



*Pennsylvania*

# Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo

*Una Encuesta Para Bebés Saludables en Pennsylvania*

Para preguntas o comentarios, sírvase llamar al  
1-888-816-7929

**Formulario Aprobado**  
**OMB Nu. 0920-1273**  
**Fecha Exp. 03/31/2026**

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

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



## Información Importante Sobre PRAMS

Por favor, lea antes de empezar el cuestionario

- PRAMS es el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). PRAMS es un proyecto de investigación realizado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de Pennsylvania. El Centro Bloustein para Investigación de la Universidad de Rutgers está bajo contrato por el Departamento de Salud de Pennsylvania para llevar a cabo esta investigación.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiendo a aproximadamente 1800 mujeres en Pennsylvania que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 25-42 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo o el uso de bebidas alcohólicas durante el embarazo.
- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud de otras fuentes.
- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado, y se usará solo para responder preguntas relacionadas con el propósito de este estudio. Esto es así porque este estudio ha recibido un Certificado de Confidencialidad. Esto significa que no podemos compartir información que pueda identificarlo en juicios o procedimientos legales, incluso si un tribunal nos lo ordena, a menos que usted diga que está bien.
- Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).
- Nadie será identificado por nombre en los informes de PRAMS. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de PRAMS será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de Pennsylvania.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a la Junta Institucional de Revisión (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Rutgers al (732) 235-2866. Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto Pennsylvania, por favor llame al coordinador PRAMS del Departamento de Salud de Pennsylvania al (717) 346-3000.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a Erica Bodak, la Administradora de datos del proyecto PRAMS de Pennsylvania, al 1-888-816-7929 y marque "7." La llamada es gratis.



## **Preguntas Más Comunes Sobre PRAMS**

### ***¿Qué es PRAMS?***

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (sigla PRAMS) es un proyecto de investigación del Departamento de Salud de Pennsylvania y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Nuestro objetivo es averiguar por qué algunos bebés nacen sanos y otros no. Con este fin, cuestionamos a las nuevas madres sobre sus embarazos. Cada año en Pennsylvania hay cientos de bebés que nacen con graves problemas de salud. Muchos de estos bebés mueren. Necesitamos su ayuda para averiguar por qué sucede esto. No importa cómo haya sido su embarazo, sus respuestas nos ayudarán a mejorar las oportunidades de las futuras madres y bebés de Pennsylvania.

### ***¿Serán confidenciales mis respuestas?***

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

### ***¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?***

¡Sí! Debido al pequeño número de madres escogidas, es importante tener las respuestas de todas. Cada embarazo es distinto. Para lograr una mejor imagen global de la salud de las madres y los bebés en Pennsylvania, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas.

Con la información que usted nos dé tal vez podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños de Pennsylvania. Necesitamos saber lo bueno así como lo malo de su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

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

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

### ***¿Cómo fui escogida para participar en PRAMS?***

Su nombre fue elegido al azar del registro estatal de certificados de nacimiento, como una lotería. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

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

Puede llamarnos al número 1-888-816-7929 (marque 7) y con gusto contestaremos cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de PRAMS. La llamada es gratis. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono.

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. ¿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 ( <b>no</b> es la diabetes gestacional o que comienza durante el embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta o hipertensión .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Asma.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Epilepsia (convulsiones) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Problemas de la tiroides .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) o PCOS, por sus siglas en inglés.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Problemas cardíacos .....  | <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 no fue a una visita de atención médica en los 12 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 7.**

**6. 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**.

- | <b>Hablé conmigo acerca de...</b>  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi peso .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Chequearme la presión arterial regularmente .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mis deseos de tener o no tener hijos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Métodos anticonceptivos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cómo podría mejorar mi salud antes del embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las infecciones de transmisión sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis o la del VIH .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Me preguntó...</b>  |                          |                          |
| g. Si fumaba cigarrillos o usaba cigarrillos electrónicos (vapeadores o "vapes") u otros tipos de tabaco sin humo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si alguien estaba lastimándome emocional o físicamente .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si me sentía deprimida o ansiosa .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**7. 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 (Asistencia Médica)
- Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

**8. 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 (Asistencia Médica)
- Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:
- No tenía ningún seguro médico *durante mi embarazo*

**9. ¿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 (Asistencia Médica)
- Otro tipo de plan o programa del Gobierno, como CHIP o SCHIP, por sus siglas en inglés
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, díganos:

- No tengo ningún seguro médico *actualmente*

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

**Marque UNA respuesta**

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

**Pase a la pregunta 12**

**11. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?**

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

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

- No
- Sí → **Pase a la página 4, pregunta 15**

**13. 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 15**

**14. ¿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).

### 15. ¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo más reciente?

- No  
 Sí

→ Pase a la pregunta 17

↓  
Pase a la pregunta 16

### 16. 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.....



**17. 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"/> |

**18. ¿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"/> |

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

- No  
 Sí

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

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión arterial alta (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tuvo presión arterial alta antes o durante su embarazo, pase a la pregunta 21. Si no la tuvo alta, pase a la pregunta 22.

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

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

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

**22. 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 página 6, pregunta 24  
 Sí

Pase a la página 6, pregunta 23

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

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

No Sí

- a. Un proveedor de atención médica (como un doctor, una enfermera o una partera) ..
- b. Sitios web o redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter) .....
- c. Cualquier fuente de información que haya usado el eslogan **“Hear Her”** o **“Escúchela”** (como sitios web, redes sociales o folletos) .....
- d. Familiares o amigos .....

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

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

No —————→ **Pase a la pregunta 28**

Sí

**25. 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

**26. 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

**27. 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

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

No —————→ **Pase a la pregunta 32**

Sí

**29. 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

**30. 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

**31. 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.

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

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> trimestre)? <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 <sup>do</sup> trimestre)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> trimestre)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si no consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo, pase a la pregunta 34.**

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

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Los primeros 3 meses del embarazo (1 <sup>er</sup> trimestre)? <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 <sup>do</sup> trimestre)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Los últimos 3 meses del embarazo (3 <sup>er</sup> 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.

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me separé o divorcié .....   | <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"/> |

**35. 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"/> |

**36. 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.**

**37. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	
Mes		Día		Año

**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 11, pregunta 53**

**41. ¿Vive con usted su bebé actualmente?**

- No → **Pase a la página 11, pregunta 53**
- Sí

**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 45**
- Amamanté a mi bebé menos de 1 semana
- Amamanté a mi bebé:
 

	semana(s) <b>O</b>		mes(es)
--	--------------------	--	---------
- Todavía estoy amamantando o alimentando a mi nuevo bebé con leche materna → **Pase a la pregunta 44**

**Pase a la pregunta 43**

#### 43. ¿Cuáles fueron sus razones para dejar de amamantar?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas pegándose al pecho o para mamar
- Mi bebé no estaba satisfecho con leche materna solamente
- Pensaba que mi bebé no estaba aumentando suficiente peso
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso
- Pensaba que no estaba produciendo suficiente leche o se me secó la leche
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- Sentí que ya era el momento adecuado para dejar de amamantar
- Me enfermé o tuve que dejar de amamantar por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo(a) o pareja no me apoyaba para que amamantara
- Mi bebé tenía ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra opción \_\_\_\_\_ → Por favor, díganos:

---

#### 44. 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:

---

#### 45. ¿Alguna vez ha oído o leído lo que puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
- Sí

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la página 11, pregunta 53.**

#### 46. 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"/> |

**47. 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 49**

**48. 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

**49. 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:

---

**50. 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:

---

**51. ¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su bebé para dormir durante alguno de los siguientes momentos?**

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante una visita prenatal .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En el hospital, cuando nació mi bebé.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Durante un chequeo de salud de mi bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Durante una visita de atención posparto..    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otra opción.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

---

**52. ¿Obtuvo información acerca de cómo acostar a su nuevo bebé para dormir de alguna de las siguientes fuentes?**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi médico de familia .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ginecólogo obstetra .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una enfermera o partera.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Una <i>doula</i> (asistente de parto) o una educadora del parto.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El médico o proveedor de atención médica de mi bebé.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sitios web o aplicaciones acerca del embarazo o el cuidado del bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redes sociales (como Facebook, Instagram, TikTok).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otras fuentes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, díganos:

---

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

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

- No  
 Sí → **Pase a la página 12, pregunta 55**  
 Estoy embarazada → **Pase a la página 12, pregunta 56**

**54. ¿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 página 12, pregunta 56.**

**55. ¿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:

**56. 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 58**

**57. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No sabía que necesitaba uno
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la consulta
- Me sentía bien y no pensé que era necesario ir a la consulta
- No pude conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- Tenía muchas otras cosas que estaban pasando
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo o la escuela
- No tenía a alguien que pudiera cuidar a mis hijos
- El consultorio médico estaba demasiado lejos
- Otra opción —————> Por favor, díganos:

**Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la 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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Habló conmigo acerca de...</b>   |                          |                          |
| 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"/> |

**59. 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

**60. 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

**61. 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

**62. 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

**63. ¿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"/> |

**64. En general, desde que nació mi nuevo bebé, me he sentido...**

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

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómoda haciendo preguntas acerca de la <i>atención posparto</i> que estaba recibiendo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómoda rechazando atención médica si no la quería .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cómoda aceptando las opciones de atención médica que mi proveedor recomendaba.....          | <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 de atención médica me trataron con respeto.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Satisfecha con la <i>atención posparto</i> que recibí.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OTRAS EXPERIENCIAS**

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

**65. 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

**66. 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"/> |

**Si usted no tuvo cuidado prenatal, pase a la pregunta 68.**

**67. Durante alguna de sus visitas de cuidado prenatal, ¿un proveedor de atención médica le habló acerca de alguna de las siguientes cosas? Por favor cuente solo las conversaciones, no los materiales de lectura o videos. Para cada opción, marque **No** o **Sí**.**

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo puede afectar a mi bebé mi exposición al plomo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo puede afectar a mi bebé el uso de pesticidas, que son sustancias químicas que matan insectos, roedores o malezas, durante el embarazo .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cómo pueda afectar a mi bebé el usar botellas para agua o de otro tipo hechas con plásticos de policarbonato (BPA, número de reciclaje 7) durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo puede afectar a mi bebé el comer pescado que contiene altos niveles de mercurio durante mi embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**68. Durante su embarazo más reciente, ¿sintió que necesitó 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. 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:

**70. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón?** Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

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

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

**71. Después de que su bebé nació, ¿el médico, la enfermera u otro profesional de atención médica le dijo que su bebé tenía abstinencia a las drogas o síndrome de abstinencia neonatal?**

- No  
 Sí

**72. ¿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"/> |

**73. ¿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"/> |

**74. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha recibido información acerca de las señales de advertencia de complicaciones durante el periodo posparto de alguna de las siguientes fuentes de información? Para cada opción, marque **No** o **Sí**.**

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Un proveedor de atención médica (como un médico, enfermera o 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. Alguna fuente de información que haya usado el eslogan " <b>Hear Her</b> " o " <b>Escúchela</b> " (como una página web, redes sociales o un folleto) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Familiares o amigos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**75. 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:

**76. 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

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

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

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

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

**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 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

**Las siguientes preguntas son acerca de usted.**

**S1. ¿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)

**S2. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia no pudo comer comidas balanceadas porque era muy costoso?** Una comida balanceada incluye todos los tipos de alimentos que usted cree que deberían ser parte de una comida saludable. Por ejemplo, alimentos con almidón como papas o arroz, vegetales o frutas y alguna proteína como carne, pescado, queso o huevos.

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

**S3. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sus proveedores de atención médica le han explicado cosas acerca de su salud en una manera fácil de entender?**

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

**S4. 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 S7**  
 Sí

**S5. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?**

- No  
 Sí → **Pase a la pregunta S7**

**S6. ¿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 razón o razones → Por favor, díganos:

**S7. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que obtuvo el apoyo social y emocional que necesitaba?**

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

**S8. El estrés es una situación en donde una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada todo el tiempo.**

**En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés?**

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

**¡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 Pennsylvania sean más sanos.***

**¡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 Pennsylvania sean más sanos.***





## Números de teléfono y sitios web para obtener ayuda en Pennsylvania

**Línea Bebé Saludable de PA: 1-800-986-BABY (2229)** para informarse acerca de cómo encontrar un médico, obtener cobertura médica, vacunas, pruebas para el bebé, lactancia materna

**Red especial para niños: 1-800-986-4550** para informarse acerca de los servicios que se ofrecen a los niños con necesidades especiales.

**United Way: 2-1-1 o [www.pa211.org](http://www.pa211.org)** para los servicios relacionados con la salud, la vivienda y los servicios humanos.

**PA WIC: 1-800-WIC-WINS (942-9467)** para obtener información acerca de alimentos suplementarios, educación nutricional y lactancia materna.

**PA COMPASS o [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)** para solicitar los programas estatales de servicios sociales en línea.

**PA Children's Health Insurance Program (CHIP): [www.chipcoverspakids.com](http://www.chipcoverspakids.com)** para obtener información sobre seguro médico para niños.

**Asistencia médica de PA o Medicaid en el Departamento de Servicios Humanos de PA:** Ir a la página web [www.dhs.pa.gov](http://www.dhs.pa.gov) y busque Asistencia Médica.

**Línea Directa Nacional de Abuso Infantil: 1-800-4-A-CHILD (422-4453)** una línea directa de crisis las 24 horas que ofrece apoyo, información y referencias sobre cómo tratar un bebé que llora y prevenir el abuso infantil.

**Línea de salida gratuita de PA: 1-800-QUIT-NOW (784-8669)** para obtener información sobre los servicios para dejar de fumar disponibles para los residentes de Pennsylvania.

**PA Obtenga Ayuda Ahora: 1-800-662-HELP (4357) o [www.ddap.pa.gov](http://www.ddap.pa.gov) y busque "obtenga ayuda ahora"** para encontrar un proveedor de tratamiento de drogas o alcohol o financiación para el tratamiento de adicciones. También puede comunicarse con la oficina local de drogas y alcohol de su condado en [ddap.pa.gov](http://ddap.pa.gov), busque "encontrar la oficina de drogas y alcohol de su condado".

**Red Nacional de Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255)** para apoyo gratuito y confidencial 24 horas al día, 7 días a la semana para personas en peligro, recursos de prevención y crisis para usted o sus seres queridos.

**Departamento de Salud de PA o [www.health.pa.gov](http://www.health.pa.gov) o 1-877-724-3258** para obtener información sobre otros programas, como lactancia materna, prevención de la violencia y lesiones, detección y genética de recién nacidos e inmunizaciones, haga clic en "estoy buscando" y luego en "nuestros programas" para obtener una lista alfabética de enlaces de programas.

**Programa de muerte infantil y SMSL en [www.health.pa.gov](http://www.health.pa.gov) y busque "SIDS and Infant Death Program"** para obtener recursos y "preguntas frecuentes" sobre SMSL y recursos para un sueño seguro.

**Mancomunidad de Pennsylvania o [www.pa.gov](http://www.pa.gov)** para obtener información sobre programas y servicios estatales.

# 2020

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

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

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

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

# 2022

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

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

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

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

# 2021

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

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

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

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

# 2023

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

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

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

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





*Pennsylvania*

