

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*?

	/		/	
Mes		Día		Año

2. ¿Cómo describiría su género?

- Femenino
 Masculino
 Transgénero
 "Genderqueer" o de género no conforme
 Prefiere autodescribirlo → Por favor, díganos:

3. 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.

- #### 4. 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. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- #### 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 página 2, pregunta 7.

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

Marque TODAS las que correspondan

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

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

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

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

No Sí

Habló conmigo acerca de...

- a. Mi peso
- 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.

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
- Otro seguro médico público (como el Essential Plan o Child Health Plus)
- 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 de salud de Nueva York o de CuidadoDeSalud.gov (New York State of Health Marketplace o HealthCare.gov, en inglés)
- No sabía cómo obtener seguro médico
- 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
- Otro seguro médico público (como el Essential Plan o Child Health Plus)
- 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
- Otro seguro médico público (como el Essential Plan o Child Health Plus)
- 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

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

- No
- Sí —> **Pase a la página 4, pregunta 16**

14. 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 —> **Pase a la página 4, pregunta 16**

Pase a la página 4, pregunta 15

15. ¿Cuáles eran las razones por las que no estaban haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- No quería usar anticonceptivos
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener los anticonceptivos que quería
- Pensaba que mi esposo o pareja, o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo(a) o pareja no quería usar condones
- Mi esposo(a) o pareja no quería que yo usara anticonceptivos
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra opción —————> Por favor, díganos:

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 —————> **Pase a la pregunta 18**

Sí

Pase a la pregunta 17

17. 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.....

18. 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"/> |

19. ¿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"/> |

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

- No
 Sí

21. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo más reciente?

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

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

22. 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 <i>este</i> embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que comenzó durante <i>este</i> 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"/> |

Si **tuvo** presión arterial alta **antes** o **durante** su embarazo, pase a la pregunta 23. Si **no** la tuvo alta, pase a la pregunta 24.

23. 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 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"/> |

24. 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 26**
 Sí

Pase a la pregunta 25

25. 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.

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

- No → **Pase a la pregunta 30**

Sí

27. 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

28. 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

29. 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

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

- No → **Pase a la pregunta 34**

Sí

31. 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

32. 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

33. 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.

34. 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 página 8, pregunta 36.

35. 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"/> |

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.

36. ¿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"/> |

37. 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"/> |

38. *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.

39. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Mes		Día		Año

40. 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"/> |

41. 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 44**

42. ¿Está vivo su bebé?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la página 10, pregunta 54**

43. ¿Vive con usted su bebé actualmente?

- No → **Pase a la página 10, pregunta 52**
- Sí

44. ¿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 46**
- 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

45. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que bebió un líquido que no fuera leche materna (como fórmula, agua, jugo o leche de vaca)?

Marque UNA respuesta

- Mi bebé no ha bebido líquidos aparte de leche materna
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé tenía:
 - _____ semana(s) **O** _____ mes(es)

46. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que comió algún alimento (tal como cereal para bebés, comida para bebés u otros alimentos)?

Marque UNA respuesta

- Mi bebé no ha comido alimentos
- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé tenía:

_____ semana(s) **O** _____ mes(es)

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 10, pregunta 52.

47. 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"/> |

48. 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 página 10, pregunta 50**

49. 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

50. 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:

51. 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:

52. 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 54**
- Sí

53. ¿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 de la Asociación Enfermera-Familia (Nurse Family Partnership [NFP], en inglés)
- Alguien del programa de visitas a hogares con recién nacidos del Departamento de Salud
- Otra persona → Por favor, díganos:

- No sé

54. ¿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 56**
- Estoy embarazada → **Pase a la pregunta 57**

Pase a la pregunta 55

55. ¿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 57.

56. ¿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:

57. 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 página 12, pregunta 59

58. 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
- h. Si alguien me estaba lastimando emocional o físicamente.....

Un proveedor de atención médica...

- i. Me hizo una prueba para detectar si tenía diabetes
- j. Me recetó medicamentos para la depresión o ansiedad.....

59. 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"/> |

60. 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

61. 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

62. 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

63. 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

64. ¿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"/> |

65. 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 68**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la pregunta 68**

Pase a la pregunta 67

67. ¿Cuál de estas afirmaciones explica por qué no recibió los servicios de salud mental que necesitaba?

Marque TODAS las que correspondan

- No podía pagar el costo
- No pude conseguir una cita cuando la necesitaba
- Mi seguro médico no cubre ningún tipo de servicio de salud mental
- Mi seguro médico no paga lo suficiente para servicios de salud mental
- No sabía a donde ir para obtener servicios
- Me preocupaba que la información que compartiera no se mantuviera confidencial
- No quería que otros supieran que necesitaba tratamiento
- Me preocupaba que me internaran en un hospital psiquiátrico
- Me preocupaba que tuviera que tomar medicamentos
- No tenía transporte, el tratamiento estaba demasiado lejos o el horario no era conveniente
- No tenía tiempo (por el trabajo, cuidado de niños u otros compromisos)
- Otra _____ → Por favor, díganos:

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

68. 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 o no tenía dinero para comprar o conseguir más
- A menudo A veces Nunca

69. 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"/> |

70. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

No → **Pase a la página 14, pregunta 74**

Sí

71. ¿Se tomó licencia o tiempo libre del trabajo después del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo *con paga*
- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo *sin paga*
- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo a través del programa de Permiso Familiar Pagado del Estado de Nueva York (New York State Paid Family Leave, en inglés)
- Sí, tomé licencia o tiempo libre del trabajo a través del Seguro por Incapacidad Temporal (TDI, por sus siglas en inglés)
- No tomé licencia o tiempo libre → **Pase a la página 14, pregunta 73**

72. En total, ¿cuántas semanas o meses de licencia o tiempo libre se tomó o se va a tomar?

Escriba UNA respuesta

Menos de 1 semana

_____ semana(s) _____ mes(es)

73. ¿Alguna de las siguientes cosas afectó su decisión de tomar licencia o tiempo libre del trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada opción, marque **No o **Sí**.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo de licencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o más tiempo de licencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia remunerada.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No tenía suficiente tiempo acumulado para tomar una licencia o para tomar más tiempo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

74. Durante alguno de los siguientes períodos 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"/> |

75. Durante alguno de los siguientes periodos, ¿su esposo(a) o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir insegura de alguna otra manera? Para cada opción, marque **No o **Sí**.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 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"/> |

76. Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su vida y el apoyo que le brindan *en este momento*.

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tiene a alguien a quien puede compartir cuando se siente sola? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar acerca de cosas que son importantes para usted o acerca de cómo se siente? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tiene a alguien con quien puede contar para escuchar sus problemas, preocupaciones y miedos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tiene a alguien que le demuestra amor y cariño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tiene a alguien que hace cosas con usted para que pueda relajarse o divertirse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Tiene a alguien con quien puede contar para que le preste dinero para cosas como comida o facturas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Tiene a alguien que puede cuidar a su(s) hijo(s) cuando necesite ayuda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Tiene a alguien que puede ayudar con las tareas diarias si está enferma?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Tiene a alguien que puede llevarla al centro médico o al consultorio del médico si necesita transporte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

77. 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:

78. 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

79. Durante su vida hasta ahora, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que pueda ser tratada o juzgada injustamente debido a su raza, grupo étnico o el color de su piel?

- Muy a menudo
 A menudo
 No tan a menudo
 Nunca

80. ¿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"/> |

81. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

Marque UNA respuesta

- Tengo un lugar estable para vivir
 Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
 No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando por un tiempo con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque)

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

82. 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

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

Número de personas

84. ¿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 familias de la Ciudad de Nueva York sean más saludables.

