

Estas últimas preguntas son sobre sus experiencias con su cuidado prenatal, el parto, su cuidado posparto, y el cuidado de su bebé durante la pandemia de COVID-19.

**CV1. Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipos de citas de *cuidado prenatal* asistió?**

Marque UNA respuesta

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

Pase a la  
Pregunta CV3

Pase a la Página 18,  
Pregunta CV4

**CV2. ¿Cuáles son las razones por las que no asistió a citas virtuales de *cuidado prenatal*?** Para cada una, marque **No** si no fue una razón o **Sí** si lo fue.

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

Por favor díganos:

**CV3. ¿Algunas de sus citas de *cuidado prenatal* fueron canceladas o retrasadas durante la pandemia de COVID-19 debido a las siguientes razones?** Para cada una, marque **No** si no fue una razón por la que sus citas fueron canceladas o retrasadas o **Sí** si lo fue.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque la oficina de mi proveedor estaba cerrada o tenía horario reducido .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Las cancelé o retrasé porque tenía miedo de exponerme a COVID-19 durante las citas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Las cancelé o retrasé porque perdí mi seguro médico durante la pandemia de COVID-19 .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Las cancelé o retrasé porque tuve problemas consiguiendo cuidado para mis hijos u otros miembros de la familia .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Las cancelé o retrasé porque me preocupaba tomar transporte público y no tenía otra forma de llegar .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mis citas fueron canceladas o retrasadas porque tuve que aislarme debido a la posibilidad de estar expuesta o infectada con COVID-19 ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CV4. Mientras estaba *embarazada*, ¿con qué frecuencia hizo las siguientes cosas para evitar contraer COVID-19?** Para cada una, marque si lo hizo **Siempre**, **A Veces** o **Nunca**.

- |  | Siempre                  | A Veces                  | Nunca                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Evité reunirme en grupos de más de 10 personas.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mantenía al menos 2 metros (6 pies) de distancia de los demás cuando salía de mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Salía de mi hogar solo por razones esenciales .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hice las salidas lo más cortas posibles cuando salí de mi hogar .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Evité tener visita dentro de mi hogar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utilizaba una mascarilla o cubierta de tela en la cara cuando estaba en público.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me lavaba las manos durante 20 segundos con agua y jabón .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Utilizaba desinfectante de manos a base de alcohol .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cubría la toz o estornudos con un pañuelo de papel o mi codo .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CV5. Mientras estaba *embarazada* durante la pandemia de COVID-19, ¿usted tuvo alguna de las siguientes experiencias?** Para cada una, marque **No** si no la tuvo o **Sí** si la tuvo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tenía responsabilidades o un trabajo que me impedía quedarme en el hogar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien en mi hogar tenía un trabajo que requería contacto cercano con otras personas .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cuando salí, encontraba que otras personas a mi alrededor no practicaban el distanciamiento social .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tuve problemas consiguiendo desinfectante para limpiar mi hogar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuve problemas consiguiendo desinfectante de manos o jabón de manos para mi hogar .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tuve problemas consiguiendo o haciendo mascarillas o cubiertas de tela para la cara .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me resultaba difícil usar una mascarilla o cubierta de tela para la cara (dificultaba la respiración, claustrofobia) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Un proveedor de atención médica me dijo que yo tenía COVID-19.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Un proveedor de atención médica le dijo a alguien en mi hogar que tenían COVID-19 .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su bebé no nació en el hospital, pase a la Pregunta CV9.**

**CV6. ¿Quién estuvo con usted en la sala de parto en el hospital como persona de apoyo durante el nacimiento?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Mi esposo o pareja
  - Otro familiar o amigo
  - Una doula
  - Otra persona de apoyo (sin incluir el personal del hospital)
- Por favor, díganos:

- El hospital no me permitió tener una persona de apoyo

**Si su bebé no está vivo, pase a la Página 20, Pregunta CV10.**

**CV7. Mientras estuvo en el hospital después del nacimiento, ¿le sucedió alguna de las siguientes cosas a usted y su bebé debido a COVID-19?** Para cada una, marque **No** si no sucedió o **Sí** si sucedió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Le hicieron la prueba de COVID-19 a mi bebé en el hospital.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui separada de mi bebé en el hospital después del nacimiento <u>para proteger a mi bebé de COVID-19</u> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Utilicé una mascarilla cuando otras personas entraban a mi habitación en el hospital.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Utilicé una mascarilla cuando estaba sola mientras cuidaba a mi bebé en el hospital.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me brindaron información sobre cómo proteger a mi bebé de COVID-19 cuando regresara al hogar.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted no lactó a su nuevo bebé, pase a la Pregunta CV9.**

**CV8. ¿La pandemia de COVID-19 afectó la lactancia materna para usted y su bebé de alguna de las siguientes maneras?** Para cada una, marque **No** si no le aplica a usted o **Sí** si le aplica.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me brindaron información en el hospital sobre cómo evitar que mi bebé se infecte durante la lactancia.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me ponía mascarilla mientras amamantaba o lactaba en el hospital.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Extraje leche materna en el hospital para que otra persona pudiera alimentar a mi bebé para evitar que se infectara.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dado a COVID-19, tuve problemas logrando que un especialista en lactancia me visitara mientras estuve en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su bebé no vive con usted, pase a la Página 20, Pregunta CV10.**

**CV9. ¿De qué manera afectó la pandemia de COVID-19 el cuidado de salud de rutina de su bebé?** Para cada una, marque **No** si el cuidado de salud de su bebé no fue afectado de esa manera por la pandemia o **Sí** si lo fue.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cancelados o retrasados.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los chequeos de rutina de mi bebé fueron cambiados de visitas en persona a citas virtuales (por video o teléfono)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La vacunación de mi bebé se pospuso.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CV10. Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipo de citas de *cuidado posparto* asistió para usted?**

Marque UNA respuesta

- Citas en persona solamente
- Citas virtuales (video o teléfono) solamente
- Ambas, citas en persona y virtuales
- No tuve citas de cuidado posparto para mi

**CV11. ¿A usted le sucedió alguna de las siguientes cosas *debido a la pandemia de COVID-19*? Para cada una, marque **No** si no le sucedió o **Sí** si le sucedió.**

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Perdí mi trabajo o tuve un recorte en las horas de trabajo o paga .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Otros miembros de mi hogar perdieron sus trabajos o les redujeron las horas de trabajo o paga.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuve problemas pagando el alquiler, la hipoteca u otras facturas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un miembro de mi hogar o yo recibimos beneficios por desempleo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuve que mudarme o reubicarme .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me quedé sin hogar.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. La pérdida del cuidado de niños o el cierre de escuelas dificultó el manejo de todas mis responsabilidades ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tuve que dedicar más tiempo de lo usual al cuidado de niños u otros miembros de la familia .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preocupaba que nuestra comida se acabara antes de tener dinero para comprar más.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me sentí más ansiosa de lo usual.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me sentí más deprimida de lo usual .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo o pareja y yo tuvimos más discusiones o conflictos verbales de lo usual .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Mi esposo o pareja fue más agresivo física, sexual o emocionalmente conmigo.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |