

# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

**Una encuesta para bebés  
mas 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 1-888-816-7929



## **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 Bloustein para Investigación de la Universidad de Rutgers 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 145 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 856-566-2712.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a Marie Fama-McDermott, la Coordinadora del proyecto PRAMS de Nueva Jersey al número gratuito 1-888-816-7929 (oprima 6) o e-mail: [NJPRAMS@bcsrc.rutgers.edu](mailto:NJPRAMS@bcsrc.rutgers.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 Bloustein para Investigación de la Universidad de Rutgers. 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 utilizaran 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 1-888-816-7929 (oprima 6) 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.

# 2021

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

abril '21							mayo '21							junio '21							
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	
4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	
11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	
18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	
25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30				
							30	31													

julio '21							agosto '21							septiembre '21								
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
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11		
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18		
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25		
25	26	27	28	29	30	31	29	30	31					26	27	28	29	30				

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

# 2023

enero '23							febrero '23							marzo '23										
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	7				1	2	3	4			1	2	3	4
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	5	6	7	8	9	10	11				
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	12	13	14	15	16	17	18				
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	19	20	21	22	23	24	25				
29	30	31					26	27	28					26	27	28	29	30	31					

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

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

octubre '23							noviembre '23							diciembre '23										
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	7				1	2	3	4			1	2	3	4
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9				
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16				
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23				
29	30	31					26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30				

# 2022

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

abril '22							mayo '22							junio '22												
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	7			1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4
3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11						
10	11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18						
17	18	19	20	21	22	23	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25						
24	25	26	27	28	29	30	29	30	31					26	27	28	29	30								

julio '22							agosto '22							septiembre '22												
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	7			1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10						
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17						
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24						
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30							
31																										

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

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

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

### 1. ¿En qué fecha nació *usted*?

<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> /	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> /	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Mes	Día	Año

### 2. Antes de quedar embarazada, ¿usted...?

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

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

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

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

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

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

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

**5. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿fue a alguna de las siguientes visitas de atención médica?**

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

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

Por favor, díganos:

**Si 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                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>  |                          |                          |
| a. Mi peso.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequearme la presión arterial regularmente.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mis deseos de tener o no tener hijos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Métodos anticonceptivos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Me preguntó...**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si me sentía deprimida o ansiosa.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado (pagado por mí, por otra persona o que tenía por el trabajo)
- Medicaid (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, díganos:

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la 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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>   |                          |                          |
| a. Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer pruebas para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que se han dado en mi familia .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Las señales y los síntomas de un parto prematuro (parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada del nacimiento)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa durante el embarazo o después del nacimiento de mi bebé.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Me preguntó...</b>   |                          |                          |
| e. Si tenía planificado amamantar o lactar a mi nuevo bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si tenía planificado usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si estaba tomando medicamentos recetados.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si estaba tomando alcohol .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Si estaba usando drogas ilegales .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Si estaba usando marihuana.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Si quería hacerme la prueba del VIH.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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).....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap (protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19 .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vacuna Tdap.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vacuna contra el COVID-19 .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 <b>comenzó</b> durante este embarazo) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Asma.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Epilepsia (convulsiones) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Problemas de la tiroides .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 ayudarle a manejar su presión arterial alta?**

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

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

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

**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<sup>er</sup> trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*.....
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2<sup>do</sup> trimestre)? .....
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> trimestre)? *Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada*.....
- b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2<sup>do</sup> trimestre)? .....
- c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3<sup>er</sup> 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 divorcí .....
- 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.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo(a) o ex pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**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 <i>durante el parto y el nacimiento</i> de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómoda rechazando atención médica si no la quería.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que mi proveedor me recomendó.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que podía elegir las opciones de atención médica que recibí.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Que mis proveedores me trataron con respeto.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Satisfecha con la atención médica y los cuidados que recibí <i>durante el parto y el nacimiento</i> de mi bebé.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 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).....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en el mismo cuarto en el hospital.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo amamantar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Amamanté a mi bebé lo antes posible después de que nació.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi bebé fue colocado en contacto piel a piel lo antes posible después de que nació.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé fue alimentado solo con leche materna en el hospital.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me ayudó a reconocer cuando mi bebé tenía hambre .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El hospital me dio un paquete de regalo que incluía fórmula.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. El hospital me dio información acerca de a quién contactar si necesitaba ayuda al amamantar una vez que saliera del hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Boca arriba ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Boca abajo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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

**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.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o una cama sencilla tamaño "twin" o más grande ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, butaca o sillón.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento de bebé para el auto ("car seat") .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un columpio, mecedora u otra cama inclinada.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En una cunita pequeña que se pone sobre la cama de un adulto.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En una cuna tablero ("babyboard" o "cradleboard") .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro lugar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:



**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)..                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una manta en la que envolvió a su bebé.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Edredones, colchas, mantas, cobijas o sábanas que no estaban ajustadas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Juguetes suaves, cojines o almohadas, incluidas las almohadas para amamantar.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Protectores de cuna (con o sin malla) .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra opción.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

**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 .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En una cuna, moisés o cuna portátil.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sin una manta, juguetes suaves, cojines o almohadas en la cuna o cama de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que colocara la cuna, moisés o cuna portátil de mi bebé en mi habitación.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cuánto debo esperar antes de quedar embarazada otra vez .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Métodos anticonceptivos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Los signos de advertencia de problemas médicos de los que podría tener riesgo debido al embarazo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tomarme la presión arterial regularmente .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Qué hacer si me siento deprimida o ansiosa .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Me preguntó...**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g. Si estaba fumando cigarrillos o usando cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros productos de tabaco sin humo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Un proveedor de atención médica...**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Desde que nació mi nuevo bebé.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OTRAS EXPERIENCIAS

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**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.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ir a reuniones o citas que no eran médicas, o al trabajo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacer mandados o diligencias .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante el nacimiento de mi nuevo bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desde que nació mi nuevo bebé.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. He sentido que mis preocupaciones acerca de mi salud no han sido tomadas en serio .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. He sentido que mi médico ignoraba mis preocupaciones acerca de mi salud o mis síntomas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mientras estuve en el hospital para el parto y nacimiento..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Desde que nació mi nuevo bebé.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**82. *Mientras recibía atención médica durante su embarazo, el parto o cuidados posparto, ¿sintió que fue discriminada, que le impidieron hacer algo, le causaron molestias o la hicieron sentir inferior a otras personas por alguna de las siguientes razones?***

Para cada opción, marque **No**, si no se sintió discriminada por esa razón, o **Sí**, si se sintió discriminada por esa razón.

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

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

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

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

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Trabajo (contratación, ascenso o despido) .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vivienda (al alquilar, comprar u obtener una hipoteca) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Con la policía (detenida, registrada o amenazada) .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los tribunales.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En la escuela o la escuela de mi hijo.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Al recibir atención médica .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

Número de personas

**87. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  /   
Mes                      Día                      Año

**Estas últimas preguntas son sobre la vacuna contra el COVID-19.**

**VC1. Durante su embarazo más reciente, ¿un proveedor de atención médica hizo alguna de las siguientes cosas?**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Habló conmigo acerca de la vacuna contra el COVID-19 .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Recomendó que me pusiera la vacuna contra el COVID-19 .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me ofreció ponerme la vacuna contra el COVID-19 .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me envió o remitió a otro lugar para que me pusieran la vacuna contra el COVID-19 ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**VC2. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió al menos una inyección o dosis de la vacuna contra el COVID-19?**

- No
- Sí →

**Pase a la página 18, pregunta VC5**

**Pase a la página 18, pregunta VC3**

**VC3. ¿Cuáles fueron sus razones para no vacunarse contra el COVID-19 durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No estaba en uno de los grupos que podían recibir la vacuna contra el COVID-19
- La vacuna no estaba disponible o se acabó en mi área
- No pude conseguir una cita o fui colocada en una lista de espera
- No tenía transportación para llegar a un lugar de vacunación
- El personal del centro de vacunación no quiso ponerme la vacuna porque estaba embarazada
- Me preocupaba la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mi bebé
- Me preocupaban la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mí
- Tengo una alergia o problema de salud que me impedía ponerme la vacuna
- Mi médico o proveedor de atención médica me dijo que no me pusiera la vacuna
- Me había puesto la vacuna contra el COVID-19 antes de mi embarazo
- Ya me había dado COVID-19
- No tenía suficiente información acerca de la vacuna para sentirme cómoda en ponérmela
- Me preocupaba que la vacuna contra el COVID-19 se desarrolló demasiado rápido
- No pensé que la vacuna me protegería contra el COVID-19
- No pensaba que el COVID-19 era una enfermedad grave
- No pensaba que estaba en riesgo de contraer COVID-19
- Preferí usar mascarillas y otras precauciones en vez
- No creo que las vacunas sean beneficiosas
- Otra razón —————> Por favor, díganos:

---

**VC4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sido vacunada contra el COVID-19?**

- No
- Sí

**VC5. ¿En CUÁL de las siguientes fuentes confía más para recibir información acerca de la vacuna contra el COVID-19?**

**Marque UNA respuesta**

- Mi doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica
- Mi farmacéutica
- Sitio web o informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés)
- Sitio web o informes de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés)
- Mi departamento de salud estatal o local
- Familiares o amigos
- Reportajes de noticias (como noticias de radio o televisión)
- Sitios de redes sociales como Facebook
- Sitios web acerca de la salud u otros temas —————> Por favor, díganos:

---

- Alguna otra fuente —————> Por favor, díganos:

---

**VC6. ¿Cuál de las siguientes describe su trabajo o actividades de voluntariado *durante* su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Trabajé o fui voluntaria brindando atención médica directa a pacientes (como doctora, enfermera, dentista, terapeuta, proveedora de atención médica en el hogar o personal de emergencia)
- Trabajé o fui voluntaria en el área de atención médica, pero no brindaba atención médica directa a pacientes (como ser personal administrativo, personal de limpieza, transporte de pacientes o secretaria de sala)
- Trabajé o fui voluntaria en un puesto en el que regularmente estaba en contacto con el público (como en educación, supermercados o tiendas, transporte público, restaurantes o servicios de alimentos, cumplimiento de la ley o servicios postales o de entrega)
- Trabajaba o fui voluntaria en un puesto que no estaba regularmente en contacto con el público
- Ninguna de las anteriores







**STATE AND LOCAL RESOURCES**

**NJ211-** Un lugar al que puede recurrir para encontrar información estatal y local sobre servicios de salud y humanos.

Dentro de NJ marque : **2-1-1**

Outside NJ: **1- 877- 652-1148**

**Página Web:** <https://www.nj211.org/>

**NJ Parent Link** -Infancia Temprana de Nueva Jersey, El Centro de Recursos de Crianza de los Hijos y Profesionales.

**Página Web:** <https://www.nj.gov/njparentlink/>

**Connecting NJ** - Una red de socios y agencias que conecta a las familias de Nueva Jersey (mamá, papá, recién nacido, adolescente, adulto joven y abuelo) con los mejores recursos sociales y de salud disponibles en su comunidad local.

**Página Web:** <https://nj.gov/connectingnj/>

**Family Health Line-** Opera las 24 horas/ 7 días a la semana y es accesible en cualquier lugar de Nueva Jersey. Consejeros calificados proveen información y referidos para servicios de exámenes médicos y tratamiento.

1- 800-328-3838

**Página Web:** <https://www.nj.gov/health/fhs/primarycare/family-health-line/>

**ReachNJ** – Línea Central para los residentes de NJ que buscan ayuda para superar un trastorno por uso de sustancias. Cada llamada es atendida por un especialista capacitado que proporcionará a la persona que llama una remisión a un proveedor de tratamiento local u otros servicios de apoyo, independientemente del seguro o la capacidad de pago.

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

**Página Web:** <https://nj.gov/humanservices/reachnj/>

**Speak Up When You Are Down** - Trastornos de humor perinatales (Conocido como PMD por sus siglas en inglés) pueden afectar a mujeres de cualquier edad, raza o origen económico que están embarazadas o quien recientemente dieron a luz, dejaron de amamantar, o tuvieron un aborto provocado espontáneo. Trastornos de humor perinatales pueden ser tratados, pero mucha gente no sabe de los datos concretos.

1-800- 328-3838 (24/7)

**Página Web:** <https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/mentalhealth/>

**Special Child Health and Early Intervention Services** tiene información y recursos para bebés, niños, la juventud, y adultos jóvenes con necesidades especiales de salud y para bebés y niños con discapacidades del desarrollo. Información y recursos sobre revisiones para los recién nacidos disponible.

1-609-984-0755

**Página Web:** <https://nj.gov/health/fhs/sch/index.shtml>

**Women’s Referral Central** es la fuente de información sobre los programas de interés a las mujeres en Nueva Jersey. Accesible 24 horas al día, ayuda a mujeres en una variedad de temas desde el acoso sexual, pensión alimenticia y custodia, derechos del consumidor y seguridad, hasta crecimiento y desarrollo personal, educación, referidos médicos, la falta de vivienda, seguridad personal y la violencia doméstica.

1-800-322-8092

**Página Web:** <https://www.nj.gov/DCF/women/hotlines/>

**Números de teléfono para más información y asistencia**

**Family Helpline 24/7** - Si se siente estresada, llame al **Family Helpline** y le pueden ayudar con sus frustraciones antes de que ocurra una crisis. Hablara con voluntarios sensitivos y entrenados de Parents Anonymous (Padres Anónimos) que escucharán y lo puede referir a recursos que hayan en su comunidad.

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

**Para De Fumar: Mom’s Quit Connection** – 888-545-519

**Página Web:** <https://momsquit.com/>

**NJ Quitline** - 1-866-NJSTOPS; 1-866-657-8677

**Página Web:** <https://www.njquitline.org/>

**NJ Women, Infant, and Children Services (WIC):** 1-866-44-NJWIC; 1-800-328-3838



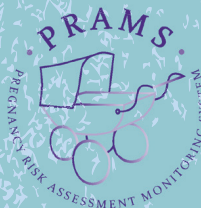


**¡Nos encantaría saber más acerca de su historia!  
¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros acerca de sus  
experiencias alrededor del tiempo de su embarazo? Por favor, utilice este  
espacio para contarnos.**

***¡Gracias por responder nuestras preguntas!***

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

# PRAMS



**RUTGERS**

Edward J. Bloustein School  
of Planning and Public Policy

Esta encuesta es patrocinada por el  
New Jersey Division of Family Health Services  
y llevado a cabo por el

Bloustein Center for Survey Research  
Edward J. Bloustein School of Planning and Public Policy  
Rutgers, The State University of New Jersey