

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

### 1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies **Y**  Pulgadas  
**O**  Centímetros

### 2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras **O**  Kilos

### 3. ¿En qué fecha nació usted?

/  /   
 Mes                  Día                  Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

### 4. En cualquier momento durante los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque No, si usted no lo hizo, o Sí, si lo hizo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana fuera de mi trabajo normal para mejorar mi salud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un profesional de salud me chequeó para la diabetes.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque No, si no tuvo la condición, o Sí, si la tuvo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de quedar embarazada
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

**7. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?**

- No → **Pase a la Pregunta 10**
- Sí

**8. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra → Por favor, escríbala:

---

**9. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.**

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hablé conmigo sobre mantener un peso saludable .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hablé conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablé conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablé conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hablé conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hablé conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo?**

- No → **Pase a la Pregunta 12**
- Sí

**Pase a la Pregunta 11**

**11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los temas a continuación sobre cómo prepararse para un embarazo?** *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien le habló acerca de eso.*

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner al día mis vacunas antes del embarazo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son acerca de su seguro médico antes, durante y después de su embarazo con su nuevo bebé.**

**12. 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 de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Illinois, [GetcoveredIllinois.gov](http://GetcoveredIllinois.gov) o de [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) ([HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) en inglés)
- Medicaid
- CHIP o All Kids
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

**13. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 14**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Illinois, GetcoveredIllinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- CHIP, All Kids o Moms & Babies
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

**14. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Illinois, GetcoveredIllinois.gov o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid
- CHIP, All Kids o Moms & Babies
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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

**Marque UNA respuesta**

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 19**

**17. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?**

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 19**

**Pase a la Pregunta 18**

18. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba 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
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra → Por favor, escríbala:

---

### DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

19. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

{  Semanas   Meses

- No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Pregunta 21

Pase a la Pregunta 20

20. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

- No
- Sí →

Pase a la Página 6, Pregunta 22

21. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 25.

**22. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado prenatal?** No incluya las consultas relacionadas con WIC.

**Marque UNA respuesta**

- Consultorio médico privado  
 Clínica de un hospital  
 Clínica del departamento de salud  
 Clínica de salud comunitaria  
 Otro \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

**23. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista?** Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Darle pecho a mi bebé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar una vitamina con ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?**

- No \_\_\_\_\_ → **Pase a la Pregunta 27**  
 Sí

**26. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Un artículo de periódico o revista  
 En la radio o televisión  
 De un doctor, enfermera u otro profesional de salud  
 En un libro  
 De familiares o amigo(a)s  
 Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

27. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

- No  
 Sí

28. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿*recibió* la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No  
 Sí, antes de mi embarazo  
 Sí, durante mi embarazo

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

- No  
 Sí

30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante este embarazo).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

- No → Pase a la Página 8, Pregunta 37  
 Sí

Pase a la Pregunta 32

32. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumaba en ese entonces

33. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumaba en ese entonces

Si usted no fumaba en ningún momento durante los **3 meses antes** de quedar embarazada, pase a la **Página 8, Pregunta 36**.

34. Durante *cualquiera* de sus consultas de *cuidado prenatal*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que dejara de fumar?

- No  
 Sí  
 No recibí cuidado prenatal

Pase a la Página 8, Pregunta 36

Pase a la Página 8, Pregunta 35

**35. A continuación aparece una lista de cosas acerca de dejar de fumar que un doctor, enfermera u otro profesional de salud pudo haber hecho *durante cualquiera de sus consultas prenatales*.** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dedicó tiempo para hablar conmigo sobre cómo dejar de fumar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sugirió que yo fijara una fecha específica para dejar de fumar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sugirió que yo asistiera a una clase o programa para dejar de fumar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me dio folletos, videos, u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi sola .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me refirió a consejería para ayuda a dejar de fumar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me preguntó si un familiar o un amigo/a apoyaría mi decisión de dejar de fumar ..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me refirió a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me recomendó que yo usara el chicle de nicotina.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me recomendó que yo usara el parche de nicotina .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me recetó "nasal spray" o un inhalador de nicotina .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me recetó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para ayudarme a dejar de fumar ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me recetó una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para ayudarme a dejar de fumar .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**36. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumo ahora

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.**

**E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

**37. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años?** Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, o rapé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 38. Sino, pase a la Pregunta 40.**

**38. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**39. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.**

**40. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?** Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No
- Sí

**Pase a la Pregunta 42**

**41. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

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

**El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.**

**42. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses *antes* del nacimiento de su nuevo bebé.** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

44. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

- |                                    | No                       | Sí                       |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo 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"/> |

45. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí** si la lastimó.

- |                                    | No                       | Sí                       |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo 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.

46. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text" value="20"/>
Mes		Día		Año

47. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)  
 De 24 a 48 horas (1 a 2 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 50**

48. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida**  
 Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 62**

49. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 62**  
 Sí → **Pase a la Pregunta 50**

**50. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes?** Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**51. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?**

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 53**

**52. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

**Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 56.**

**53. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?**

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 55**

**54. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?**

- Menos de 1 semana

Semanas   Meses

**55. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo o leche de vaca)?**

Semanas   Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

**56. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?**

Semanas   Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido ningún alimento

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 62.**

**57. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma?**

**Marque UNA respuesta**

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

**58. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**Pase a la Pregunta 60**

**59. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme usted?**

- No
- Sí

**60. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo usualmente durmió su nuevo bebé en las últimas 2 semanas? Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.**

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir ( <i>sleeping sack</i> ) o saquito cobertor .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna ( <i>bumper pads</i> ) transpirables o no transpirables ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**61. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las siguientes cosas? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.**

- |   | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 64**

**63. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Quiero quedar embarazada
- Estoy embarazada ahora
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- Otra → Por favor, escríbala:

---

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 65.**

**64. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

---

**65. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.**

- No  
 Sí

→ **Pase a la Página 14, Pregunta 67**

**Pase a la Página 14, Pregunta 66**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta
- No podía conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

---

**Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la Pregunta 69.**

**67. ¿A dónde fue para su chequeo posparto?**

- El consultorio de mi médico de familia
- El consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Una clínica de un hospital
- Una clínica del departamento de salud
- Clínica de salud comunitaria
- Otro \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbalo:

---

**68. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**70. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**71. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?**

- No
- Sí

**Pase a la Pregunta 74**

**72. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?**

- No
- Sí

**73. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?**

- No
- Sí

## OTRAS EXPERIENCIAS

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

**Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 75.**

**74. Desde que nació su nuevo bebé, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitara?**

Para cada uno, marque **No**, si no la tendría, o **Sí**, si la tendría.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien que cuidara a mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**75. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera?** Para cada de los períodos de tiempo, marque **No**, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.

- |   | 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 el nacimiento de mi nuevo bebé.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**76. Durante su embarazo, probablemente tuvo que obtener distintos tipos de servicios relacionados con la salud. Entre estos pudo haber necesitado consultas en la clínica, en el consultorio del doctor o la enfermera, pudo haber solicitado un seguro de salud o Medicaid, o pudo haber solicitado ayuda por un problema familiar. Al obtener esos servicios, ¿alguna vez sintió que le trataron injustamente por alguna de las siguientes razones?** Para cada una, marque **No**, si no le trataron injustamente, o **Sí**, si le trataron injustamente.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi edad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El idioma que hablo.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi ciudadanía.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi estatus de seguro o Medicaid .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me sentí que me trataron injustamente por otras razones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbalas:

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 78.**

**77. Cuando el padre de su nuevo bebé está con su bebé, ¿con qué frecuencia él abraza, besa, carga, o juega con el nuevo bebé?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El padre de mi nuevo bebé normalmente no pasa tiempo con mi bebé

**78. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia le proporciona su esposo o pareja estímulo y apoyo emocional a usted?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

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

**79. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De 0 a \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

**80. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?**

Número de Personas

**81. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/ 
  / 
  20

Mes
Día
Año

**Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Illinois.**

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!***

***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Illinois.***

