

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 (no 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. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

Por favor, díganos:

Si no fue a una visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 6.

- 5. 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**.

Habló conmigo acerca de... **No** **Sí**

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

Me preguntó...

- g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o “vapes”) u otros tipos de tabaco sin humo
- h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente
- i. Si me sentía deprimida o ansiosa

Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico.

- 6. 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 (HUSKY Health)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas o Servicio de Salud Tribal
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

- 7. 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 (HUSKY Health)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas o Servicio de Salud Tribal
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

8. ¿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 (HUSKY Health)
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud para Indígenas o Servicio de Salud Tribal
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

9. 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

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

- No
- Sí →

Pase a la pregunta 12

11. 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).

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

- No →
- Sí

Pase a la página 4, pregunta 14

Pase a la página 4, pregunta 13

13. 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.....

14. 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

15. ¿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.....

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

No

Sí

17. En general, durante el embarazo, me sentí...

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

No Sí

- a. Cómoda haciendo preguntas acerca de la *atención prenatal* que recibí
- b. Cómoda rechazando atención médica si no la quería
- c. Cómoda al aceptar las opciones de atención médica que me recomendó mi proveedor
- d. Pude elegir las opciones de atención que recibí.....
- e. Mis proveedores me trataron con respeto.....
- f. Satisfecha con la *atención prenatal* que recibí.....

18. 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que comenzó 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. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 19. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 20.

19. 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 envié o remití a otro proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me dijo que me chequeara la presión arterial regularmente durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo acerca de cómo llegar a un peso saludable después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo acerca de chequearme la presión arterial regularmente después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo acerca del riesgo de tener presión arterial alta (hipertensión crónica) y enfermedades cardíacas después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. 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 22**
- Sí ↓

21. 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 “ Hear Her ” o “ Escúchela ” (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.

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

- No → **Pase a la página 6, pregunta 26**
- Sí ↓

23. 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

24. 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

25. 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

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

- No → **Pase a la pregunta 30**
- Sí

27. 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

28. 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

29. 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.

30. 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)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada.....</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 33.

31. 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)? <i>Esto incluye el tiempo antes de que supiera que estaba embarazada.....</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los segundos 3 meses del embarazo (2 ^{do} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 ^{er} trimestre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted **no** tomaba durante los **últimos 3 meses** de su embarazo, pase a la Pregunta 33.

32. En los **últimos 3 meses** de su embarazo, normalmente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomó en una semana?

Marque UNA respuesta

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

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.

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me separé o divorcí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fui desalojada o me obligaron a irme de donde estaba viviendo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estuve sin un sitio donde podía dormir regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estuve sin hogar, o tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo(a), pareja o yo perdimos el trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. A mí o a mi esposo(a) o pareja nos bajaron la paga o redujeron las horas de trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tuve problemas pagando la renta, alquiler, hipoteca u otras cuentas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi esposo(a) o pareja estuvo en la cárcel/prisión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Yo estuve en la cárcel/prisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Alguien cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alguien cercano a mí estaba muy enfermo o murió..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

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

- Parto vaginal
- Parto por cesárea

Pase a la página 8, pregunta 38

37. ¿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

38. 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..... | <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 durante el parto y el nacimiento de mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

40. ¿Está vivo su bebé?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la página 10, pregunta 50**

41. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 10, pregunta 50**
- Sí

Pase a la pregunta 42

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

Marque **UNA** respuesta

- No amamanté a mi bebé → **Pase a la pregunta 44**
- 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

43. Después de que nació su nuevo bebé, ¿recibió usted alguno de los siguientes tipos de ayuda para amamantar o dar pecho?

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que respondiera mis preguntas.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ayuda para poner a mi bebé en la posición correcta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayuda para saber si mi bebé estaba tomando suficiente leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Información acerca de dónde conseguir un extractor de leche materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para usar el extractor de leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Información acerca de grupos de apoyo para la lactancia materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra opción..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la pregunta 45.

44. 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 página 10, pregunta 50.

45. 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"/> |

46. 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 48

47. 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

48. 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 colupio, 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:

49. 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:

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

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

- No
 Sí → **Pase a la pregunta 52**
 Estoy embarazada → **Pase a la pregunta 53**

Pase a la pregunta 51

51. ¿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 53.

52. ¿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:

53. 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
 Sí

Pase a la pregunta 55

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

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hablé 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"/> |

55. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido atención médica de seguimiento para alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Para cada opción, marque **No**, si no recibió la atención médica; **Sí**, si la recibió; o **N/A**, si no tenía la enfermedad o problema de salud.

- | | No | Sí | N/A |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hipertensión (presión arterial alta) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas o enfermedades del corazón (defectos cardíacos de nacimiento, latidos cardíacos acelerados o interrumpidos, insuficiencia cardíaca, agrandamiento del corazón, ataque cardíaco, dolor de pecho, trasplante de corazón o marcapasos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

56. 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

57. 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

58. 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

59. 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

60. ¿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"/> |

61. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un proveedor de atención médica le dijo que usted tenía depresión?

- No
 Sí

62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sentido que ha necesitado servicios de salud mental como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión, pena u otros problemas?

- No → Pase a la pregunta 64
 Sí

63. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- No
 Sí

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

64. 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

65. 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"/> |

66. Durante alguno de los siguientes periodos de tiempo, ¿usó marihuana o cannabis en cualquier forma? Por favor no incluya productos a base de cáñamo o "hemp" ni los producidos únicamente con CBD. Para cada periodo de tiempo, marque **No o **Sí**.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

67. 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®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeína (Tylenol® #3 o #4, no es el Tylenol regular)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxidodona (Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (Ultram® o Ultracet®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hidromorfona o meperidina (Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oximorfona (Opana®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morfina (MS Contin®, Avinza® o Kadian®) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanilo (Duragesic®, Fentora® o Actiq®) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

68. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió alguno de los siguientes servicios?
Para cada opción, marque **No** o **Sí**.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Consejería por problemas familiares o personales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayuda para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ayuda para dejar de consumir drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistencia con la vivienda o el alquiler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, díganos:

69. ¿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"/> |

70. ¿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"/> |

71. ¿Se ha monitoreado la presión arterial regularmente en el hogar o en otro lugar fuera de en una visita médica durante 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. Desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

72. ¿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"/> |

73. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia su esposo(a) o pareja le da a usted ánimo y apoyo emocional?

- Siempre
 A menudo
 A veces
 Rara vez
 Nunca
 No tengo esposo(a) o pareja

74. 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:

75. 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

76. ¿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"/> |

77. Actualmente, ¿tiene usted un plan de emergencia para su familia en caso de un desastre?

Por ejemplo, usted y su familia han hablado de cómo estar seguros en caso de que un desastre ocurriera.

- No
 Sí

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

78. 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 a \$100,000
 \$100,001 a \$150,000
 \$150,001 o más

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

Número de personas

80. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /
 Mes Día Año

**¡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 Connecticut sean más sanos.

