-0528 y con gusto contestaremos cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de PRAMS. La llamada es gratis. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono.

2025

enero '24							febrero '24							marzo '24						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
	1	2	3	4	5	6					1	2	3						1	2
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	3	4	5	6	7	8	9
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	10	11	12	13	14	15	16
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	17	18	19	20	21	22	23
28	29	30	31				25	26	27	28	29			24	25	26	27	28	29	30
														31						
abril '24							mayo '24							junio '24						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
	1	2	3	4	5	6					1	2	3	4						1
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
28	29	30					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
														30						
julio '24							agosto '24							septiembre '24						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
	1	2	3	4	5	6						1	2	3						1
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	31	29	30					
octubre '24							noviembre '24							diciembre '24						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
	1	2	3	4	5							1	2	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	22	23	24	25	26	27	28
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	29	30	31				

enero '25							febrero '25							marzo '25						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
			1	2	3	4							1							1
5	6	7	8	9	10	11							2	3	4	5	6	7	8	
12	13	14	15	16	17	18							9	10	11	12	13	14	15	
19	20	21	22	23	24	25							16	17	18	19	20	21	22	
26	27	28	29	30	31								23	24	25	26	27	28	29	
														30	31					
abril '25							mayo '25							junio '25						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
		1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12					4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
20	21	22	23	24	25	26					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30								25	26	27	28	29	30	31			
julio '25							agosto '25							septiembre '25						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
		1	2	3	4	5						1	2			1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12						3	4	5	6	7	8	9	10	11
13	14	15	16	17	18	19						10	11	12	13	14	15	16	17	18
20	21	22	23	24	25	26						17	18	19	20	21	22	23	24	25
27	28	29	30	31								24	25	26	27	28	29	30		
												31								
octubre '25							noviembre '25							diciembre '25						
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá
		1	2	3	4								1			1	2	3	4	5
5	6	7	8	9	10	11							2	3	4	5	6	7	8	9
12	13	14	15	16	17	18							9	10	11	12	13	14	15	16
19	20	21	22	23	24	25							16	17	18	19	20	21	22	23
26	27	28	29	30	31								23	24	25	26	27	28	29	30
													30							

2026

enero '26							febrero '26							marzo '26							
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	
				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	
25	26	27	28	29	30	31								29	30	31					
abril '26							mayo '26							junio '26							
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	
				1	2	3						1	2			1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	
12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	
19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	
26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					
							31														
julio '26							agosto '26							septiembre '26							
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	
				1	2	3							1			1	2	3	4	5	
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30				
							30	31													
octubre '26							noviembre '26							diciembre '26							
do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	do	lu	ma	mi	ju	vi	sá	
				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	
25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	29	30	31			

Formulario Aprobado
OMB Nu. 0920-1273
Fecha Exp. 05/31/2029

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 25-42 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, GA, 30329; ATTN: PRA (0920-1273).

La recopilación de la información solicitada está autorizada bajo la Sección 301 de la Ley de Servicio de Salud Pública (42 USC 241). El brindar esta información es de manera voluntaria. Los CDC utilizarán esta información como parte del Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS). Los datos de PRAMS se utilizan para informar los esfuerzos enfocados en mejorar la salud de las madres y los bebés. La información que nos brinde se mantendrá privada y estará protegida por la Ley de Privacidad (Sistema de Registros 09-20-0136).

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

1. ¿En qué fecha nació usted?

/

/

MesDíaAño

2. Antes de quedar embarazada, ¿usted...?
Para cada opción, marque No o Sí.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tenía gran dificultad para oír, o es sorda? | ☐ | ☐ |
| b. ¿Tenía gran dificultad para ver, incluso cuando usaba anteojos, o es ciega? | ☐ | ☐ |
| c. ¿Tenía gran dificultad para caminar o subir escaleras? | ☐ | ☐ |
| d. ¿Tenía gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | ☐ | ☐ |
| e. ¿Tenía dificultad vistiéndose o bañándose por su cuenta? | ☐ | ☐ |
| f. ¿Tenía dificultad para hacer diligencias sola, como ir al consultorio del médico o ir de compras, debido a una enfermedad o un problema de salud física, mental o emocional? | ☐ | ☐ |

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (<u>no</u> es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo) | ☐ | ☐ |
| b. Presión arterial alta o hipertensión | ☐ | ☐ |
| c. Depresión | ☐ | ☐ |
| d. Ansiedad | ☐ | ☐ |
| e. Asma | ☐ | ☐ |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre) | ☐ | ☐ |
| g. Epilepsia (convulsiones) | ☐ | ☐ |
| h. Problemas de la tiroides | ☐ | ☐ |
| i. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés | ☐ | ☐ |

4. Durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

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

5. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Chequeo regular con un médico de familia	☐	☐
b. Chequeo regular con un ginecólogo obstetra.....	☐	☐
c. Visita debido a una lesión, problema de salud o enfermedad crónica	☐	☐
d. Visita a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias.....	☐	☐
e. Visita para planificación familiar o para obtener anticonceptivos	☐	☐
f. Visita por depresión o ansiedad	☐	☐
g. Visita para una limpieza dental.....	☐	☐
h. Otra opción.....	☐	☐

Por favor, díganos:

Si fue a alguna visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 7.

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

Marque TODAS las que correspondan

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

Si usted no tuvo ninguna consulta de atención médica, pase a la pregunta 8.

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

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

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

Me preguntó...

- g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo ☐ No ☐ Sí
- h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente ☐ No ☐ Sí
- i. Si me sentía deprimida o ansiosa ☐ No ☐ Sí

Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- ☐ Medicaid (como Presumptive Eligibility o Medicaid de emergencia) o NJ FamilyCare
- ☐ Charity Care
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- _____
- ☐ No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

Si usted tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada, pase a la pregunta 10.

9. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

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

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

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- ☐ Medicaid (como Presumptive Eligibility o Medicaid de emergencia) o NJ FamilyCare
- ☐ Charity Care
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- _____
- ☐ No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted actualmente?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tengo por el trabajo)
- ☐ Medicaid (como Presumptive Eligibility o Medicaid de emergencia) o NJ FamilyCare
- ☐ Charity Care
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro seguro médico → Por favor, díganlos:

- ☐ No tengo ningún seguro médico *actualmente*

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

Marque UNA respuesta

- ☐ Quería quedar embarazada más adelante
- ☐ Hubiera querido quedar embarazada antes
- ☐ Quería quedar embarazada en ese momento
- ☐ No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
- ☐ No estaba segura de lo que quería

Pase a la pregunta 14

13. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ De 1 año a menos de 2 años
- ☐ De 2 años a menos de 3 años
- ☐ De 3 años a 5 años
- ☐ Más de 5 años

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

- ☐ No
- ☐ Sí →

Pase a la pregunta 16

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

- ☐ No
- ☐ Sí

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca de su cuidado prenatal. Esto puede incluir consultas con un médico, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera, donde le hacen chequeos y dan consejos acerca del embarazo. (Podría ser útil mirar un calendario para contestar las preguntas).

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

- ☐ No →
- ☐ Sí

Pase a la pregunta 18

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

- ☐ No
- ☐ Sí →

Pase a la pregunta 19

Pase a la pregunta 18

18. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada opción, marque No o Sí.

No Sí

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

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la página 6, pregunta 20.

19. Durante alguna de las visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

Para cada opción, marque No o Sí.

No Sí

Habló conmigo acerca de...

- a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo ☐ ☐
- b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia ☐ ☐
- c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)..... ☐ ☐
- d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé..... ☐ ☐

Me preguntó...

- e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé..... ☐ ☐
- f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé ☐ ☐
- g. Si estaba tomando medicamentos recetados..... ☐ ☐
- h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo ☐ ☐
- i. Si estaba tomando alcohol ☐ ☐
- j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente ☐ ☐
- k. Si estaba usando drogas ilegales ☐ ☐
- l. Si estaba usando marihuana..... ☐ ☐
- m. Si quería hacerme la prueba del VIH..... ☐ ☐

20. Durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le ofreció ponerle alguna de las siguientes vacunas?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe)..... | ☐ | ☐ |
| b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina) | ☐ | ☐ |
| c. Vacuna contra el COVID-19 | ☐ | ☐ |
| d. Vacuna contra el VRS o "RSV" en inglés (administrada durante el embarazo para proteger al bebé del virus respiratorio sincitial) | ☐ | ☐ |

21. ¿Se puso alguna de las siguientes vacunas antes o durante el embarazo?

Para cada vacuna, marque TODAS las que correspondan:

A, si se la puso en los **3 meses antes** del embarazo

D, si se la puso **Durante** el embarazo

o marque **N**, si **No** se puso esa vacuna en los 3 meses antes ni durante el embarazo

- | | A | D | N |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Vacuna contra la influenza ("flu" o gripe) | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Vacuna Tdap..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Vacuna contra el COVID-19 | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Vacuna contra el VRS ("RSV") | ☐ | ☐ | ☐ |

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

- ☐ No
☐ Sí

23. Durante su embarazo más reciente, ¿asistió a una clase o a clases de preparación para el parto y acerca de lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- ☐ No
☐ Sí

24. Durante su embarazo más reciente, ¿una visitadora al hogar fue a su hogar para ayudarla a prepararse para su nuevo bebé? Una visitadora al hogar puede ser una enfermera, un profesional de atención médica, una *doula* o asistente de parto, una educadora del parto, una trabajadora social u otra persona que trabaje con un programa de ayuda a las mujeres embarazadas.

- ☐ No → **Pase a la pregunta 26**
☐ Sí

25. ¿Quién era la visitadora al hogar que fue a su hogar durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Una enfermera, asistente de enfermería o partera
☐ Una maestra o educadora de salud
☐ Una *doula* (asistente de parto) o una educadora del parto
☐ Alguien del programa de Visitas al Hogar
☐ Alguien del programa Mujeres Sanas, Familias Saludables (Healthy Women, Healthy Families, en inglés) como una administradora de casos o trabajadora de salud comunitaria
☐ Otra persona → Por favor, díganos:

- ☐ No sé

26. Durante su embarazo más reciente, ¿recibía beneficios de WIC, el programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños?

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

27. Durante su embarazo más reciente, cuando fue a sus visitas del Programa WIC, ¿habló usted con una consejera lactante u otro personal del WIC acerca de amamantar o dar pecho?

- ☐ No
☐ Sí

28. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que comenzó durante este embarazo) | ☐ | ☐ |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | ☐ | ☐ |
| c. Depresión..... | ☐ | ☐ |
| d. Ansiedad..... | ☐ | ☐ |
| e. Asma..... | ☐ | ☐ |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre)..... | ☐ | ☐ |
| g. Epilepsia (convulsiones)..... | ☐ | ☐ |
| h. Problemas de la tiroides | ☐ | ☐ |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 29. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 30.

29. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas para ayudarlo a manejar su presión arterial alta?

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me envió o remitió a otro proveedor de atención médica | ☐ | ☐ |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo..... | ☐ | ☐ |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo..... | ☐ | ☐ |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente después del embarazo..... | ☐ | ☐ |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo..... | ☐ | ☐ |

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

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

- ☐ No —————→ **Pase a la pregunta 32**
- ☐ Sí

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

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

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

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

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

- ☐ No —————→ **Pase a la página 8, pregunta 36**
- ☐ Sí

Pase a la página 8, pregunta 33

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

- ☐ Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- ☐ Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- ☐ Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- ☐ No fumaba en ese entonces

34. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?

- ☐ Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- ☐ Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- ☐ Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- ☐ No fumaba en ese entonces

35. Actualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal?

- ☐ Más de una cajetilla (21 o más cigarrillos)
- ☐ Entre media y una cajetilla (11 a 20 cigarrillos)
- ☐ Menos de media cajetilla (1 a 10 cigarrillos)
- ☐ No fumo actualmente

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

- ☐ No —————→ **Pase a la pregunta 40**
- ☐ Sí

37. Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- ☐ Todos los días
- ☐ Algunos días
- ☐ No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

38. Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina?

- ☐ Todos los días
- ☐ Algunos días
- ☐ No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos electrónicos con nicotina en ese tiempo

39. En los *últimos 2 años*, ¿ha usado alguna vez cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos electrónicos con nicotina para reducir o dejar de fumar cigarrillos?

- ☐ No
- ☐ Sí

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol. Una bebida podría ser una copa de vino, una lata o botella de cerveza, un refresco alcohólico carbonatado (“Hard Seltzer”), un trago de licor o un cóctel.

40. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas?

Marque UNA respuesta

- ☐ 6 o más veces
- ☐ De 4 a 5 veces
- ☐ De 2 a 3 veces
- ☐ 1 vez
- ☐ No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

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

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

No Sí

- a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1^{er} trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2^{do} trimestre)? ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3^{er} trimestre)? ☐ ☐

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 43.

42. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de 2 horas durante...?

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

No Sí

- a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1^{er} trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*..... ☐ ☐
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2^{do} trimestre)? ☐ ☐
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3^{er} trimestre)? ☐ ☐

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

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

No Sí

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

44. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo, se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- ☐ Muy a menudo
- ☐ A menudo
- ☐ No tan a menudo
- ☐ Nunca

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

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

- | | No | Sí |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo(a) o pareja..... | ☐ | ☐ |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja..... | ☐ | ☐ |

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

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

- | | No | Sí |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo(a) o pareja..... | ☐ | ☐ |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja..... | ☐ | ☐ |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

47. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	
Mes		Día		Año

48. ¿Qué tipo de parto tuvo con su nuevo bebé?

- ☐ Parto vaginal → **Pase a la pregunta 51**
- ☐ Parto por cesárea

Pase a la pregunta 49

49. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Había tenido un parto anterior que fue por cesárea
- ☐ Mi bebé estaba mal posicionado (por ejemplo, de nalgas)
- ☐ Ya había pasado la fecha prevista del parto
- ☐ A mi proveedor de atención médica le preocupaba que mi bebé estaba demasiado grande
- ☐ Tenía una enfermedad o problema de salud que hacía que el parto fuera peligroso (como problemas cardíacos o una discapacidad física)
- ☐ Tuve complicaciones durante el embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- ☐ Mi proveedor de atención médica trató de inducir el parto, pero no funcionó
- ☐ El parto estaba tomando demasiado tiempo
- ☐ El monitor fetal mostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- ☐ Deseaba programar mi parto
- ☐ No quería un parto vaginal para dar a luz a mi bebé
- ☐ Otra opción → Por favor, díganos:

50. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea?

Marque UNA respuesta

- ☐ Mi proveedor de atención médica recomendó una cesárea **antes** de irse de parto
- ☐ Mi proveedor de atención médica recomendó que tuviera una cesárea cuando ya estaba de parto
- ☐ Yo pedí la cesárea

51. En general, durante el parto de mi bebé, me sentí...

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

No Sí

- a. Cómoda haciendo preguntas acerca de la atención médica que recibí *durante el parto y el nacimiento* de mi bebé ☐ ☐
- b. Cómoda rechazando atención médica si no la quería ☐ ☐
- c. Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que mi proveedor me recomendó ☐ ☐
- d. Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí ☐ ☐
- e. Que mis proveedores me trataron con respeto ☐ ☐
- f. Satisfecha con la atención médica y los cuidados que recibí *durante el parto y el nacimiento* de mi bebé ☐ ☐

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

- ☐ Menos de 3 días
- ☐ De 3 a 5 días
- ☐ De 6 a 14 días
- ☐ Más de 14 días
- ☐ Mi bebé no nació en un hospital
- ☐ Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la pregunta 55**

53. ¿Está vivo su bebé?

- ☐ No → **Lamentamos mucho su pérdida. Pase a la página 13, pregunta 67**
- ☐ Sí

54. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- ☐ No → **Pase a la página 13, pregunta 65**
- ☐ Sí

Pase a la pregunta 55

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

Marque UNA respuesta

- ☐ No amamanté a mi bebé
- ☐ Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- ☐ Amamanté a mi bebé:

semana(s) **O** mes(es)
- ☐ Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna

Si usted amamantó en algún momento, pase a la página 12, pregunta 57.

56. ¿Cuáles fueron las razones para no amamantar a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Estaba enferma o tomando medicamentos
- ☐ Tenía otros niños que cuidar
- ☐ Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- ☐ No me gustó amamantar
- ☐ Traté, pero era demasiado difícil
- ☐ No quería
- ☐ Regresé al trabajo
- ☐ Regresé a la escuela
- ☐ Otra razón → Por favor, díganos:

Si su bebé **no** nació en un hospital, pase a la pregunta 58.

57. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ocurrieron algunas de las siguientes cosas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital habló conmigo acerca de cómo amamantar (cuándo y por cuánto tiempo hacerlo)..... | ☐ | ☐ |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital..... | ☐ | ☐ |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar | ☐ | ☐ |
| d. Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació..... | ☐ | ☐ |
| e. Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació..... | ☐ | ☐ |
| f. Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital..... | ☐ | ☐ |
| g. El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre | ☐ | ☐ |
| h. El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula..... | ☐ | ☐ |
| i. El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital..... | ☐ | ☐ |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la pregunta 65.

58. En las últimas 2 semanas, ¿en qué posición ha acostado a su nuevo bebé para dormir por las noches o para siestas?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

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

59. En las últimas 2 semanas, cuando usted estaba durmiendo, ¿con qué frecuencia su nuevo bebé ha dormido solo en su propia cuna o cama?

- ☐ Siempre
☐ A menudo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

→ **Pase a la pregunta 61**

60. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado la cuna o cama de su bebé en el mismo cuarto donde usted u otro adulto duerme?

- | | No | Sí |
|-----------------------------|----|----|
| ☐ No | | |
| ☐ Sí | | |

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

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

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

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

63. ¿Le dijo un proveedor de atención médica que acostara a su bebé de las siguientes maneras? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. De espalda o boca arriba | ☐ | ☐ |
| b. En una cuna, moisés o cuna portátil..... | ☐ | ☐ |
| c. Sin una manta, juguetes suaves, cojines o almohadas en la cuna o cama de mi bebé..... | ☐ | ☐ |
| d. Que colocara la cuna, moisés o cuna portátil de mi bebé en mi habitación..... | ☐ | ☐ |

64. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita médica regular para su bebé, usualmente cuando tenga 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- ☐ No
☐ Sí

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

- ☐ No → **Pase a la pregunta 67**
☐ Sí

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

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Una enfermera, asistente de enfermería o partera
☐ Una maestra o educadora de salud
☐ Una *doula* (asistente de parto) o una educadora del parto
☐ Alguien del programa de Visitas al Hogar
☐ Alguien del programa Mujeres Sanas, Familias Saludables (Healthy Women, Healthy Families, en inglés) como una administradora de casos o trabajadora de salud comunitaria
☐ Otra persona → Por favor, díganos:

☐ No sé

67. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo? Esto puede incluir la ligadura de trompas, usar pastillas anticonceptivas, condones, planificación familiar natural u otros métodos.

- ☐ No
☐ Sí → **Pase a la página 14, pregunta 69**
☐ Estoy embarazada → **Pase a la página 14, pregunta 70**

Pase a la página 14, pregunta 68

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

Marque **TODAS** las que correspondan

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

Si usted **no está** haciendo algo para evitar un embarazo **actualmente**, pase a la pregunta 70.

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

Marque **TODAS** las que correspondan

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

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

- ☐ No —————>

Pase a la pregunta 72
- ☐ Sí
↓

71. Durante su chequeo posparto, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Habló conmigo acerca de... | | |
| a. La alimentación saludable, el ejercicio y cómo perder el peso que aumenté durante el embarazo | ☐ | ☐ |
| b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez | ☐ | ☐ |
| c. Métodos anticonceptivos | ☐ | ☐ |
| d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo | ☐ | ☐ |
| e. Tomarme la presión arterial regularmente | ☐ | ☐ |
| f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa | ☐ | ☐ |

- Me preguntó...**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros productos de tabaco sin humo | ☐ | ☐ |
| h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente | ☐ | ☐ |

- Un proveedor de atención médica...**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes | ☐ | ☐ |
| j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad | ☐ | ☐ |

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

- ☐ Siempre
☐ A menudo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

73. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o gusto por hacer cosas?

- ☐ Siempre
☐ A menudo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

74. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta?

- ☐ Siempre
☐ A menudo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

75. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse o no ha podido controlar su preocupación?

- ☐ Siempre
☐ A menudo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

76. ¿Algún proveedor de atención médica le ha hecho una serie de preguntas, ya sea en persona o en un formulario, para saber si se sentía desanimada, deprimida, ansiosa o irritable durante los siguientes periodos?

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

No Sí

- a. Durante mi embarazo más reciente ☐ ☐
b. Desde que nació mi nuevo bebé..... ☐ ☐

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

77. Por favor, díganos con qué frecuencia le ocurrió lo siguiente durante los 12 meses antes de que naciera su nuevo bebé.

- a. Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más
☐ A menudo ☐ A veces ☐ Nunca
- b. La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más
☐ A menudo ☐ A veces ☐ Nunca

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

No Sí

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

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

No Sí

- a. Durante mi embarazo más reciente ☐ ☐
b. Durante el nacimiento de mi nuevo bebé ☐ ☐
c. Desde que nació mi nuevo bebé..... ☐ ☐

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

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

81. ¿Un proveedor de atención médica habló con usted acerca de las señales de advertencia de complicaciones en el embarazo y el posparto durante alguno de los siguientes periodos? Para cada periodo, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo más reciente..... | ☐ | ☐ |
| b. Durante mi embarazo más reciente..... | ☐ | ☐ |
| c. Mientras estuve en el hospital para el parto y nacimiento..... | ☐ | ☐ |
| d. Desde que nació mi nuevo bebé..... | ☐ | ☐ |

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

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

83. *Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha sido discriminada, que le han impedido hacer algo, que la han molestado o la han hecho sentir inferior debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?*

- ☐ Muy a menudo
- ☐ A menudo
- ☐ No tan a menudo
- ☐ Nunca

84. ¿Alguna vez ha sido tratada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel en alguna de las siguientes situaciones?

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

No Sí

- a. Trabajo (contratación, ascenso o despido) ☐ ☐
- b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca) ☐ ☐
- c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada) ☐ ☐
- d. En los tribunales ☐ ☐
- e. En la escuela o la escuela de mi hijo ☐ ☐
- f. Al recibir atención médica ☐ ☐

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

85. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron los ingresos anuales totales de su hogar, antes de descontar los impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo(a) o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo actualmente.

- ☐ \$0 a \$18,000
- ☐ \$18,001 a \$23,000
- ☐ \$23,001 a \$27,000
- ☐ \$27,001 a \$32,000
- ☐ \$32,001 a \$37,000
- ☐ \$37,001 a \$42,000
- ☐ \$42,001 a \$48,000
- ☐ \$48,001 a \$60,000
- ☐ \$60,001 a \$85,000
- ☐ \$85,001 o más

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

Número de personas

87. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /

Mes Día Año

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

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

No Sí

- a. Acetaminofén (Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® o Tylenol PM®) ☐ ☐
- b. Ibuprofeno (Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados ☐ ☐
- c. Aspirina (Bayer® o Ecotrin®) ☐ ☐
- d. Naproxen (Aleve® o Midol®) ☐ ☐

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

No Sí

- a. Hidrocodona (Vicodin®, Norco® o Lortab®) ☐ ☐
- b. Codeína (Tylenol® #3 o #4, no es el Tylenol regular) ☐ ☐
- c. Oxicodona (Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®) ☐ ☐
- d. Tramadol (Ultram® o Ultracet®) ☐ ☐
- e. Hidromorfona o meperidina (Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®) ☐ ☐
- f. Oximorfona (Opana®) ☐ ☐
- g. Morfina (MS Contin®, Avinza® o Kadian®) .. ☐ ☐
- h. Fentanilo (Duragesic®, Fentora® o Actiq®) .. ☐ ☐

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

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

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

Marque TODAS las que correspondan

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

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

Marque TODAS las que correspondan

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

O5. En cada uno de los siguientes periodos de tiempo *durante* su embarazo, ¿cuántas semanas o meses usó medicamentos *recetados* para el dolor? Por favor, escriba el número total de semanas o meses en cada periodo de tiempo.

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

_____ semanas **O** _____ meses

- ☐ Menos de una semana
- ☐ Nunca

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

_____ semanas **O** _____ meses

- ☐ Menos de una semana
- ☐ Nunca

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

_____ semanas **O** _____ meses

- ☐ Menos de una semana
- ☐ Nunca

O6. Durante su embarazo más reciente, ¿quería o necesitaba reducir o dejar de usar medicamentos *recetados* para el dolor?

- ☐ No
☐ Sí

Pase a la pregunta O10

O7. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos *recetados* para el dolor?

- ☐ No
☐ Sí

O8. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió ayuda de un proveedor de atención médica para reducir o dejar de usar medicamentos *recetados* para el dolor?

- ☐ No
☐ Sí

Pase a la pregunta O10

O9. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió tratamiento asistido por medicación para ayudarle a dejar de usar medicamentos *recetados* para el dolor? Esto es cuando un doctor receta medicinas como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexone (Vivitrol®).

- ☐ No
☐ Sí

O10. ¿Cree que el uso de medicamentos *recetados* para el dolor *durante el embarazo* podría ser dañino para la salud de un *bebé*?

Marque UNA respuesta

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

O11. ¿Cree que el uso de medicamentos *recetados* para el dolor podría ser dañino para la salud de una *mujer*?

Marque UNA respuesta

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

O12. En cualquier momento *durante su embarazo más reciente*, ¿algún proveedor de atención médica habló con usted sobre cómo el uso de medicamentos *recetados* para el dolor durante el embarazo podría afectar a un *bebé*?

- ☐ No
☐ Sí

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

O13. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Sus respuestas son estrictamente confidenciales. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

	No	Sí
a. Medicamentos para la depresión.....	☐	☐
b. Medicamentos para la ansiedad.....	☐	☐
c. Analgésicos recetados como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®), o codeína.....	☐	☐
d. Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante.....	☐	☐
e. Benzodiazepinas (Valium®, Ativan®, Xanax®) o tranquilizantes (sedantes, downers o ludes).....	☐	☐
f. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina.....	☐	☐
g. Naloxona.....	☐	☐
h. Marihuana o cannabis en cualquiera de sus formas (no incluya productos a base de cáñamo o “hemp” ni los producidos únicamente con CBD)	☐	☐
i. Productos de CBD	☐	☐
j. Marihuana sintética, K2 o Spice	☐	☐
k. Kratom	☐	☐
l. Fentanilo o heroína (smack, junk, Black Tar o chiva)	☐	☐
m. Anfetaminas (uppers, speed, crystal meth, crank, ice o agua).....	☐	☐
n. Cocaína (crack, rock, coke, blow, snow o nieve).....	☐	☐
o. Alucinógenos (LSD /ácido, PCP /polvo de ángel, éxtasis, Molly, hongos o sales de baño)	☐	☐

¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!
¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor, utilice este espacio para contarnos.

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

Sus respuestas ayudarán a que las madres y los bebés en Nueva Jersey sean más sanos.



El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (cuyas siglas son PRAMS)

Una encuesta para bebés más sanos en Nueva Jersey

RECURSOS ESTATALES Y LOCALES

NJ211

nj211.org/

Dentro de NJ, marque el **2-1-1**

Fuera de NJ: **1-877-652-1148**

Un recurso para acudir cuando necesite información sobre servicios de salud y asistencia social a nivel estatal o local.

NJ Family Health Line

nj.gov/health/fhs/primarycare/family-health-line/

1-800-328-3838

Asesores telefónicos capacitados que ofrecen información y referencias para exámenes de salud y tratamientos.

NJ Family Planning League

njfpl.org

1-973-622-2425

Conecta a las personas con servicios integrales de atención de salud sexual y reproductiva en todo Nueva Jersey.

NJ Parent Link

nj.gov/njparentlink/

Centro de recursos de Nueva Jersey para la infancia, la crianza y el desarrollo profesional.

NJ Postpartum Resource and Support Network

nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/NJ-Postpartum-Resources-Brochure.pdf

1-800-328-3838

Apoyo emocional gratuito para personas embarazadas y en el posparto, asistencia ante la pérdida perinatal y referencias a recursos de salud mental.

NJ Quitline

njquitline.org/

1-886-NJ-STOPS

Ofrece varias opciones para ayudar a los residentes de Nueva Jersey mayores de 18 años a dejar de fumar.

NJ Women, Infants, and Children Services (WIC)

nj.gov/health/fhs/wic/

1-866-44-NJWIC; 1-800-328-3838

Proporciona alimentos, educación nutricional y apoyo a mujeres embarazadas y en periodo de posparto, bebés y niños de hasta cinco años que cumplen con los requisitos de ingresos.

Connecting NJ

nj.gov/connectingnj/

Una red de socios y agencias que conecta a las familias de Nueva Jersey con los mejores recursos de salud y servicios sociales disponibles en su comunidad local.

Early Intervention Services

nj.gov/health/fhs/eis

888-653-4463

Ofrece servicios para bebés y niños pequeños con retrasos o discapacidades del desarrollo.

Family Helpline 24/7

parentsincfnj.org/

1-800-THE-KIDS (843-5437)

Llame o envíe un mensaje de texto para obtener información y referencias a agencias locales, así como apoyo con problemas familiares.

ReachNJ

nj.gov/humanservices/reachnj/

1-844-732-2465 (24/7)

Línea telefónica para residentes de NJ que buscan ayuda para superar problemas por consumo de sustancias. Las llamadas son atendidas por especialistas capacitados que ofrecen referencias a proveedores de tratamiento locales u otros servicios, independientemente de si la persona cuenta con seguro médico o de su capacidad de pago.

Special Child Health Services

nj.gov/health/fhs/sch/index.shtml

1-609-984-0755

Ofrece información y recursos para bebés, niños, jóvenes y adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica.

Women's Referral Central Hotline

nj.gov/dcf/women/hotlines/

1-800-322-8092 (24/7)

Brinda asistencia a mujeres con diversas necesidades, incluyendo, entre otras: cuidado de niños, discriminación, situación de ama de casa desplazada, divorcio, empleo, vivienda, capacitación laboral, asistencia legal, crianza en solitario y servicios sociales.

988 Suicide & Crisis Lifeline 24/7

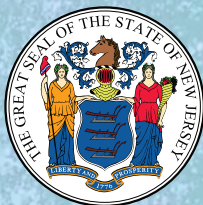
988lifeline.org

Call or text: 988

Llama o envía un mensaje de texto al 988. Apoyo gratuito y confidencial para cualquier persona en crisis suicida o angustia emocional.



Pregnancy Risk Assessment Monitoring System



**Center for Research and
Evaluation on Education
and Human Services**
College for Education
and Engaged Learning

MONTCLAIR
STATE UNIVERSITY

Esta encuesta es patrocinada por el
New Jersey Division of Family Health Services
y llevado a cabo por el Center for Research
and Evaluation on Education and Human Services
College for Education and Engaged Learning
Montclair State University