



Listening to Mothers IV

Report of the Fourth National
U.S. Survey of Women's
Childbearing Experiences

Spring 2026



Contents

A. Survey Introduction	2
B. Survey Questions	5
Trap Questions	5
Pre-Pregnancy	5
Pregnancy	7
Intrapartum	17
Postpartum	39
Demographics	47

A. Survey Introduction

INTRO

Welcome to the National *Listening to Mothers IV* Survey. This survey gathers information from mothers about their maternity experiences. **Your participation in this survey is VOLUNTARY. The answers you give will be kept private and confidential.** No one will know how you answer. Survey results are combined and only reported overall or in large groups. Your name will never be connected to your responses.

Survey results will be used by the National Partnership for Women & Families and others working to improve the well-being of mothers and families, including advocates and decision makers. The final reports will be available at <https://nationalpartnership.org/LTM4> in 2026.

This survey consists of two questionnaires. By agreeing to participate in this survey, we hope you will complete our first questionnaire soon, and another in several weeks. We will contact you to complete the second questionnaire. Each questionnaire should take 30-45 minutes to complete. Please be honest with your answers. You do not have to answer any question you do not feel comfortable with. You can also come back to finish your survey later if you are unable to complete it in one session.

If you qualify and successfully complete the first questionnaire with honest answers, you will receive a \$30 gift card as a thank you for your time. Another gift card will be provided at the end of the second questionnaire.

To gain access to the second questionnaire and to receive compensation, you will be asked to provide your contact information. Your responses and contact information will remain confidential and not be associated with your answers in any way.

If you have questions or need help accessing the survey you can contact the Project Manager, Cecelia Stewart at cstewart@marketdecisions.com or by phone at 1-800-293-1538 ext. 1620.

By clicking "I agree" below you agree that you have read this form and agree to participate in both questionnaires related to this survey. You may print a copy of this page for your records.

1. I agree to participate in the survey.
2. I do NOT agree to participate in the survey. [TERMINATE]

Additional Front End Questions (Screener)

LANG

What language do you prefer to complete this survey in?

- 1,English
- 2,Spanish [PIPE TO SPANISH VERSION]

AGE

How old are you?

-- [TERMINATE IMMEDIATELY IF <18]

SCREEN

Have you given birth one or more times?

- 1.Yes
- 2.No [TERMINATE AT END OF SCREENER]

NUMB_BIRTH

How many times have you given birth?

|_ (drop down per analyst suggestion) 0-15

SCREEN2

In what years were your children born?

[present spaces for the number of births identified in previous Q]

Birth Year

Child 1

Child 2, etc.

[CREATE VARIABLE HERE CALLED YEARBIRTH - HAVE IT BE MOST RECENT BIRTH]

[TERMINATE AT END OF SCREENER IF NO 2023 or 2024 BIRTH]

SCREEN3

[IF YEARBIRTH=2023 AND 2025 THEN PREFERENTIALLY SELECT 2023]

[IF YEARBIRTH=2024 AND 2025 THEN PREFERENTIALLY SELECT 2024]

[IF YEARBIRTH=2023 AND 2024 THEN PREFERENTIALLY SELECT 2024]

In [YEARBIRTH], where was your baby born?

- 1.Home [TERMINATE AT END OF SCREENER]
- 2.Birth center [TERMINATE AT END OF SCREENER]
- 3.Hospital
- 4.Somewhere else [TERMINATE AT END OF SCREENER]

LISTENING TO MOTHERS IV

SCREEN4

In [YEARBIRTH], did you give birth to

- 1.A single baby
- 2.Twins [TERMINATE AT END OF SCREENER]
- 3.Triplets or more [TERMINATE AT END OF SCREENER]

SCREEN5

In what country was your [YEARBIRTH] baby born?

- 1.USA
- 2.Another country [please specify] _____ [TERMINATE AT END OF SCREENER]

SCREEN6

Is your child born in [YEARBIRTH], living with you now?

- 1.Yes
- 2.No [TERMINATE AT END OF SCREENER]

For each terminate option, don't terminate immediately. Everyone should complete all screening questions, then terminate.

TERMINATE IF:

- SCREEN=2
- SCREEN2 OR YEARBIRTH!=2023 or 2024
- SCREEN3!=3
- SCREEN4!=1
- SCREEN5=2
- SCREEN6=2

If qualify

CHILDNAME

Thank you for this information. We invite you to tell us about your experiences with your baby born in [2023 or 2024]. Please provide a way to refer to this pregnancy/child through the rest of this survey. This could be the child's first name, a nickname, or any other appropriate way to refer to this pregnancy/child. *For example, "Jessica," "Miguel", or "Child 1". We will also refer to this child as your "recent" pregnancy or birth.*

[TEXT BOX]

[If ineligible] Thank you for this information.

B. Survey Questions

Trap Questions

Trap questions are inserted throughout the survey randomly (this will vary for each survey). The questions are as follows:

It is important for us to ensure that the answers that we collect are accurate. For this reason, please select "disagree a lot" from the options.

- Agree a lot
- Agree a little
- Neither agree nor disagree
- Disagree a little
- Disagree a lot
- I prefer not to answer

It is important for us to ensure that the answers that we collect are accurate. For this reason, please select "low priority" from the options below.

- Not a priority
- Low priority
- Somewhat priority
- Moderate Priority
- High priority
- Essential priority
- I prefer not to answer

It is important for us to ensure that the answers that we collect are accurate. For this reason, please select "somewhat concerned" from the options below.

- Not at all concerned
- Slightly concerned
- Somewhat concerned
- Moderately concerned
- Extremely concerned
- I prefer not to answer

Pre-Pregnancy

PREGNANCY INTENTION/CA Q615/Q605]

[ASK ALL]

PREG_INT

Thinking back to just before you became pregnant with your recent pregnancy, did you want to be pregnant?

1 ,Yes, but I was hoping to become pregnant sooner

- 2, Yes, I wanted to become pregnant at that time
- 3, Yes, but I was hoping to be pregnant later on
- 4, No, I didn't want to be pregnant then or at any time in the future
- 99, I'd prefer not to answer

PRE-PREGNANCY PHYSICAL CONDITIONS/CA

[ASK ALL]

PREPREG_PHYSCOND

During the three months before you became pregnant with [CHILDNAME], did you have any of the following physical health conditions?
Select all that apply.

- 1, High blood pressure
- 2, Diabetes (type 1 or 2)
- 3, Some other physical health condition, please specify
- 4, I did not have any physical health conditions before becoming pregnant
- 99, I'd prefer not to answer

PRE-PREGNANCY MENTAL HEALTH CONDITIONS/CA

[ASK ALL]

PREPREG_MHCOND

During the three months before you became pregnant with [CHILDNAME], did you have any of the following mental health conditions?
Select all that apply.

- 1, Depression or sadness
- 2, Anxiety, worry, or stress
- 3, Substance use disorder
- 4, Ongoing effect of a traumatic event (examples include: natural disaster, loss of a family member)
- 5, Some other mental health condition, please specify
- 6, I did not have any mental health conditions before becoming pregnant
- 99, I'd prefer not to answer

PRE-PREGNANCY WEIGHT/CA

[ASK ALL]

PREPREG_WEIGHT

As best as you can remember, what was your weight **just before** you became pregnant with [CHILDNAME]?

Enter numeric text (include lbs and kilos if possible)

HEIGHT

[ASK ALL]

HEIGHT

What is your height?

Enter numeric text (include inches and cm if possible)

Pregnancy

Prenatal Care

WEEKS PREGNANT LEARNED/VISIT/CV Q650/Q2510

[ASK ALL]

LEARNED

As best as you can remember, how many weeks pregnant were you when you...? *(If you are not sure, your best estimate will do)*

LEARNED1

Learned you were pregnant?

__ weeks pregnant (numeric text with lower bound of 2 weeks and upper bound of 42 weeks)

99,I'd prefer not to answer

LEARNED2

Had your first prenatal visit?

__ weeks pregnant (numeric text)

98,I did not have any prenatal visits [SKIP TO PRIOREDUC]

99,I'd prefer not to answer

FIRST VISIT DESIRED TIMING/CA Q655

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

FIRSTVISIT

During your recent pregnancy, did you have your first prenatal visit as early as you wanted?

1,Yes

2,No

99,I'd prefer not to answer

WHY NO EARLIER PNC/CA Q660

[ASK IF FIRSTVISIT=2]

NOPRENATAL

Why were you unable to have your first prenatal visit as early as you wanted?
Select all that apply.

1, The earliest available appointment was later than I wanted

LISTENING TO MOTHERS IV

- 2, The maternity care provider wouldn't see me until my pregnancy was further along
- 3, I was not yet enrolled in Medicaid (MediCal, MassHealth, etc.)
- 4, I was not yet enrolled in private insurance (such as through employer or the Marketplace)
- 5, It took a while to find a place that was accepting Medicaid
- 6, It took a while to find a place that was accepting new patients
- 7, It took a while to find a place where I wanted to get care
- 8, I couldn't take time off from my paid job or school
- 9, I didn't have transportation to get to the clinic or medical office
- 10, I was told I was high-risk and was not accepted as a patient
- 11, I was concerned about feeling unsafe or disrespected
- 12, I was told I was too late or too far along in my pregnancy
- 95, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL PROVIDER TYPE/CA Q805c/630

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

PROVIDER

Which type of maternity care provider **most often** provided your care during your recent pregnancy?

- 1 An obstetrician-gynecologist doctor (could be called OB, OBGYN, or maternal-fetal medicine specialist)
- 2 A family medicine doctor (could be called FP)
- 3 A doctor but I'm not sure what kind
- 4 A midwife (could be called CNM)
- 5 A nurse-practitioner (NP) or other nurse who was not a midwife
- 6 A physician assistant or physician associate (PA)
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL PROVIDER CHOICE/CA Q705c

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

PROVIDERCHOICE

Did you have a choice about which maternity care provider you had for your pregnancy care (prenatal care)?

- 1 Yes, I had a choice and generally saw one person
- 2 Yes, I had a choice and generally saw members of a small team
- 3 No, I had no choice; my maternity care provider was assigned to me
- 99, I'd prefer not to answer

PNC SETTING/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARESETTING

In what setting did you get your regular prenatal care? *Select all that apply.*

- 1, Hospital
- 2, Private medical office
- 3, Community health center
- 4, County or local health department clinic
- 5, Planned Parenthood health center
- 6, Mobile clinic
- 7, Birth center (not in a hospital)
- 95, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

Prenatal Care - Structure and Spatial Modality

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARETYPE

What kind of prenatal care did you have? *Select all that apply.*

- 1 Prenatal office visits by myself
- 2 Group prenatal care together with others who were pregnant
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY CHOICE/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARETYPE1

Did you have a choice about whether to have office prenatal visits by yourself or group prenatal visits?

- 1, Yes
- 2, No
- 98, I don't know
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL CARE SPATIAL MODALITY/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CAREMODE

Were your prenatal visits in person or televisits? *Televisits are medical appointments, often with video, on your phone, tablet or computer. Select all that apply.*

LISTENING TO MOTHERS IV

- 1, In-person
- 2, Televisits
- 99, I'd prefer not to answer

REASON FOR TELEVISITS/NC

[ASK IF CAREMODE CONTAINS 2]

WHYTELE

Why did you have prenatal televisits? *Select all that apply.*

- 1, Transportation to in-person care was a challenge
- 2, I wanted to save travel time
- 3, I had childcare responsibilities
- 4, I wanted to avoid exposure to COVID-19
- 5, I was more comfortable with remote than office visits
- 6, My maternity care provider preferred televisits
- 95, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

ACCESS TO REMOTE EQUIPMENT/SUPPLIES/NC

[ASK IF HAD CAREMODE CONTAINS 2]

ATHOMECARE

Did you have equipment and supplies to do the following for your televisits?
Select all that apply.

- 1, Take your blood pressure
- 2, Test your urine with paper strips
- 3, Weigh yourself
- 4, Check the heart rate of your baby
- 5, I did not need to do these for televisits
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 1]

BPCONFID

Did you feel confident about taking your blood pressure yourself?

- 1 Yes, fully confident
- 2 Yes, somewhat confident
- 3 No, not confident
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 2]

LISTENING TO MOTHERS IV

URINECONFID

Did you feel confident about testing your urine yourself?

- 1 Yes, fully confident
- 2 Yes, somewhat confident
- 3 No, not confident
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 3]

WEIGHCONFID

Did you feel confident about weighing yourself?

- 1 Yes, fully confident
- 2 Yes, somewhat confident
- 3 No, not confident
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 4]

BABYHRCONFID

Did you feel confident about checking your baby's heart rate?

- 1 Yes, fully confident
- 2 Yes, somewhat confident
- 3 No, not confident
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY PREFERENCE/NC

[ASK IF CARETYPE= 1 AND 2]

CARETYPEPREF

Which type of prenatal care do you prefer?

- 1, Prenatal visits by myself
- 2, Group prenatal visits
- 3, I like a mix of both
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY PREFERENCE/NC

[ASK IF CAREMODE= 1 AND 2]

CAREMODEPREF

Which mode of prenatal care do you prefer?

- 1, In-person visits

LISTENING TO MOTHERS IV

- 2,Televsits
- 3,I like a mix of both
- 99,I'd prefer not to answer

Childbirth Education

CHILDBIRTH EDUCATION PAST/CA

[ASK IF NUM_BIRTHS >1]

PRIOREDUC

During your previous pregnancies (not counting your recent pregnancy), did you take any childbirth education classes?

- 1,Yes
- 2,No
- 98,I don't know
- 99,I'd prefer not to answer

CURREduc

[ASK ALL]

During your recent pregnancy, did you take any childbirth education classes?

- 1,Yes
- 2,No
- 98,I don't know
- 99,I'd prefer not to answer

CHILDBIRTH EDUCATION INDEPENDENCE/CA

[ASK IF CURREduc=1]

EDUCTYPE

Was the childbirth class you received during your recent pregnancy...?

- 1 Offered by your hospital
- 2 Offered by someone not connected to your hospital
- 98,I don't know
- 99,I'd prefer not to answer

CHILDBIRTH EDUCATION INDEPENDENCE/CA

[ASK IF CURREduc=1]

EDUCMODE

Was the childbirth education you received during your recent pregnancy...?
Select all that apply.

- 1, In person, at a hospital or another medical setting
- 2, In person, in the community (not in a medical setting)

LISTENING TO MOTHERS IV

- 3, Remote/online, provided by a hospital, medical office, etc.
- 4, Remote/online, provided by independent person offering childbirth education
- 99,I'd prefer not to answer

CHILDBIRTH EDUCATION IMPACT/CA

[ASK IF CURREduc=1]

EDUCIMPACT

How did your childbirth class impact you? Please select all that apply.

- 1 Helped me understand what would happen at the hospital
- 2 Helped me understand bodily childbirth processes
- 3 Helped me feel more confident about giving birth
- 4 Caused me to feel more concerned about giving birth
- 5 Helped my spouse/partner understand what I would experience
- 6 Had no effect
- 97, Something else, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

Workplace and Pregnancy

EMPLOYED DURING PREGNANCY/CA Q1305

[ASK ALL]

EMPLOY

Were you employed during your recent pregnancy?

- 1, Yes, by someone else
- 2, Yes, self-employed
- 3, No
- 99,I'd prefer not to answer

EMPLOYED DURING PREGNANCY HOURS/CA Q1305

[ASK IF EMPLOY=1,2]

EMPLOYHOURS

Were you employed full-time or part-time?

- 1 I was employed part-time (less than 30 hours per week)
- 2 I was employed full-time (30 or more hours per week)
- 99,I'd prefer not to answer

EMPLOYMENT BENEFIT FOR PNC/NC

[ASK IF EMPLOY=1]

EMPLOYBEN

LISTENING TO MOTHERS IV

Did you have paid sick time or other workplace benefits that enabled you to take paid time off to attend prenatal visits?

- 1, Yes
- 2, No
- 98, I don't know
- 99, I'd prefer not to answer

WORKPLACE ACCOMMODATIONS NEEDED/CA Q2703

[ASK IF EMPLOY=1]

EMPLOYCHANGE

At your workplace during your pregnancy, did you need temporary changes in your working conditions to support a healthy pregnancy? Examples include: changes that enabled you to carry a water bottle, work seated, take frequent bathroom breaks, or avoid lifting heavy objects.

- 1, Yes, I needed some temporary workplace changes for a healthy pregnancy
- 2, No, I did not need temporary workplace changes for a healthy pregnancy
- 98, I don't know
- 99, I'd prefer not to answer

WORKPLACE ACCOMMODATIONS RECEIVED/CA Q2704

[ASK IF EMPLOYCHANGE=1]

EMPLOYCHANGE1

Did your employer adjust your job conditions to support a healthy pregnancy?

- 1, Yes, fully
- 2, Yes, partially
- 3, No, not at all
- 99, I'd prefer not to answer

Pregnancy Conditions

PREGNANCY PHQ-4/CA Q925c/Q3325

[ASK ALL]

BOTHER

During your recent pregnancy, how often were you bothered by...?

		Always	Usually	Sometimes	Never	I'd prefer not to answer
--	--	--------	---------	-----------	-------	--------------------------

1	Feeling nervous, anxious, or on edge					
2	Not being able to stop or control worrying					
3	Having little interest or pleasure in doing things					
4	Feeling down, depressed or hopeless					

PRENATAL MMH SUPPORT/CA Q1460c/1435/Q1240

[ASK ALL]

MENTALSUPPORT

During your recent pregnancy, did you receive any counseling or therapy for emotional or mental well-being from a health professional (for example, from a social worker, psychologist, psychiatrist, OBGYN, doula, midwife, etc.)?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

PRENATAL MMH MEDICATIONS/CA Q1470c

[ASK ALL]

MENTALSUPPORT

During your recent pregnancy, did you take any medicine for your emotional or mental well-being? *Select all that apply.*

- 1, Yes, for anxiety
- 2, Yes, for depression
- 3, Yes, for substance use disorder
- 4, Yes, for something else, please specify
- 5, No
- 99, I'd prefer not to answer

PREGNANCY NEW CONDITIONS/CA Q925c/Q3325

[ASK ALL]

PREGCONDITION

During your recent pregnancy, did a health professional tell you that you had developed any of the following? Select all that apply.

- 1, Gestational diabetes (high blood sugar that comes on during pregnancy)
- 2, Gestational hypertension/pregnancy-induced hypertension or PIH (high blood pressure that comes on during pregnancy)
- 3, Anemia (lower-than-normal amount of red blood cells or related conditions)
- 4, Pre-eclampsia
- 5, HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets) syndrome
- 6, Blood clotting disorders (low platelets, blood clot/embolism, etc.)
- 7, Placenta previa
- 8, Hyperemesis gravidarum (severe nausea and vomiting)
- 9, Other pregnancy conditions, please specify
- 10, No
- 99, I'd prefer not to answer

Big Baby

ULTRASOUND PREDICTED LARGE/CA Q855c

[ASK ALL]

BIGBABY1

Near the end of your pregnancy, did your maternity care provider tell you that your baby might be getting quite large?

- 1, Yes
- 2, No
- 98, I don't know
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF BIGBABY1=1]

BIGBABY2

Did your maternity care provider make a recommendation to address the size of the baby?

- 1, Yes, a labor induction
- 2, Yes, a C-section
- 3, Yes, something else (please specify)
- 4, No
- 98, I don't know
- 99, I'd prefer not to answer

LISTENING TO MOTHERS IV

Baby due date/birth date

BABY DUE DATE/CA Q865c

[ASK ALL]

DUE DATE

A "due date" is a maternity care provider's estimate of when your baby will be born.

What was your baby's estimated due date? (If you were given different due dates, please give the estimate made earlier in your pregnancy.)

Drop down with month, day, year. Cap year at 202_ with 2-5 as options

BABY BIRTH DATE/CA

[ASK ALL]

BIRTH DATE

What is [CHILDNAME]'s birth date?

Drop down with month and day only

PREGNANCY WEIGHT GAIN/CA Q1825/1515

[ASK ALL]

PREGWEIGHT

As best as you can remember, what was **your** weight just before you gave birth?

Option for lbs and kilos with numeric type in

CURRENT WEIGHT/CA Q1910/1610

[ASK ALL]

CURRWEIGHT

What is your **current** weight?

Option for lbs and kilos with numeric type in

Intrapartum

Doula Support

DOULA AT BIRTH/CA Q1105c/Q830

[ASK ALL]

DOULA

The following questions are about your experiences around the time of [CHILDNAME]'s birth.

LISTENING TO MOTHERS IV

A doula is a trained professional who provides informational, physical, emotional, and/or spiritual support, and advocates for a person during birth, and often before and after as well.

A doula is NOT a nurse, midwife, or doctor.

A doula is NOT a partner, spouse, other family member, or friend.

Did you get support from a doula when you gave birth to [CHILDNAME]?
Select all that apply

- 1, Yes, during my pregnancy
- 2, Yes, in the hospital when I gave birth
- 3, Yes, after my birth when I was home with the baby
- 4, No
- 99, I'd prefer not to answer

DOULA PREGNANCY/NC

[ASK IF DOULA=1]

DOULA1

How did your doula support you during your pregnancy? *Select all that apply.*

- 1, Visited me at my home
- 2, Came with me to one or more prenatal visits
- 3, Texted me
- 4, Called me on the phone
- 5, Had video calls
- 6, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

DOULA POSTPARTUM/NC

[ASK IF DOULA=3]

DOULA2

How did your doula support you after the birth when you were home with your baby? *Select all that apply.*

- 1, Visited me at my home
- 2, Came with me to one or more postpartum visits
- 3, Texted me
- 4, Called me on the phone
- 5, Had video calls
- 6, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

DOULA EXPERIENCE/NC

[ASK IF DOULA=1,2,3]

DOULA3

How would you describe your experience of being supported by your doula to a friend?

Open end

99,I'd prefer not to answer

[ASK ALL]

OTHERSUPPORT

When you gave birth in the hospital to [CHILDNAME], were the following with you for support? *Select all that apply.*

1,My spouse or partner

2,Another family member or friend

3,None of the above

99,I'd prefer not to answer

Labor Induction

SDM INDUCTION SCREENER/CA Q1150/Q870 [1215cff California birth after cesarean SDM sequence

[ASK ALL]

INDUCE

By "inducing labor," we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

Did your maternity care provider speak with you about inducing your labor **for no other reason except because it was around your due date (that is, around full term or the 39th week of pregnancy)?**

1,Yes

2,No

98,I don't know

99,I'd prefer not to answer

SDM INDUCTION Q1/CA Q1570 ENDORSED SDM SERIES

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE1

How much did your maternity care provider talk about inducing your labor **for no other reason except because it was around your due date (or full term or the 39th week of pregnancy)?**

LISTENING TO MOTHERS IV

Reminder: By “inducing labor,” we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- 1,A lot
- 2,Some
- 3,A little
- 4 ,Not at all
- 99,I’d prefer not to answer

SDM INDUCTION Q2/CA Q1575 ENDORSED SDM SERIES

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE2

How much did your maternity care provider talk about **not inducing** your labor **for no other reason except** because it was around your due date (or full term or the 39th week of pregnancy)?

Reminder: By “inducing labor,” we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- 1,A lot
- 2,Some
- 3,A little
- 4 ,Not at all
- 99,I’d prefer not to answer

SDM INDUCTION Q3/CA Q1580 ENDORSED SDM SERIES

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE3

Did your maternity care provider talk about waiting for labor to begin on its own as something that you should seriously consider?

Reminder: By “inducing labor,” we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- 1,Yes
- 2,No
- 99,I’d prefer not to answer

SDM INDUCTION Q4/CA Q1560 ENDORSED SDM SERIES

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE4

Did your maternity care provider ask **if you wanted your labor induced for no other reason except** because it was around your due date (or full term or the 39th week of pregnancy)?

Reminder: By "inducing labor," we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

SDM INDUCTION WHETHER PROVIDER EXPRESSED OPINION/CA Q1590

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE5

Did your maternity care provider recommend whether or not your labor should be induced **for no other reason except** because it was around your due date (or full term or the 39th week of pregnancy)?

Reminder: By "inducing labor," we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- 1, Yes, my provider thought my labor should be induced
- 2, Yes, my provider thought my labor should not be induced
- 3, No, my provider did not make a recommendation
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF INDUCE5=1]

INDUCE6

Why did your maternity care provider think it could be good to induce your labor at that time?

Reminder: By "inducing labor," we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- Open end
- 99, I'd prefer not to answer

SDM INDUCTION DECISION LOCUS/CA Q1605

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE7

Who made the final decision about whether or not your labor was induced **for no other reason except** because it was around your due date (or full term or the 39th week of pregnancy)?

Reminder: By "inducing labor," we mean having a maternity care provider use medicine or some other way to try to start regular labor contractions before they start on their own.

- 1, My decision
- 2, My maternity care provider's decision
- 3, We made the decision together
- 99, I'd prefer not to answer

Self-induction

WHETHER TRIED TO SELF-INDUCE/CA Q1150/Q870

[ASK ALL]

SELFINDUCE

Did you try to self-induce your labor before [CHILDNAME]'s birth? That is, did you do anything to try to cause your labor to begin before it started on its own?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

WHETHER SELF-INDUCTION WORKED/CA Q2503/885

[ASK IF SELFINDUCE=1]

SELFINDUCE1

Did your self-induction start your labor?

- 1, Yes
- 2, No
- 3, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

WHY TRIED TO SELF-INDUCE/CA Q1150/Q870

[ASK IF SELF-INDUCE=1]

SELFINDUCE2

Why did you try to self-induce your labor? *Select all that apply.*

- 1, There was a concern about my health

- 2, There was a concern about the baby's health
- 3, It was around my due date (or full term or 39th week of pregnancy)
- 4, I wanted to get the pregnancy over with
- 5, I wanted to give birth with a specific provider
- 6, I was trying to avoid a medical induction of labor
- 7, I wanted to control the timing of my birth for other reasons (such as a job or visiting family)
- 97, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

Medical Induction

WHETHER EXPERIENCED MEDICAL INDUCTION/CA Q1110c/1150

[ASK ALL]

MEDINDUCE

Did your maternity care provider try to induce your labor in any way? That is, use medicine or some other method to try to start regular labor contractions – before they started on their own?

- 1, Yes
- 2, No
- 3, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

MEDICAL INDUCTION METHODS/CA Q1111c/905/430

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE1

What did your maternity care provider do to try to start your labor? *Select all that apply.*

- 1, Break your bag of water with a small tool like a crochet hook (**before labor**)
- 2, Insert a finger into your cervix to "sweep" or "strip" the membranes loose
- 3, Put an inflatable bulb in your cervix (Foley balloon)
- 4, Give you Pitocin ("pit" or synthetic oxytocin through an intravenous (IV) line (**before labor**))
- 5, Place medicine (gel, pouch, tablet) near your cervix
- 6, Give you a tablet by mouth
- 7, Direct you to try non-medical approaches (for example walking, castor oil, etc)
- 8, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

MEDICAL INDUCTION EFFECT/CA Q1112c/910/1670

[ASK IF MEDINDUCE=1]

LISTENING TO MOTHERS IV

MEDINDUCE2

Did medicine or other methods start your labor?

- 1, Yes
- 2, No
- 3, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

MEDICAL INDUCTION REASON/CA Q1113c/915/435

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE3

Why did your maternity care providers try to cause your labor to begin? *Select all that apply.*

- 1, There was a concern about my health
- 2, There was a concern about the baby's health
- 3, It was around my due date (or full term or pregnancy week 39)
- 4, My maternity care provider was concerned that the baby was too big
- 5, I wanted to get the pregnancy over with
- 6, I wanted to give birth with a specific provider
- 7, I wanted to control the timing of my birth for other reasons (such as a job or visiting family)
- 97, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

MEDICAL INDUCTION TIME/NC

[ASK IF MEDINDUCE2=1]

MEDINDUCE4

About how many hours did it take from the time your labor induction began until you were experiencing regular contractions? Please give your best estimate.

- Numeric hours
- 99, I'd prefer not to answer

MEDICAL INDUCTION TIME/NC

[ASK IF MEDINDUCE2=2]

MEDINDUCE5

About how many hours did it take from the time your labor induction began until the decision was made to stop trying to induce your labor? Please give your best estimate.

- Numeric hours
- 99, I'd prefer not to answer

LISTENING TO MOTHERS IV

Mode of Birth

MODE OF BIRTH FOR PREVIOUS BIRTHS/CA Q1210c/1225

[ASK IF NUMB_BIRTH=>1]

MODE

You mentioned earlier that you gave birth [number] time/times [program number and singular or plural] before you gave birth to [CHILDNAME]. How did you give birth...?

The first time

- 1,Vaginal birth
- 2,Cesarean birth (c-section)
- 99,I'd prefer not to answer

Repeated for each birth based on NUMB_BIRTH

INDEX MODE OF BIRTH/CA Q1115c/Q815

[ASK ALL]

MODE2023

When you gave birth to [CHILDNAME], was it a ...?

- 1,Vaginal birth
- 2,Cesarean birth (c-section)
- 99,I'd prefer not to answer

PRELABOR OR IN-LABOR CESAREAN/CA Q1120c/825/503

[ASK IF MODE2023=2]

CSECTIONTYPE

Was your cesarean birth ...?

- 1,Planned ahead of time and scheduled before you went into labor
- 2,Unplanned
- 3,Something else, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

[ASK IF MODE2023=2]

LABCSEC

Did you experience regular labor contractions in the period before your cesarean (C-section?)

- 1,Yes
- 2,No
- 99,I'd prefer not to answer

LISTENING TO MOTHERS IV

PLANNED CESAREAN REASON/CA Q503

[ASK IF CSECTIONTYPE=1]

PLANNEDC

Why did you have a planned cesarean before going into labor? *What reason best applies to your situation?*

- 1, I had a prior cesarean birth [SHOW ONLY IF MODE=2 for 1+ previous birth]
- 2, My baby was not doing well and needed to be born soon
- 3, Because of my health problem, my baby needed to be born soon
- 4, My baby was in the wrong position
- 5, My maternity care provider was concerned that the baby was too big
- 6, I was encouraged to plan a cesarean due to my larger size
- 7, There was a problem with the placenta
- 8, It was past my due date
- 9, Some other reason, please specify
- 10, There was no medical reason
- 99, I'd prefer not to answer

ROUTINE REPEAT EXPLANATION/NC

[ASK IF MODE=2 AND PLANNEDC=1]

REPEATCSEC

How was your need for a repeat cesarean explained to you?

TEXT BOX

VBAC CHOICE/NC Q1265/1060

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2]

VBACCHOICE

In your recent birth, did you have the option of planning a vaginal birth after cesarean (sometimes called VBAC or "vee-back")?

- 1, Yes
- 2, No
- 3, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

INTEREST IN VBAC OPTION/NC Q1270/1065

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2]

VBACINTEREST

Were you interested in the option of planning a vaginal birth for [CHILDNAME]?

- 1, Yes

LISTENING TO MOTHERS IV

2, No
99, I'd prefer not to answer

SEEK VBAC ARRANGEMENTS/NC

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2 AND
VBACINTEREST=1]

VBACEFFORT

Did you do anything to be able to plan a VBAC?

- 1, Yes, I tried to find a willing maternity care provider
- 2, Yes, I tried to find a willing hospital
- 3, Yes, something else, please specify (examples: lifestyle changes, VBAC class, etc.)
- 4, No, nothing
- 99, I'd prefer not to answer

VBAC UNAVAILABLE/CA 1/070/1275

[ASK IF VBACCHOICE=2 AND VBACINTEREST=1]

VBACACCESS

Why didn't you have the option of vaginal birth after cesarean? *Select all that apply.*

- 1, My maternity care provider was unwilling to support a VBAC
- 2, My hospital was unwilling to allow a VBAC
- 3, I needed to have a cesarean birth for a medical reason other than my past cesarean
- 4, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

UNPLANNED CESAREAN REASON/CA

[ASK IF CSECTIONTYPE=2]

UNPLANNEDREASON

Why did you have an unplanned cesarean? What reason best applies to your situation?

- 1, Labor was taking too long
- 2, The baby was not doing well in labor
- 3, Because of my health problem, the baby needed to be born soon
- 4, Some other medical reason, please specify
- 5, There was no medical reason
- 99, I'd prefer not to answer

SPONTANEOUS ASSISTED/CA Q1215/820

[ASK IF MODE2023=1]

LISTENING TO MOTHERS IV

VAGASSIST

Was it a vaginal birth with...?

- 1, Vacuum cup to help the baby out
- 2, Forceps to help the baby out
- 3, Neither
- 99, I'd prefer not to answer

Intrapartum Interventions

DRUG-FREE PAIN RELIEF/CA Q1147c/1195/945

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

DRUGFREE

Which of the following **"drug-free" methods** did you use for comfort and pain relief in the hospital during labor? *Select all that apply.*

- 1, Sitting or soaking in a tub or pool
- 2, Shower
- 3, Use of a large inflated "birth ball" or "peanut ball"
- 4, Hot or cold objects (such as a heating pad or ice pack) applied to my body
- 5, Position changes and/or movement
- 6, Mental methods (such as meditation, visualization, hypnosis, etc.)
- 7, Hands-on methods (such as massages, stroking, acupuncture, etc.)
- 8, Breathing methods
- 9, Prayer
- 10, Some other method, please specify
- 11, I did not use any drug-free pain relief methods while giving birth
- 99, I'd prefer not to answer

PAIN MEDICATIONS/CA Q1145c/1185/935/450

[ASK ALL]

PAINMEDS

Which of the following **pain medicines** were used at any time while you were giving birth? *Select all that apply.*

- 1, Epidural or spinal (medicine delivered into the spinal column)
- 2, Nitrous oxide gas (not oxygen) breathed through a mask or mouthpiece while remaining conscious
- 3, Narcotics (such as Demerol or Stadol, by intravenous (IV) line or spray in your nose)
- 4, General anesthesia (you were "put to sleep" - no sensation, no conscious)
- 5, Pudendal or other local blocks (injections into the vagina or cervix)
- 6, Used pain medicine but not sure what
- 7, I did not use any pain medicine while giving birth

LISTENING TO MOTHERS IV

99,I'd prefer not to answer

FETAL MONITORING/CA Q1125c/2505/855pp

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

FETALMON

During your labor, how did your care team keep track of your baby's heartbeat? *Select all that apply.*

- 1,They used an electronic fetal monitor (or "EFM"), a machine with sensors around your belly or inside your cervix attached to your baby's scalp
 - 2,Someone listened with a handheld device (such as a "Doppler" or stethoscope)
 - 3,Something else, please specify
 - 4 ,I'm not sure
- 99,I'd prefer not to answer

CESAREAN CO-INTERVENTIONS/CA Q1140c/Q850

[ASK IF LABCSEC=2]

CSECTIONINT

Before your cesarean, did you experience the following? Select all that apply.

- 1,You got intravenous (IV) fluids through a vein in your arm or hand
 - 2,A tube (catheter) was inserted into your bladder to remove urine
- 99,I'd prefer not to answer

LABOR INTERVENTIONS/CA Q1130c/850

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

LABORINT

During your labor, did you experience any of the following? Select all that apply.

- 1,A care team member broke your bag of water **after labor contractions had begun**
 - 2,You got intravenous (IV) fluids through a vein in your arm or hand
 - 3,You were given the drug Pitocin ("Pit" or synthetic oxytocin) to speed up labor **after labor contractions had begun**
 - 4,A tube (catheter) was inserted into your bladder to remove urine
 - 5,You had one or more vaginal exams to check how much your cervix was open/dilated
 - 6, None of the above
- 99,I'd prefer not to answer

DILATION AT ADMISSION/CA Q1133c/1143

[ASK IF LABORINT=5]

VAGEXAM

When you were admitted to the hospital and had your **first vaginal exam**, how many centimeters was your cervix dilated (opened)?

__ centimeters (range to be 0-10)

1,I'm not sure

99,I'd prefer not to answer

AMBULATION IN LABOR/CA Q1135c/1175/920

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

LABORWALK

After you were admitted to the hospital and you were in labor having regular contractions, did you walk around at all before giving birth?

1,Yes

2,No

3,I was unable to walk in any case due to a prior condition (for example, spinal cord injury)

99,I'd prefer not to answer

NPO LABOR RESTRICTIONS/CA Q1180/925/442

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

LABORPERMIT

Apart from any medicines, while in the hospital during labor, did you ...?

	Yes	No, and I wasn't interested	No, I was interested but was not allowed	Other, please specify	I'd prefer not to answer
1 Drink anything before you gave birth (beyond ice chips or popsicles)					
2 Eat anything before you gave birth (beyond ice chips or popsicles)					

Second stage

TYPE OF BIRTH ATTENDANT/CA Q1165c/1305/1105

[ASK ALL]

BIRTHATTEND

Which type of maternity care provider mainly delivered [CHILDNAME]?

- 1,An obstetrician-gynecologist (could be called OB, OB-GYN, maternal-fetal medicine doctor)
- 2,A family medicine doctor (could be called FP)
- 3,A doctor but I'm not sure what kind
- 4,A midwife (could be called CNM)
- 5,A nurse who is **not** a midwife (ex. nurse practitioner (NP), registered nurse (RN), etc.)
- 6,A physician assistant or physician associate (PA)
- 7,I'm not sure
- 99,I'd prefer not to answer

[ASK ALL]

ATTENDSTUDENT

Was the maternity care provider that delivered your baby a student?

Note: medical residents are *not* considered students. Students refer to medical or midwifery students.

- 1,Yes
- 2,No
- 3,I'm not sure
- 99,I'd prefer not to answer

EPISIOTOMY/CA Q1130c/1180/850

[ASK IF MODE2023=1]

EPIST

When you were pushing your baby out just before birth, did a health professional cut an episiotomy, that is, make a cut to enlarge the opening to your vagina?

- 1,Yes
- 2,No
- 3,I'm not sure
- 99,I'd prefer not to answer

EPISIOTOMY CHOICE/CA Q1132c/1145/852

[ASK IF EPIST=1]

LISTENING TO MOTHERS IV

EPISTCHOICE

Did you have a choice about whether you had an episiotomy?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

SECOND STAGE POSITION/CA Q1150c/1215/1015

[ASK IF MODE2023=1]

POSITION

What was the **main** position you used **while pushing** before the birth of your baby?

- 1, Lying on my back
- 2, With my back propped up (semi-sitting)
- 3, Upright (for example, squatting or sitting)
- 4, Lying on my side
- 5, On my hands and knees
- 97, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

SECOND STAGE POSITION/CA Q1150c/1215/1015

[ASK IF MODE2023=1]

POSITION2

Did you use any other positions while pushing your baby before the birth?
Select all that apply. [PROGRAM WITHOUT THE SELECTED POSITION RESPONSE]

- 1, Lying on my back
- 2, With my back propped up (semi-sitting)
- 3, Upright (for example, squatting or sitting)
- 4, Lying on my side
- 5, On my hands and knees
- 6, No, no other positions
- 97, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

SECOND STAGE POSITION CHOICE/CA

[ASK IF MODE2023=1]

POSITIONCHOICE

Were you able to use your position of choice when you were pushing your baby out and giving birth?

- 1, Yes

- 2, No
- 3, I'm not sure whether I had a choice
- 99, I'd prefer not to answer

LENGTH OF LABOR/CA Q1155c/1115
[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

LABORLENGTH

How long was your labor? That is, about how many hours was it from when you began to have regular contractions (whether at home or in the hospital) until your baby was born? Please give your best estimate.

- __ hours (range 0-168)
- 99, I'd prefer not to answer

BABY BIRTHWEIGHT/CA Q1170c/1820/1510/820
[ASK ALL]

BIRTHWEIGHT

As best as you can remember, how much did your baby weigh at birth?

[_] pounds [RANGE 0-25] [_] ounces [RANGE 0-15]

OR

[_] grams [RANGE 0-9000]

[ASK ALL]

AGEBIRTH

[ASK ALL]

How old were you on the day you gave birth to [CHILDNAME]?

[_] years old

In Hospital After Birth

PERINEAL SUTURING/CA Q1140/850
[ASK IF MODE2023=1]

SUTURE

After your baby was born, did a health professional stitch you near the opening of your vagina to repair a tear or cut?

- 1, Yes
- 2, No
- 3, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

GOLDEN HOUR/CA Q1176c/1325-30/1125
[ASK ALL]

GOLDENHOUR

LISTENING TO MOTHERS IV

During the first hour after birth, where was your baby most of the time?

- 1, In my arms or on my chest
- 2, In arms or on chest of my partner/spouse
- 3, With staff for routine newborn care
- 4, With staff for special care
- 5, I'm not sure
- 97, Somewhere else, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

WHETHER SKIN-TO-SKIN/CA Q1176c/1325-30/1125

[ASK IF GOLDENHOUR=1,2]

SKIN

When your baby was in your arms or on your chest/in the arms or on the chest of your partner/spouse, was there ...?

- 1, "Skin-to-skin" contact with no clothing or blanket between the two of you/them
- 2, Clothing or blanket between the two of you/them
- 3, I'm not sure
- 99, I'd prefer not to answer

BABY LOCATION IN HOSPITAL/CA Q1335/1130

[ASK ALL]

HOSPLOC

After the first hour after birth, where did your baby stay most of the time while in the hospital?

- 1, With you (sometimes known as "rooming-in")
- 2, Sometimes with you, sometimes in the nursery
- 3, Always or almost always in the nursery, but not in the NICU
- 4, In the newborn intensive care unit (NICU)
- 99, I'd prefer not to answer

BABY NICU STAY/CA Q1195c/1181c/18355

[ASK ALL]

NICU

During your baby's hospital stay, did your baby spend **any time** in the newborn intensive care Unit ("NICU")?

- 1, Yes, for the entire time in the hospital
- 2, Yes, for part of the time in the hospital
- 3, No, never in NICU
- 4, I'm not sure

LISTENING TO MOTHERS IV

99,I'd prefer not to answer

BIRTHING PERSON LOS/CA Q1190c/2540

[ASK ALL]

DAYSHOSP

From going in to leaving, how many days were you in the hospital for your recent birth?

NUMERIC ANSWER

1,I'm not sure

99,I'd prefer not to answer

BABY LOS/CA Q2540

[ASK ALL]

BABYHOSP

After birth, how long did your baby stay in the hospital?

NUMERIC ANSWER days

1,I'm not sure

99,I'd prefer not to answer

Respect and Mistreatment (entire section, ask all)

*The following questions are about **your experience in the hospital when you gave birth to [CHILDNAME]. By "providers," we mean health professionals who were involved in your care,**" including doctors, nurses, and midwives. (Select one response for each question)*

Respect/Dignity: Respect/BV PCMC-US

RESPECT

Did your providers treat you with respect?

1,No, never

2,Yes, a few times

3,Yes, most of the time

4,Yes, all the time

99,I'd prefer not to answer

Respect/Dignity: Knowledge Valued/BV PCMC-US

KNOWLEDGE

Did you feel your experience and knowledge were valued?

1,No, never

LISTENING TO MOTHERS IV

- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Dignity: Customs/BV PCMC-US

CUSTOMS

Did you feel your customs and culture were respected by your providers?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 5, Not applicable, I have no particular customs
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Communication: Heard/BV PCMC-US

HEARD

Did you feel heard and listened to by your providers?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Communication: Decisions/BV PCMC-US

DECISIONS

Did your providers involve you in decisions about your care?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Communication: Consent/BV PCMC-US

CONSENT

Did your providers or other staff ask your permission/consent before touching or doing procedures on you?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time

- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Communication: Informed/BV PCMC-US

INFORMED

Did you feel informed about what was happening to you during your childbirth?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Responsive: Timeliness/ BV PCMC-US

TIMELINESS

Did you feel your providers responded in a timely manner when you requested assistance?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 5, Not applicable, I did not request assistance
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Dignity: Neglect/BV PCMC-US (reverse score)

NEGLECT

Did you feel your providers avoided, ignored, or otherwise neglected you?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Responsive: Trust/BV PCMC-US

TRUST

Did you feel you could completely trust your providers with regards to your care?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time

- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Responsive: Feeding/BV PCMC-US

FEEDING

Did you receive the support you needed (e.g., lactation support) to reach your feeding goals for your baby?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Responsive: Safe/BV PCMC-US

SAFE

In general, did you feel physically safe in the place you gave birth?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

Respect/Dignity: Discrimination/BV PCMC-US (reverse score)

DISCRIMINATION

Would you say you were discriminated against because of your race, ethnicity, culture, sex, gender, sexual orientation, language, immigration status, religion, income, education, age, marital status, number of children, insurance status, or anything else?

- 1, No, never
- 2, Yes, a few times
- 3, Yes, most of the time
- 4, Yes, all the time
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF DISCRIMINATION=2,3,4]

Discrimination/BA PCMC-US tool did not have this secondary question

DISCRIMINATION1

Were you discriminated against because of your ...? *Select all that apply.*

- 1, Race
- 2, Ethnicity

LISTENING TO MOTHERS IV

- 3,Culture
- 4,Sex
- 5,Gender
- 6,Sexual orientation
- 7,Language
- 8,Immigration status
- 9,Religion
- 10,Income
- 11,Education
- 12,Age
- 13,Marital status
- 14,Number of children
- 15,Insurance status
- 16,Disability
- 17,I don't know why I was discriminated against
- 97,Other, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

DISCRIMINATION2

If you would like to share more about your experience with discrimination, please type here

OPEN END

99,I'd prefer not to answer

Postpartum

Postpartum Visits

The next questions are about any postpartum care that you received after your recent birth.

NUMBER OF PP VISITS/CA Q1405c/1420/1230/624

[ASK ALL]

PPVISIT

Between the time you left the hospital and 12 weeks after your baby's birth, **how many office visits** did you have with a **maternity care provider**?

__ (RANGE 0-15)

99,I'd prefer not to answer

TIMING FIRST PP VISIT

[ASK IFPP VISIT>=1]

LISTENING TO MOTHERS IV

PPVISITTIME

[IF JUST 1 PP VISIT:] When did you have your postpartum visit? Your best estimate will do. OR [IF 2+ PP VISITS] When did you have your earliest postpartum visit? Your best estimate will do.

__ weeks after birth (RANGE 1-12)

CONTENT OF PP VISITS/CA Q1415c/3055/1425/1245

[ASK IF PPVISIT >= 1]

VISITTOPIC

During your postpartum visit(s) in the first 12 weeks after your baby's birth, were you given enough information about ...?

	Yes, definitely	No, and I needed this information	No, but I did not need this information	I'm not sure	I'd prefer not to answer
1 Healthy eating					
2 Resuming physical activity					
3 Experiencing emotional distress					
4 Changes in your sexual response and feelings					
5 Contraceptive care					
6 Infant feeding					
7 Recovery from childbirth					

Infant Feeding

The next questions are about feeding your baby.

PLANNED INFANT FEEDING/CA Q870c/Q1135/535

LISTENING TO MOTHERS IV

[ASK ALL]

PLANNEDFEED

As you came to the end of your pregnancy, how did you want to feed your baby? *Select all that apply.*

- 1, Breast milk
- 2, Formula
- 3, Unsure
- 99, I'd prefer not to answer

HOSPITAL BF SUPPORT/CA Q1185c/Q1350/1145

[ASK IF PLANNEDFEED CONTAINS 1]

HOSPFEED

Did the nurses and other staff at the hospital where you gave birth ...? *Select all that apply.*

- 1, Help you get started with breastfeeding when you and your baby were ready
- 2, Encourage you to feed whenever your baby was interested ("on demand")
- 3, Show you how to position your baby for a good latch
- 4, Give you any free formula samples, coupons, or other offers
- 5, Tell you about breastfeeding support resources in the community
- 6, Give your baby a pacifier
- 7, Provide your baby with formula or water to supplement your breast milk
- 8, Give your baby formula without your permission
- 9, Provide guidance about pumping and storing your milk
- 10, Connect you with a lactation specialist
- 11, None of these
- 99, I'd prefer not to answer

INFANT FEEDING AT 1 WEEK/CA 1186c/Q1355/1150

[ASK ALL]

FEED1WEEK

One week after you gave birth, how were you feeding your baby? *Select all that apply.*

- 1, Breast milk
- 2, Formula
- 99, I'd prefer not to answer

CURRENT INFANT FEEDING/CA 1510c/Q1360/1155

[ASK ALL]

CURRENTFEED

How are you currently feeding your baby? *Select all that apply.*

- 1, Breast milk
- 2, Formula
- 3, Other liquids (e.g., cow's milk, juice)
- 4, Solid food
- 99, I'd prefer not to answer

EXCLUSIVE BF DURATION/CA 1515c/Q1365/1160

[ASK IF FEED1WEEK=1 ONLY, AND CURRENTFEED INCLUDES 2, 3 AND/OR 4]

EXCLUSIVBF

How long did you continue to feed your baby breast milk only (with no formula or other liquids and no solid food)?

__ weeks (RANGE 1-70)

98, I'm not sure

99, I'd prefer not to answer

BREASTFEEDING GOAL/CA 1525c/3160

[ASK IF FEED1WEEK=1 ONLY, AND CURRENTFEED INCLUDES 2, 3 AND/OR 4]

EXCLBFGOAL

Did you feed your baby breast milk only (with no formula or other liquids and no solid food) as long as you wanted to?

1, Yes

2, No

99, I'd prefer not to answer

AGE AT FULL WEANING/CA XXXc/Q1360/1155

[ASK IF FEED1WEEK=1 AND CURRENTFEED≠1]

WEAN

About how old was your baby when you stopped feeding any breast milk - that is, when your baby was fully weaned?

__ weeks (RANGE 1-87)

99, I'd prefer not to answer

BREASTFEEDING GOAL/CA 1525c/3160

[ASK IF FEED1WEEK=1 AND CURRENTFEED≠1]

BFGOAL

Did you feed your baby some breast milk as long as you wanted to?

1, Yes

2, No

99, I'd prefer not to answer

Postpartum Morbidities

POSTPARTUM PHQ-4/CA Q1430/Q3325

[ASK ALL]

PPBOTHER

In the first 12 weeks after your recent birth, how often were you bothered by ...?

	Always	Usually	Sometimes	Never	I'd prefer not to answer
1 Feeling nervous, anxious, or on edge					
2 Not being able to stop or control worrying					
3 Having little interest or pleasure in doing things					
4 Feeling down, depressed, or hopeless					

POSTPARTUM MMH SUPPORT/CA Q1460c

[ASK ALL]

PPTHERAPY

Since giving birth, have you received any **counseling or therapy for emotional or mental well-being** from a health professional (for example, a social worker, psychologist, psychiatrist, OB GYN, doula, midwife, etc.)?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

POSTPARTUM MMH MEDICATIONS/CA Q1470c

[ASK ALL]

PPMEDS

Since giving birth, have you taken any medicine for your emotional or mental well-being? Select all that apply.

- 1, Yes, for anxiety
- 2, Yes, for depression
- 3, Yes, for substance use disorder
- 4, Yes, for something else, please specify
- 5, No
- 99, I'd prefer not to answer

Narrative Positives and Negatives

WENTWELL

[ASK ALL]

Went well/NC

Looking back, what things **went very well** during your recent prenatal, childbirth, and/or postpartum care?

[TEXT BOX, with space to encourage details]

99, I'd prefer not to answer

DIDNTGOWELL

[ASK ALL]

Didn't go well/NC

Looking back, what things **did not go well** during your recent prenatal, childbirth, and/or postpartum care?

[TEXT BOX, with space to encourage details]

99, I'd prefer not to answer

Social Needs

SOCIAL NEEDS PREGNANCY/BA WellRx

[ASK ALL]

LISTENING TO MOTHERS IV

SOCIALNEED

At any time **during your recent pregnancy**, did you experience the following?
Select all that apply.

- 1, You or others you lived with ate smaller meals or skipped meals because you didn't have enough money for food
- 2, You were homeless or worried you might become homeless in the future
- 3, You had trouble paying for your utilities (gas, electric, phone)
- 4, You had trouble finding or paying for a ride/transportation
- 5, You needed daycare, or better daycare, for your kids
- 6, You were unemployed or without regular income
- 7, You were concerned about someone in your home using drugs or alcohol
- 8, You felt unsafe in your daily life
- 9, Someone in your home was threatening or abusing you
- 10, None of the above
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=1]

SNMEAL

Is money for food a concern now?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=2]

SNLIVE

Is having a place to live a concern now?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=3]

SNUTILITIES

Is paying for utilities a concern now?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=4]

SNTRANSPORT

Is getting where you need to go a concern now?

LISTENING TO MOTHERS IV

1, Yes
2, No
99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=5]

SNCHILDCARE

Is daycare/childcare a concern now?

1, Yes
2, No
99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=6]

SNINCOME

Is having regular income a concern now?

1, Yes
2, No
99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=7]

SNDRUGS

Are you concerned now about someone in your home using drugs or alcohol?

1, Yes
2, No
99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=8]

SNUNSAFE

Do you feel unsafe in your daily life now?

1, Yes
2, No
99, I'd prefer not to answer

[ASK IF SOCIALNEED=9]

SNABUSE

Is someone in your home threatening or abusing you now?

1, Yes
2, No
99, I'd prefer not to answer

ANYTHING ELSE OPEN-END/NC

[ASK ALL],

ANYTHINGELSE

Is there anything else about your pregnancy and birth experiences, good or bad, that you'd like to share with us? We would be grateful for as many details as you care to share.

Open End

99,I'd prefer not to answer

Demographics

Lastly, to help us understand your views and experiences, please tell us more about yourself. As a reminder, survey reports will not reveal the identity of individual survey participants.

Birth Location

[ASK ALL]

STATE

What state did you live in when you gave birth to [CHILDNAME]?

DROP DOWN WITH PUERTO RICO

AGECHECK

[ASK ALL]

How old are you?

_____ years old

MEDI

[ASK IF STATE = CALIFORNIA]

Is your health insurance Medi-Cal?

1,Yes

2,No

98,I don't know

99, I'd prefer not to answer

[ASK ALL]

ZIP

Please enter the zip code you lived in when you gave birth to [CHILDNAME].

99998,I cannot remember what zip code I lived in

Race/Ethnicity

R/E HIGH-LEVEL/BA (2023 OMB)

[ASK ALL]

RACE

What is your race or ethnicity? *Select all that apply.*

- 1, White
- 2, Hispanic or Latina
- 3, Black or African American
- 4, Asian
- 5, American Indian or Alaskan Native
- 6, Middle Eastern or North African
- 7, Native Hawaiian or Pacific Islander
- 99, I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR WHITE/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=1]

WHITE

Enter additional White details in the spaces below. *Note, you may choose more than one group.*

- 1, German
- 2, Irish
- 3, English
- 4, Italian
- 5, Polish
- 6, French
- 97, Other, please specify
- 99, I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR Hispanic or Latina/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=2]

HISPANIC

Enter additional Hispanic or Latina details in the spaces below. *Note, you may choose more than one group.*

- 1, Mexican or Mexican-American
- 2, Puerto Rican
- 3, Cuban
- 4, Salvadoran
- 5, Dominican
- 6, Colombian

97,Other, please specify
99,I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR Black or African America/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=3]

BLACK

Enter additional Black or African American details in the spaces below. *Note, you may choose more than one group.*

- 1,African American
- 2,Jamaican
- 3,Haitian
- 4,Nigerian
- 5,Ethiopian
- 6,Somali
- 97,Other, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR Asian/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=4]

ASIAN

Enter additional Asian details in the spaces below. *Note, you may choose more than one group.*

- 1,Chinese
- 2,Filipino
- 3,Asian Indian
- 4,Vietnamese
- 5,Korean
- 6,Japanese
- 97,Other, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR American Indian or Alaska Native/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=5]

AIAN

Enter your American Indian or Alaska Native tribal affiliation in the spaces below. *Note, you may write in more than one group.*

Text box
99,I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR Middle Eastern or North African/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=6]

LISTENING TO MOTHERS IV

MENA

Enter additional Middle Eastern or North African details in the spaces below.
Note, you may choose more than one group.

- 1,Lebanese
- 2,Iranian
- 3,Egyptian
- 4,Syrian
- 5,Moroccan
- 6,Israeli
- 7,Palestinian
- 97,Other, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

R/E GRANULAR Native Hawaiian or Pacific Islander/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=7]

NHPI

Enter additional Native Hawaiian or Pacific Islander details in the spaces below.
Note, you may choose more than one group.

- 1,Native Hawaiian
- 2,Samoan
- 3,Chamorro
- 4,Tongan
- 5,Fijian
- 6,Marshallese
- 97,Other, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

Family in Household Size (for FPL-like calculation)

FAMILY SIZE/NC

[ASK ALL]

FAMSIZE

Including yourself, how many adults (18 years or older) in your family are living in your household? *Don't count any adults in the household who are not in your family.*

Numeric Answer [PERMIT 1-8]

99,I'd prefer not to answer

Including [CHILDNAME], how many children (less than 18 years old) in your family are living in your household? *Don't count any children in the household who are not in your family.*

Numeric Answer [PERMIT 1-10]
99,I'd prefer not to answer

Income

TOTAL FAMILY INCOME

[ASK ALL]

INCOME

To the best of your knowledge, what was your total family income from all sources before taxes during the past 12 months? That is, all sources of income from the people counted in the last question.

\$ Numeric Answer

99,I'd prefer not to answer

Insurance for birth

COVERAGE FOR INDEX BIRTH

[ASK ALL]

INSUR

What kind of health insurance coverage paid for your childbirth? Select all that apply.

- 1,Private health insurance (paid for by you, someone else, or through a job)
- 2,Medicaid or CHIP (Child Health Insurance Program)
- 3,TRICARE or other military health care
- 4,Indian Health Service or tribal
- 5,Other, please specify
- 6,I had no health insurance for my recent birth
- 99,I'd prefer not to answer

Education

HIGHEST ATTAINED EDUCATION/BV (US Census)

[ASK ALL]

EDUC

What is the highest degree or level of education you have completed?

- 1,No schooling completed
- 2,Nursery school
- 3,Grades 1 through 11
- 4,12th grade, no diploma
- 5,Regular high school diploma
- 6,GED or alternative credential
- 7,Vocational or trade school

LISTENING TO MOTHERS IV

- 8,Some college credit, but less than 1 year of college
- 9,1 or more years of college credit, no degree
- 10,Associates degree (for example: AA)
- 11,Bachelor's degree (for example: BA, BS)
- 12,Master's degree (for example: MA, MS, Meng, MSW, MBA)
- 13,Professional degree beyond bachelor's degree (for example: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
- 14,Doctorate degree (for example: PhD, EdD)
- 99,I'd prefer not to answer

Nativity

COUNTRY OF BIRTH/BA (ACS)

[ASK ALL]

BIRTHCOUNTRY

In which country were you born?

- 1,In the United States
- 2,Outside the United States, please specify country:
- 99,I'd prefer not to answer

YEAR OF IMMIGRATION/ACS

[ASK IF BIRTHCOUNTRY=2]

IMMIGRATION

In which year did you come to live in the United States (50 states plus DC)?

YEAR [Text box] [Range 1965-2023]

99,I'd prefer not to answer

Language

ENGLISH PROFICIENCY/BV (ACS)

[ASK ALL]

ENGPROF

How well do you speak English?

- 1,Very well
- 2,Well
- 3,Not well
- 4,Not at all
- 99,I'd prefer not to answer

LANGUAGE AT HOME/BV (ACS)

[ASK ALL]

LANGHOME

LISTENING TO MOTHERS IV

What language is mainly spoken in your home? Select all that apply.

- 1,English
- 2,Some other language, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

Spouse/Partner Status

RELATIONSHIP STATUS/BV (ACS)

[ASK ALL]

RELATIONSHIP

At the time you gave birth to [CHILDNAME], were you ...?

- 1,Married
- 2,Unmarried, with a committed partner
- 3,Separated, divorced or widowed
- 4,Single, never married
- 99,I'd prefer not to answer

PARTNER/SPOUSE RESIDENCE/NC

[ASK IF RELATIONSHIP=1,2]

LIVARRANGE

At the time you gave birth to [CHILDNAME], was your spouse/partner...?

- 1,Living with you in the same household
- 2,Living elsewhere
- 99,I'd prefer not to answer

PARTNER/SPOUSE BABY RELATIONSHIP/NC

[ASK IF RELATIONSHIP=1,2]

PARTRELATION

Is your spouse/partner...?

- 1,A biological parent of that baby
- 2,A non-biological parent of that baby
- 3,Not a parent of that baby
- 4,Not sure
- 99,I'd prefer not to answer

Disability

BV ACS

[ASK ALL]

DEAF

LISTENING TO MOTHERS IV

Are you deaf or do you have serious difficulty hearing?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

BV ACS
[ASK ALL]

BLIND

Are you blind or do you have serious difficulty seeing even when wearing glasses?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

BV ACS
[ASK ALL]

CONCENTRATE

Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

BV ACS
[ASK ALL]

WALK

Do you have difficulty walking or climbing stairs?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

BV ACS
[ASK ALL]

BATHE

Do you have difficulty dressing or bathing?

- 1, Yes
- 2, No
- 99, I'd prefer not to answer

BVACS

[ASK ALL]

ALONE

Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have difficulty doing errands alone, such as visiting a doctor's office or shopping?

1, Yes

2, No

99, I'd prefer not to answer

[ASK ALL]

DISABLETECH

Do you have a mental or physical condition, impairment, or disability that affects your daily activities or requires you to use equipment or technology?

1, Yes

2, No

99, I'd prefer not to answer

[ASK IF DISABLETECH=1]

DISABILITYCOND

What is the main condition or conditions that impact your life?

Text box

99, I'd prefer not to answer

[ASK IF INPUTS TEXT INTO DISABILITYCOND]

DISABLEYRS

How long, in years, has this condition affected your life?
numeric answer up to age of respondent

Sexual Orientation/Gender Identity (SOGI)

SEXUAL ORIENTATION/BA (CAP)

[ASK ALL]

SEXORIENT

Which of the following best represents how you think of yourself?

1, Lesbian or gay

2, Straight

3, Bisexual

4, Pansexual

5, Queer

6, Asexual

- 7,Two-Spirit [SHOW IF RACE=5]
- 8,No specific label, but not straight
- 97,I use a different term, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

GENDER IDENTITY/BA (CAP)

[ASK ALL]

GENDER

What is your current gender?

- 1,Female
- 2,Male
- 3,Nonbinary, genderqueer, gender-nonconforming, or agender
- 4,Two-Spirit [SHOW IF RACE=5]
- 99,I'd prefer not to answer

TRANS IDENTITY/BA (CAP)

[ASK ALL]

TRANS

Do you consider yourself to be transgender?

- 1,Yes
- 2,No
- 3,Not sure
- 99,I'd prefer not to answer

Political Ideology

POLITICAL IDEOLOGY/CA

[ASK ALL]

POLIT

Where do you position yourself on a range of political views?

- 1,Very conservative
- 2,Conservative
- 3,Moderate
- 4,Liberal
- 5,Very liberal
- 97,Other, please specify
- 99,I'd prefer not to answer

[ASK ALL]

FOLLOWUP

That completes the survey! Thank you for answering our questions. Your answers will be widely used to help improve the health of mothers and babies.

Please provide your email address so we can send your \$30 gift card. You should receive an email with a link to access your gift card within the next two weeks. Your email will remain confidential and will not be stored along with your survey answers.

Text box for email address

1, I do not wish to receive a gift card

[ASK ALL]

FOLLOWUP2

Please provide your contact information for access to the second survey. If completed, you will receive an additional gift card. Results of that survey as well will be widely used to improve maternity experiences and maternal-infant health.

1. Email: _____

2, Phone _____

3, Not interested [EXCLUSIVE]



Escuchemos a las Mamás IV

Informe de la Cuarta Encuesta Nacional
de los Estados Unidos sobre las
Experiencias de Maternidad de las Mujeres

Primavera 2026



A. Introducción a la encuesta

INTRO

Bienvenidos a la Encuesta Nacional Escuchando a las Madres IV.

Esta encuesta recopila información de madres sobre sus experiencias de maternidad. **Su participación es VOLUNTARIA. Sus respuestas se mantendrán privadas y confidenciales.** Nadie sabrá cómo responde. Los resultados de la encuesta se combinan y solo se publican en conjunto o en grupos grandes. Su nombre nunca se relacionará con sus respuestas.

Sus respuestas a las preguntas de esta encuesta serán utilizadas por la "National Partnership for Women & Families" (Asociación Nacional para Mujeres y Familias) y por otros que trabajan para mejorar el bienestar de madres y las familias, incluyendo defensores y responsables de la toma de decisiones. Los informes finales también estarán disponibles en <https://nationalpartnership.org/LTM4> a inicios de 2026.

Esta encuesta consiste en dos cuestionarios, Al aceptar participar en esta encuesta, esperamos que usted complete nuestro primer cuestionario pronto, y otro en algunas semanas. La contactaremos para que complete el segundo cuestionario. Cada cuestionario debería tomar de 30 a 45 minutos en completarse. Por favor, responda con sinceridad. No tiene que responder a ninguna pregunta que le genere incomodidad. También puede volver para terminar su encuesta más tarde si no puede completarla en una sesión. Al final de la encuesta, encontrará un enlace a nuestro sitio web, que proporciona información sobre esta encuesta, así como recursos relacionados con el parto y las experiencias posparto.

Si califica y completa el primer cuestionario con respuestas honestas, recibirá una tarjeta de regalo de \$30.00 como agradecimiento por su tiempo. Recibirá otra tarjeta de regalo al finalizar el segundo cuestionario.

Para acceder al segundo cuestionario y recibir la compensación, se le solicitará su información de contacto. Sus respuestas e información de contacto serán confidenciales y no se asociarán de ninguna manera con sus respuestas.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para acceder a la encuesta, puede ponerse en contacto con la directora del proyecto, Cecelia Stewart en el correo electrónico: cstewart@marketdecisions.com o por teléfono: 1-800-293-1538 ext. 1620.

Al hacer clic en "Acepto", declara haber leído este formulario y estar de acuerdo en participar en ambos cuestionarios relacionados con esta encuesta. Puede imprimir una copia de esta página para sus archivos.

1. Acepto participar en la encuesta.
2. NO acepto participar en la encuesta. [TERMINATE]

QUALIFY

Preguntas preliminares (Evaluación)

LANG IDIOMA

¿En qué idioma prefiere completar esta encuesta?

- 1 Inglés
- 2 Español [PIPE TO SPANISH VERSION]

AGE EDAD

¿Cuántos años tiene?
-- [TERMINAR SI <18]

SCREEN

¿Ha dado a luz en una o más veces?

- 1 Sí
- 2 No [TERMINAR]

SCREEN1

¿Cuántas veces ha dado a luz?

_| (drop down per analyst suggestion) 0-15

SCREEN2

¿En qué años nacieron sus hijos?

[present spaces for the number of births identified in previous Q]

Año de nacimiento

Escuchemos a las Mamás IV

Niño/Niña1,
Niño/Niña2, etc.

[CREATE VARIABLE HERE CALLED YEARBIRTH - HAVE IT BE MOST RECENT BIRTH]
[TERMINATE AT END OF SCREENER IF NO 2023 or 2024 BIRTH]

SCREEN3

¿En [año del nacimiento más reciente] dónde nació su bebé?

- 1.Hogar
- 2.Centro de maternidad [TERMINATE]
- 3.Hospital [TERMINATE]
- 4.Algún otro lugar [TERMINATE]

SCREEN4

¿En [año del nacimiento más reciente], dio a luz a?

- 1.A un solo bebé
- 2.Gemelos [TERMINATE]
- 3.Trillizos o más [TERMINATE]

SCREEN5

¿En qué país nació su [año del nacimiento más reciente]?

- 1.Estados Unidos
- 2.Otro país [por favor especifique] _____ [TERMINATE]

SCREEN6

¿Su hijo nacido en [año del nacimiento más reciente] vive con usted ahora?

- 1.Si
- 2.No [TERMINATE]

Por cada opción finalizar [TERMINATE], no finalice inmediatamente. Todos deben completar las preguntas de selección, y luego finalizar.

SI CALIFICA CHILDNAME

Gracias por esta información. Le invitamos a compartir sus experiencias con su bebé nacido en [2023 o 2024]. Por favor, proporcione una forma para referirse a este embarazo/niño en su hogar durante esta encuesta. Puede ser el nombre

Escuchemos a las Mamás IV

del niño, un apodo, o cualquier otro término apropiado para identificarlo o a su embarazo. *Por ejemplo, "Miguel", "Jessica," o "Niño 1"*
[TEXT BOX]

[If ineligible] Gracias por esta información.

B. Preguntas de la encuesta

Preguntas de verificación de atención

Preguntas de verificación de atención se han incorporado aleatoriamente a lo largo de la encuesta (esto puede variar para cada encuesta). Las preguntas son las siguientes:

Es importante para nosotros garantizar la precisión de las respuestas que recopilamos. Por ello, seleccione "Muy en desacuerdo" de las siguientes opciones para continuar con la encuesta.

Muy de acuerdo
Un poco de acuerdo
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
Un poco en desacuerdo
Muy en desacuerdo
Prefiero no responder

Es importante para nosotros garantizar la precisión de las respuestas que recopilamos. Por ello, seleccione "Prioridad baja" de las siguientes opciones para continuar con la encuesta.

No es una prioridad
Prioridad baja
Prioridad media
Prioridad moderada
Prioridad alta
Prioridad esencial
Prefiero no responder

Es importante para nosotros garantizar la precisión de las respuestas que recopilamos. Por ello, seleccione "Algo preocupada" de las siguientes opciones para continuar con la encuesta.

Nada preocupada

Escuchemos a las Mamás IV

Un poco preocupada
Algo preocupada
Moderadamente preocupada
Extremadamente preocupada
Prefiero no responder

Preembarazo

NUMBER OF BIRTHS/CA Q610/Q697/214]

[ASK ALL]

NUMB_BIRTH

NÚMERO DE NACIMIENTOS/CA Q610/Q697/214]

[ASK ALL]

NUMB_BIRTH

Incluyendo el nacimiento de [CHILD-NAME]'s, ¿cuántas veces en total ha dado a luz?

Drop down with 1-15 and I'd prefer not to answer

PREGNANCY INTENTION/CA Q615/Q605]

[ASK ALL]

PREG_INT

INTENCIÓN DE EMBARAZO/CA Q615/Q605]

[ASK ALL]

PREG_INT

Con respecto a su reciente embarazo, ¿estaba buscando quedar embarazada?

- 1 Sí, pero esperaba quedar embarazada antes.
- 2 Sí, quería quedar embarazada en ese momento.
- 3 Sí, pero esperaba quedar embarazada más adelante.
- 4 No, no quería quedar embarazada ni entonces ni en el futuro.
- 99 Prefiero no contestar.

PRE-PREGNANCY PHYSICAL CONDITIONS/CA

[ASK ALL]

PREPREG_PHYSCOND

CONDICIONES FÍSICAS PREVIAS AL EMBARAZO/CA

[ASK ALL]

PREPREG_PHYSCOND

Escuchemos a las Mamás IV

Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de [CHILDNAME] ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud física?

- 1 Presión arterial alta
- 2 Diabetes (tipo 1 o 2)
- 3 Otra condición de salud física. Por favor, especifique:
- 4 No tuve ningún problema de salud física antes de quedar embarazada.
- 99 Prefiero no contestar.

PRE-PREGNANCY MENTAL HEALTH CONDITIONS/CA

[ASK ALL]

PREPREG_MHCOND

CONDICIONES DE SALUD MENTAL PREVIAS AL EMBARAZO/CA

[ASK ALL]

PREPREG_MHCOND

Durante los tres meses antes de quedar embarazada de [CHILDNAME]

¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud mental? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Depresión o tristeza
- 2 Ansiedad, preocupación o estrés
- 3 Trastorno por consumo de sustancias
- 4 Efecto continuado de un acontecimiento traumático (ejemplos: catástrofe natural, pérdida de un familiar)
- 5 Otra condición de salud mental. Por favor, especifique:
- 6 No tuve problemas de salud mental antes de quedar embarazada.
- 99 Prefiero no contestar.

PRE-PREGNANCY WEIGHT/CA

[ASK ALL]

PREPREG_WEIGHT

PESO ANTES DEL EMBARAZO/CA

[ASK ALL]

PREPREG_WEIGHT

Según recuerda, ¿cuál era su peso **justo antes** de quedar embarazada de [CHILDNAME]?

Introduzca texto numérico (incluya libras o kilos si es posible).

Escuchemos a las Mamás IV

HEIGHT
[ASK ALL]

HEIGHT

¿Cuál es su estatura?

Introduzca texto numérico (incluya pulgadas o cm si es posible).

Pies (ft)

Pulgadas (in)

Embarazo

Atención prenatal

WEEKS PREGNANT LEARNED/VISIT/CV Q650/Q2510

[ASK ALL]

LEARNED

SEMANAS DE EMBARAZO APRENDIDA/VISITA/CV Q650/Q2510

[ASK ALL]

LEARNED

Según recuerda, ¿de cuántas semanas estaba cuando...? (*Si no recuerda con exactitud, bastará con su mejor estimado*).

Utilice el primer día de su último período menstrual antes del embarazo como día 1 de la semana 1.

LEARNED1

APRENDIÓ1

...supo que estaba embarazada?

__ semanas de embarazo (texto numérico)

99 Prefiero no contestar.

LEARNED2

APRENDIÓ2

...tuvo su primera consulta prenatal?

Escuchemos a las Mamás IV

__ semanas de embarazo (texto numérico)

- 1 No tuve ninguna consulta prenatal. [PASAR A PRIOREDUC]
- 99 Prefiero no contestar.

FIRST VISIT DESIRED TIMING/CA Q655

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

FIRSTVISIT

PRIMERA VISITA TIEMPO DESEADA/CA Q655

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

FIRSTVISIT

Durante su reciente embarazo, ¿tuvo su primera consulta prenatal tan pronto como deseaba?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

WHY NO EARLIER PNC/CA Q660

[ASK IF FIRSTVISIT=2]

NOPRENATAL

POR QUÉ NO HAY PNC/CA Q660

[PREGUNTAR SI PRIMERA VISITA=2]

NOPRENATAL

¿Por qué no pudo acudir a su primera consulta prenatal tan pronto como deseaba? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 La primera cita disponible era más tarde de lo que yo quería.
- 2 Mi profesional de maternidad no quiso verme hasta que mi embarazo estuviera más avanzado.
- 3 Aún no contaba con seguro médico de Medicaid (MediCal, MassHealth, etc.).
- 4 Aún no contaba con un seguro médico privado (por ejemplo, a través de la empresa donde trabaja, o del Mercado de Seguros Médicos o "Marketplace").
- 5 Tardé en encontrar un lugar que aceptara Medicaid.
- 6 Tardé en encontrar un lugar que aceptara nuevos pacientes.
- 7 Tardé en encontrar un lugar donde quería que me atendieran.
- 8 No podía ausentarme de mi trabajo remunerado ni de mis estudios.
- 9 No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico.
- 10 Me dijeron que era de alto riesgo y no me aceptaron como paciente.

Escuchemos a las Mamás IV

- 11 Me preocupaba sentir que no me protegían o respetaban.
- 12 Me dijeron que mi embarazo ya estaba muy avanzado.
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL PROVIDER TYPE/CA Q805c/630

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

PROVIDER

TIPO DE PROVEEDOR PRENATAL/CA Q805c/630

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

PROVIDER

¿Qué tipo de proveedor de atención de maternidad le brindó atención **con mayor frecuencia** durante su embarazo más reciente?

- 1 Especialista en obstetricia-ginecología (Puede llamarse OB, OBGYN o especialista en medicina materno-fetal).
- 2 Especialista en medicina de familia (Puede llamarse FP).
- 3 Médico/a, pero no sé de qué especialidad.
- 4 Partero/a (Puede llamarse CNM).
- 5 Enfermero/a práctica (NP) u otro/a enfermero/a que no fuera partero/a
- 6 Un asistente médico o un médico asociado (PA)
- 7 Prefiero no contestar.

PRENATAL PROVIDER CHOICE/CA Q705c

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

PROVIDERCHOICE

ELECCIÓN DE PROVEEDOR PRENATAL/CA Q705c

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

PROVIDERCHOICE

¿Tuvo la posibilidad de elegir su profesional de maternidad para recibir atención durante el embarazo (atención prenatal)?

- 1 Sí, pude elegir y generalmente vi a una misma persona.
- 2 Sí, pude elegir y generalmente vi a miembros de un equipo pequeño.
- 3 No, no pude elegir; me asignaron mi profesional de atención a la maternidad.
- 99 Prefiero no contestar.

Escuchemos a las Mamás IV

PNC SETTING/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARESETTING

LUGAR DE ATENCIÓN PNC/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARESETTING

¿En qué centro recibió regularmente atención prenatal? *Seleccione todo lo que corresponda.*

Si usted tuvo visitas virtuales o remotas, díganos donde estaban ubicados sus proveedores.

- 1 Hospital
- 2 Consultorio médico privado
- 3 Centro de salud comunitario
- 4 Clínica del departamento de salud local o del condado
- 5 Centro de salud de "Planned Parenthood"
- 6 Clínica móvil
- 7 Centro de maternidad (no en un hospital)
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

Atención prenatal - Estructura y modalidad espacial

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARETYPE

ESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRENATAL MODALIDAD/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARETYPE

¿Qué tipo de atención prenatal recibió? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Consultas prenatales individuales
- 2 Atención prenatal en grupo junto con otras personas embarazadas
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY CHOICE/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARETYPE1

ESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRENATAL/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CARETYPE1

Escuchemos a las Mamás IV

¿Pudo elegir entre consultas prenatales individuales y consultas prenatales en grupo?

- 1 Sí
- 2 No
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL CARE SPATIAL MODALITY/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CAREMODE

ATENCIÓN PRENATAL MODALIDAD ESPACIAL/NC

[ASK ALL EXCEPT LEARNED2=1]

CAREMODE

¿Sus consultas prenatales fueron presenciales o teleconsultas? *Las Televisitas son citas médicas, con frecuencia en video, en su teléfono, tablet o computadora. Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Presenciales
- 2 Teleconsultas
- 99 Prefiero no contestar.

REASON FOR TELEVISITS/NC

[ASK IF CAREMODE CONTAINS 2]

WHYTELE

MOTIVO DE LAS TELEVISITAS/NC

[ASK IF CAREMODE CONTAINS 2]

WHYTELE

¿Por qué hizo teleconsultas prenatales? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Tuve dificultades con el transporte para recibir atención en persona.
- 2 Quería ahorrar tiempo de viaje.
- 3 Tenía responsabilidades de cuidado de niños.
- 4 Quería evitar contraer COVID-19.
- 5 Me resultaba más cómodo hacer teleconsultas que visitas al consultorio.
- 6 Mi profesional de atención a la maternidad prefería las teleconsultas.
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

ACCESS TO REMOTE EQUIPMENT/SUPPLIES/NC

Escuchemos a las Mamás IV

[ASK IF HAD CAREMODE CONTAINS 2]

ATHOMECARE

ACCESO A EQUIPOS REMOTOS/SUMINISTROS/NC

[ASK IF HAD CAREMODE CONTAINS 2]

ATHOMECARE

¿Disponía de equipo y material para hacer lo siguiente en sus teleconsultas?
Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Tomarse la presión arterial
- 2 Analizar su orina con tiras de papel
- 3 Pesarse
- 4 Chequear el ritmo cardíaco de su bebé
- 5 No tuve que hacer esto durante las teleconsultas.
- 6 Ninguno de los anteriores
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 1]

BPCONFID

CONFIANZA EN EL AUTOCUIDADO PRENATAL/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 1]

BPCONFID

¿Se sintió segura al tomarse la presión por su cuenta?

- 1 Sí, totalmente.
- 2 Sí, bastante.
- 3 No, en absoluto.
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 2]

URINECONFID

CONFIANZA EN EL AUTOCUIDADO PRENATAL/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 2]

URINECONFID

¿Se sintió segura al analizar su orina por su cuenta?

- 1 Sí, totalmente.
- 2 Sí, bastante.
- 3 No, en absoluto.
- 99 Prefiero no contestar.

Escuchemos a las Mamás IV

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 3]

WEIGHCONFID

CONFIANZA EN EL AUTOCUIDADO PRENATAL/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 3]

WEIGHCONFID

¿Se sintió segura al pesarse?

- 1 Sí, totalmente.
- 2 Sí, bastante.
- 3 No, en absoluto.
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL SELF-CARE CONFIDENCE/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 4]

BABYHRCONFID

CONFIANZA EN EL AUTOCUIDADO PRENATAL/NC

[ASK IF ATHOMECARE CONTAINS 4]

BABYHRCONFID

¿Se sintió segura al chequear la frecuencia cardíaca de su bebé?

- 1 Sí, totalmente.
- 2 Sí, bastante.
- 3 No, en absoluto.
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY PREFERENCE/NC

[ASK IF CARETYPE= 1 AND 2]

CARETYPEPREF

ESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRENATAL MODALIDAD PREFERENCIA/NC

[ASK IF CARETYPE= 1 AND 2]

CARETYPEPREF

¿Qué tipo de atención prenatal prefiere?

- 1 Consultas prenatales individuales
- 2 Consultas prenatales en grupo
- 3 Una combinación de ambas
- 99 Prefiero no contestar.

Escuchemos a las Mamás IV

PRENATAL CARE STRUCTURE MODALITY PREFERENCE/NC

[ASK IF CAREMODE= 1 AND 2]

CAREMODEPREF

ESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRENATAL MODALIDAD PREFERENCIA/NC

[ASK IF CAREMODE= 1 AND 2]

CAREMODEPREF

¿Qué modalidad de atención prenatal prefiere?

- 1 Consultas presenciales
- 2 Teleconsultas
- 3 Una combinación de ambas
- 99 Prefiero no contestar.

Educación sobre el parto

CHILDBIRTH EDUCATION PAST/CA

[ASK IF NUM_BIRTHS >1]

PRIOREDUC

EDUCACIÓN DEL PARTO PASADO/CA

[ASK IF NUM_BIRTHS >1]

PRIOREDUC

Durante sus embarazos anteriores (sin contar su embarazo reciente), ¿tomó alguna clase de educación sobre el parto?

- 1 Sí
- 2 No
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

CURREduc

[ASK ALL]

Durante su reciente embarazo, ¿tomó alguna clase de educación para el parto?

- 1 Sí
- 2 No
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

CHILDBIRTH EDUCATION INDEPENDENCE/CA

[ASK IF CURREduc=1]

EDUCTYPE

Escuchemos a las Mamás IV

EDUCACIÓN DEL PARTO INDEPENDENCIA/CA
[ASK IF CURREduc=1]
EDUCTYPE

¿La clase de preparación del parto que recibió durante su reciente embarazo fue...?

- 1 ¿fue proporcionada por su hospital?
- 2 ¿fue proporcionada por una persona ajena a su hospital?
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

CHILDBIRTH EDUCATION INDEPENDENCE/CA
[ASK IF CURREduc=1]

EDUCMODE
EDUCACIÓN DEL PARTO INDEPENDENCIA/CA
[ASK IF CURREduc=1]
EDUCMODE

¿El parto que recibí durante su reciente embarazo fue...? Seleccione todas las que correspondan.

- 1 ...presencial, en un hospital u otro centro médico
- 2 ...presencial, en la comunidad (no en un entorno médico)
- 3 ...a distancia/en línea, proporcionada por un hospital, consultorio médico, etc.
- 4 ...a distancia/en línea, proporcionada por una persona independiente que ofrece formación sobre el parto
- 99 Prefiero no contestar.

CHILDBIRTH EDUCATION IMPACT/CA
[ASK IF CURREduc=1]

EDUCIMPACT
IMPACTO DE LA EDUCACIÓN DEL PARTO/CA
[ASK IF CURREduc=1]
EDUCIMPACT

¿Cómo le impactó su clase de preparación al parto? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

- 1 Me ayudó a entender lo que pasaría en el hospital.
- 2 Me ayudó a comprender los procesos corporales del parto.
- 3 Me ayudó a sentir más confianza a la hora de dar a luz.

Escuchemos a las Mamás IV

- 4 Me generó mayor preocupación por el parto.
- 5 Ayudó a mi cónyuge/pareja a entender lo que yo iba a experimentar.
- 6 No tuvo ningún efecto.
- 97 Otra cosa. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

Lugar de trabajo y embarazo

EMPLOYED DURING PREGNANCY/CA Q1305

[ASK ALL]

EMPLOY

EMPLEADA DURANTE EL EMBARAZO/CA Q1305

[ASK ALL]

EMPLOY

¿Trabajó durante su último embarazo?

- 1 Sí, trabajando para otro(s).
- 2 Sí, por cuenta propia o de manera autónoma (independiente).
- 3 No trabajé.
- 99 Prefiero no contestar.

EMPLOYED DURING PREGNANCY HOURS/CA Q1305

[ASK IF EMPLOY=1,2]

EMPLOYHOURS

EMPLEADA DURANTE EL EMBARAZO, HORAS/CA Q1305

[ASK IF EMPLOY=1,2]

EMPLOYHOURS

¿Trabajó a tiempo completo o a tiempo parcial?

- 1 Trabajé a tiempo parcial (menos de 35 horas semanales).
- 2 Trabajé a tiempo completo (35 horas semanales o más).
- 99 Prefiero no contestar.

EMPLOYMENT BENEFIT FOR PNC/NC

[ASK IF EMPLOY=1]

EMPLOYBEN

BENEFICIO DE EMPLEO PARA PNC/NC

[ASK IF EMPLOY=1]

EMPLOYBEN

Escuchemos a las Mamás IV

¿Su empleo le permitió tomarse tiempo libre pagado para acudir a las consultas prenatales?

- 1 Sí
- 2 No
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

WORKPLACE ACCOMMODATIONS NEEDED/CA Q2703

[ASK IF EMPLOY=1]

EMPLOYCHANGE

ADAPTACIONES NECESARIAS EN EL LUGAR DE TRABAJO/CA Q2703

[ASK IF EMPLOY=1]

EMPLOYCHANGE

Durante el embarazo, ¿tuvo que solicitar cambios temporales en sus condiciones laborales para tener un embarazo saludable? Algunos ejemplos son: cambios que le permitieron llevar una botella de agua, trabajar sentada, hacer frecuentes pausas para ir al baño o evitar levantar objetos pesados.

- 1 Sí, solicité algunos cambios temporales en el lugar de trabajo para tener un embarazo saludable.
- 2 No, no necesité cambios temporales en el lugar de trabajo para tener un embarazo saludable.
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

WORKPLACE ACCOMMODATIONS RECEIVED/CA Q2704

[ASK IF EMPLOYCHANGE=1]

EMPLOYCHANGE1

ADAPTACIONES RECIBIDAS EN EL LUGAR DE TRABAJO/CA Q2704

[ASK IF EMPLOYCHANGE=1]

EMPLOYCHANGE1

¿Adaptó su entidad empleadora las condiciones de trabajo para que usted tuviera un embarazo saludable?

- 1 Sí, completamente.
- 2 Sí, parcialmente.
- 3 No, en absoluto.
- 99 Prefiero no contestar.

Condiciones del embarazo

PREGNANCY PHQ-4/CA Q925c/Q3325

[ASK ALL]

BOTHER

EMBARAZO PHQ-4/CA Q925c/Q3325

[ASK ALL]

BOTHER

Durante su reciente embarazo, ¿con qué frecuencia experimentó algo de lo siguiente?

		Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca	Prefiero no contestar
1	Nerviosismo, ansiedad o inquietud					
2	No poder detener o controlar la preocupación					
3	Poco interés o placer en hacer cosas					

4	Sentimientos de tristeza, depresión o desesperación					
---	---	--	--	--	--	--

PRENATAL MMH SUPPORT/CA Q1460c/1435/Q1240

[ASK ALL]

MENTALSUPPORT

APOYO PRENATAL MMH/CA Q1460c/1435/Q1240

[ASK ALL]

MENTALSUPPORT

Durante su reciente embarazo, ¿recibió algún asesoramiento o alguna terapia para el bienestar emocional o mental de un/a profesional de salud (por ejemplo, de un/a trabajador/a social, psicólogo/a, psiquiatra, ginecólogo/a, doula, partero/a, etc.)?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

PRENATAL MMH MEDICATIONS/CA Q1470c

[ASK ALL]

MENTALSUPPORT

MEDICAMENTOS PRENATALES MMH/CA Q1470c

[ASK ALL]

MENTALSUPPORT

Durante su reciente embarazo, ¿tomó algún medicamento para su bienestar emocional o mental? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Sí, para la ansiedad.
- 2 Sí, para la depresión.
- 3 Sí, para trastornos por consumo de sustancias.
- 4 Sí, para otra cosa. Por favor, especifique:
- 5 No tomé nada.
- 99 Prefiero no contestar.

PREGNANCY NEW CONDITIONS/CA Q925c/Q3325

[ASK ALL]

PREGCONDITION

EMBARAZO NUEVAS CONDICIONES/CA Q925c/Q3325

[ASK ALL]

Escuchemos a las Mamás IV

PREGCONDITION

Durante su reciente embarazo, ¿le dijo su profesional de la salud que usted había desarrollado alguna de las siguientes enfermedades? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Diabetes gestacional (hiperglucemia que aparece durante el embarazo)
- 2 Hipertensión gestacional/hipertensión inducida por el embarazo o PIH (hipertensión arterial que aparece durante el embarazo)
- 3 Anemia (cantidad de glóbulos rojos inferior a la normal o afecciones relacionadas)
- 4 Preeclampsia
- 5 Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas)
- 6 Trastornos de la coagulación sanguínea (plaquetas bajas, coágulos/embolias, etc.)
- 7 Placenta previa
- 8 Hiperémesis gravídica (náuseas y vómitos intensos)
- 9 Otras condiciones del embarazo. Por favor, especifique:
- 8 No
- 99 Prefiero no contestar.

Bebé grande

ULTRASOUND PREDICTED LARGE/CA Q855c

[PREGUNTAR A TODOS] BIGBABY1

Hacia el final del embarazo, ¿le dijo su profesional de la salud que su bebé podría estar creciendo mucho?

- 1 Sí
- 2 No
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF BIGBABY1=1]

BIGBABY2 (NO TRANSLATION)

¿Le hizo alguna recomendación su profesional de maternidad en relación con el tamaño del bebé?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Sí, una inducción del parto.
- 2 Sí, una cesárea.
- 3 Sí, otra cosa. Por favor, especifique:
- 4 No me hizo ninguna recomendación.
- 98 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

Fecha prevista de nacimiento

BABY DUE DATE/CA Q865c

[ASK ALL]

DUE DATE

FECHA PROGRAMADA PARA EL PARTO DEL BEBÉ/CA Q865c

[ASK ALL]

DUE DATE

La "fecha prevista del parto" es la estimación que hace el/la profesional de la maternidad acerca de cuándo nacerá su bebé.

¿Cuál era la fecha prevista del parto? (Si le dieron fechas de parto diferentes, indique la estimación hecha al principio del embarazo).

Menú desplegable con mes, día y año. Año tope en 202_ con 2-5 como opciones

BABY BIRTH DATE/CA

[ASK ALL]

BIRTH DATE

FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ/CA

[ASK ALL]

BIRTH DATE

¿Cuál es la fecha de nacimiento de [CHILD-NAME]'s?

Drop down with month and day only

PREGNANCY WEIGHT GAIN/CA Q1825/1515

[ASK ALL]

PREGWEIGHT

AUMENTO DE PESO EN EL EMBARAZO/CA Q1825/1515

[ASK ALL]

PREGWEIGHT

Según recuerda, ¿cuál era su peso **justo antes** del parto?

Escuchemos a las Mamás IV

Opción para libras y kilos, y texto numérico

CURRENT WEIGHT/CA Q1910/1610

[ASK ALL]

CURRWEIGHT

PESO ACTUAL/CA Q1910/1610

[ASK ALL]

CURRWEIGHT

¿Cuál es su peso **actual**?

Opción para libras y kilos, y texto numérico

Intraparto

Asistencia de una doula

DOULA AT BIRTH/CA Q1105c/Q830

[ASK ALL]

DOULA

DOULA AL NACER/CA Q1105c/Q830

[ASK ALL]

DOULA

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias durante el nacimiento de [CHILD-NAME]

Un/a doula es una persona con formación profesional que proporciona asistencia informativa, física, emocional o espiritual, y aboga por una persona durante el parto, y a menudo también antes y después.

Un/a doula NO es enfermero/a, partero/a ni médico/a.

Una doula NO es una pareja, un cónyuge, otro familiar o amigo/a.

¿Recibió apoyo de un/a doula cuando dio a luz a [CHILD-NAME]? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Sí, durante mi embarazo.
- 2 Sí, en el hospital cuando di a luz.
- 3 Sí, después del parto, cuando estaba en casa con mi bebé.
- 4 No recibí ayuda de un/a doula.
- 99 Prefiero no contestar.

DOULA PREGNANCY/NC

Escuchemos a las Mamás IV

[ASK IF DOULA=1]

DOULA1

EMBARAZO CON DOULA/NC

[ASK IF DOULA=1]

DOULA1

¿Qué ayuda recibió de su doula durante el embarazo? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Me visitó en mi casa.
- 2 Vino conmigo a una o más consultas prenatales.
- 3 Se comunicó por mensajes de texto.
- 4 Me llamó por teléfono.
- 5 Hicimos videollamadas.
- 6 Vino conmigo a una o más visitas posparto
- 95 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

DOULA POSTPARTUM/NC

[ASK IF DOULA=3]

DOULA2

POSTPARTO CON DOULA/NC

[ASK IF DOULA=3]

DOULA2

¿Qué ayuda recibió de su doula después del parto cuando estaba en casa con su bebé? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Me visitó en mi casa.
- 2 Vino conmigo a una o más consultas posparto.
- 3 Se comunicó por mensajes de texto.
- 4 Me llamó por teléfono.
- 5 Hicimos videollamadas.
- 6 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

DOULA EXPERIENCE/NC

[ASK IF DOULA=1,2,3]

DOULA3

EXPERIENCIA CON LA DOULA/NC

[ASK IF DOULA=1,2,3]

DOULA3

¿Cómo le describiría a un/a amigo/a su experiencia con la ayuda de su doula?

Escuchemos a las Mamás IV

Respuesta abierta
99 Prefiero no contestar.

[ASK ALL]

OTHERSUPPORT

[ASK ALL]

OTRA AYUDA

Cuando dio a luz en el hospital a [CHILD-NAME], ¿tuvo la compañía de las siguientes personas como apoyo? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Mi cónyuge o pareja
- 2 Otro familiar o amigo/a
- 3 Ninguna de las anteriores
- 99 Prefiero no contestar.

Inducción del parto

SDM INDUCTION SCREENER/CA Q1150/Q870 [1215cff California birth after cesarean

SDM sequence

[ASK ALL]

INDUCE

SDM CONFIRMACIÓN DE INDUCCIÓN/CA Q1150/Q870 [1215cff

Nacimiento en California

después de una cesárea secuencia SDM

[ASK ALL]

INDUCE

Inducir el parto" nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

¿Su proveedor de atención de maternidad habló con usted acerca de inducir su parto sin ningún otro motivo excepto porque era cerca de su fecha de parto (es decir, alrededor del término o en la semana 39 de embarazo)?

- 1 Sí
- 2 No
- 8 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

SDM INDUCTION Q1/CA Q1570 ENDORSED SDM SERIES

Escuchemos a las Mamás IV

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE1

INDUCCIÓN SDM Q1/CA Q1570 SERIE SDM HOMOLOGADA/APROBADA

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE1

¿Cuánto habló su proveedor de atención de maternidad sobre inducir su parto sin ningún otro motivo excepto porque era cerca de su fecha de parto (o a término o en la semana 39 de embarazo)?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 No mucho
- 4 Nada
- 99 Prefiero no contestar.

SDM INDUCTION Q2/CA Q1575 ENDORSED SDM SERIES

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE2

INDUCCIÓN SDM Q2/CA Q1575 SERIE SDM HOMOLOGADA/APROBADA

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE2

¿Cuánto habló su proveedor de atención de maternidad sobre no inducir su parto sin ningún otro motivo excepto porque era cerca de su fecha de parto (o a término o en la semana 39 de embarazo)?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 No mucho
- 4 Nada
- 99 Prefiero no contestar.

SDM INDUCTION Q3/CA Q1580 ENDORSED SDM SERIES

Escuchemos a las Mamás IV

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE3

INDUCCIÓN SDM Q3/CA Q1580 SERIE SDM HOMOLOGADA/APROBADA

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE3

¿Le ha hablado su profesional de maternidad acerca de esperar a que el parto empiece por sí solo como algo que debería plantearse seriamente?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

SDM INDUCTION Q4/CA Q1560 ENDORSED SDM SERIES

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE4

INDUCCIÓN SDM Q4/CA Q1560 SERIE SDM HOMOLOGADA/APROBADA

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE4

¿Su proveedor de atención de maternidad le preguntó si quería que le indujeran el parto sin ningún otro motivo excepto porque era cerca de su fecha de parto (o a término o en la semana 39 de embarazo)?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

SDM INDUCTION WHETHER PROVIDER EXPRESSED OPINION/CA Q1590

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE5

INDUCCIÓN DE SDM SI EL PROVEEDOR EXPRESÓ OPINIÓN/CA Q1590

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE5

Escuchemos a las Mamás IV

¿Le recomendó su proveedor de atención de maternidad si se debe inducir o no el parto sin ningún otro motivo excepto porque era cerca de la fecha prevista de parto (o a término o en la semana 39 de embarazo)?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

- 1 Sí, mi profesional pensó que mi parto debía ser inducido.
- 2 Sí, mi profesional pensó que mi parto no debía ser inducido.
- 3 No, mi profesional no me hizo ninguna recomendación.
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF INDUCE5=1]

INDUCE6

¿Por qué pensó su profesional de maternidad que podía ser bueno inducirle el parto en ese momento?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

Respuesta abierta

- 99 Prefiero no contestar.

SDM INDUCTION DECISION LOCUS/CA Q1605

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE7

DECISIÓN DE INDUCCIÓN SDM LOCUS/CA Q1605

[ASK IF INDUCE=1]

INDUCE7

¿Quién tomó la decisión final sobre si su parto fue inducido o no sin ningún otro motivo excepto porque era cerca de la fecha prevista de parto (o a término o en la semana 39 de embarazo)?

Recordatorio: Por "inducir el parto", nos referimos a que un proveedor de atención de maternidad use medicamentos o alguna otra forma para intentar iniciar las contracciones del parto regulares antes de que comiencen por sí solas.

- 1 Fue mi decisión.
- 2 Fue decisión de mi profesional de maternidad.
- 3 Tomamos la decisión juntos.
- 99 Prefiero no contestar.

Autoinducción

WHETHER TRIED TO SELF-INDUCE/CA Q1150/Q870

[ASK ALL]

SELFINDUCE

SI INTENTÓ AUTOINDUCIRSE/CA Q1150/Q870

[ASK ALL]

SELFINDUCE

¿Intentó autoinducirse el parto antes de dar a luz a [CHILDNAME]'s? Es decir, ¿hizo algo para provocar el parto antes de que empezara por sí solo?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

WHETHER SELF-INDUCTION WORKED/CA Q2503/885

[ASK IF SELFINDUCE=1]

SELFINDUCE1

SI FUNCIONÓ LA AUTOINDUCCIÓN/CA Q2503/885

[ASK IF SELFINDUCE=1]

SELFINDUCE1

¿La autoinducción inició el parto?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

WHY TRIED TO SELF-INDUCE/CA Q1150/Q870

[ASK IF SELF-INDUCE=1]

SELFINDUCE2

Escuchemos a las Mamás IV

POR QUÉ INTENTÓ AUTOINDUCIRSE/CA Q1150/Q870
[ASK IF SELF-INDUCE=1]
SELFINDUCE2

¿Por qué intentó autoinducirse el parto? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Había preocupación por mi salud.
- 2 Había preocupación por la salud del bebé.
- 3 Fue alrededor de mi fecha prevista de parto (o término completo o 39ª semana de embarazo).
- 4 Quería terminar con el embarazo.
- 5 Quería dar a luz con un profesional específico.
- 6 Estaba intentando evitar una inducción médica del parto.
- 7 Quería controlar la fecha del parto por otras razones (como un trabajo o un compromiso familiar).
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

Inducción médica

WHETHER EXPERIENCED MEDICAL INDUCTION/CA Q1110c/1150

[ASK ALL]

MEDINDUCE

SI TIENE INDUCCIÓN MÉDICA EXPERIMENTADA/CA Q1110c/1150

[ASK ALL]

MEDINDUCE

¿Intentó su profesional inducir el parto de alguna manera? Es decir, ¿usó medicamentos o algún otro método para tratar de iniciar contracciones regulares de parto, antes de que empezaran por sí solas?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

MEDICAL INDUCTION METHODS/CA Q1111c/905/430

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE1

MÉTODOS DE INDUCCIÓN MÉDICA/CA Q1111c/905/430

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE1

Escuchemos a las Mamás IV

¿Qué hizo su profesional para intentar iniciar el parto? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Rompió su bolsa de agua (saco amniótico) con un instrumento pequeño como una aguja de ganchillo (**antes del parto**).
- 2 Introdujo un dedo en el cuello del útero para “barrer” o “desprender” las membranas.
- 3 Colocó una pera inflable en el cuello uterino (globo de Foley).
- 4 Me administró Pitocin (“pit” u oxitocina sintética por vía intravenosa (IV) (**antes del parto**).
- 5 Colocó el medicamento (gel, bolsa, pastilla) cerca del cuello uterino.
- 6 Me administró una pastilla por boca.
- 7 Me indicó que probara métodos no médicos (por ejemplo, caminar, aceite de ricino, etc.).
- 8 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

MEDICAL INDUCTION EFFECT/CA Q1112c/910/1670

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE2

EFFECTO DE LA INDUCCIÓN MÉDICA/CA Q1112c/910/1670

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE2

¿Inició el parto con medicamentos u otros métodos?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

MEDICAL INDUCTION REASON/CA Q1113c/915/435

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE3

MOTIVO DE LA INDUCCIÓN MÉDICA/CA Q1113c/915/435

[ASK IF MEDINDUCE=1]

MEDINDUCE3

¿Por qué intentaron sus profesionales de salud provocar el parto? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Había preocupación por mi salud.
- 2 Había preocupación por la salud del bebé.

Escuchemos a las Mamás IV

- 3 Fue alrededor de mi fecha de parto (o a término o semana 39ª de embarazo).
- 4 A mi profesional de maternidad le preocupaba que el bebé fuera demasiado grande.
- 5 Quería terminar con el embarazo.
- 6 Quería dar a luz con un profesional específico.
- 7 Quería controlar la fecha del parto por otras razones (como un trabajo o compromiso familiar).
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

MEDICAL INDUCTION TIME/NC

[ASK IF MEDINDUCE2=1]

MEDINDUCE4

TIEMPO DE LA INDUCCIÓN MÉDICA/NC

[ASK IF MEDINDUCE2=1]

MEDINDUCE4

Aproximadamente, ¿cuántas horas pasaron desde que comenzó la inducción del parto hasta que experimentó contracciones regulares? Indique su mejor estimación.

Horas numéricas

99 Prefiero no contestar.

MEDICAL INDUCTION TIME/NC

[ASK IF MEDINDUCE2=2]

MEDINDUCE5

TIEMPO DE LA INDUCCIÓN MÉDICA/NC

[ASK IF MEDINDUCE2=2]

MEDINDUCE5

Aproximadamente, ¿cuántas horas pasaron desde que empezó la inducción del parto hasta que se tomó la decisión de dejar de intentar inducirlo? Indique su mejor estimación.

Horas numéricas

99 Prefiero no contestar.

Modo de nacimiento

MODE OF BIRTH FOR PREVIOUS BIRTHS/CA Q1210c/1225

[ASK IF NUMB_BIRTH=>1]

MODE

Escuchemos a las Mamás IV

**MODO DE NACIMIENTO PARA NACIMIENTOS ANTERIORES/CA
Q1210c/1225
[ASK IF NUMB_BIRTH=>1]
MODE**

Antes mencionó que dio a luz [número] vez/veces [programe el número singular o plural] antes de dar a luz a [CHILDNAME]. ¿Cómo dio a luz?

La primera vez

- 1 Parto vaginal
- 2 Parto por cesárea
- 99 Prefiero no contestar.

MODE2

How did you give birth the second time?
¿Cómo dió a luz la segunda vez?

MODE3

How did you give birth the third time?
¿Cómo dió a luz por tercera vez?

MODE4

How did you give birth the fourth time?
¿Cómo dió a luz por cuarta vez?

MODE5

How did you give birth the fifth time?
¿Cómo dió a luz por quinta vez?

MODE6

How did you give birth **the sixth time**?
¿Cómo dió a luz por sexta vez?

MODE7

How did you give birth the seventh time?
¿Cómo dió a luz la séptima vez?

MODE8

How did you give birth the eighth time?
¿Cómo dió a luz la octava vez?

MODE9

How did you give birth **the ninth time**?

Escuchemos a las Mamás IV

¿Cómo dió a luz **la novena vez**?

MODE10

How did you give birth **the tenth time**?

¿Cómo dió a luz por **décima vez**?

MODE11

How did you give birth **the eleventh time**?

¿Cómo dió a luz por **décimo primera vez**?

MODE12

How did you give birth the twelfth time?

¿Cómo dió a luz por **décimo segunda vez**?

MODE13

How did you give birth **the thirteenth time**?

¿Cómo dió a luz por **décimo tercera vez**?

MODE14

How did you give birth **the fourteenth time**?

¿Cómo dió a luz por **décimo cuarta vez**?

INDEX MODE OF BIRTH/CA Q1115c/Q815

[ASK ALL]

MODE2023

ÍNDICE MODO DE NACIMIENTO/CA Q1115c/Q815

[ASK ALL]

MODE2023

¿Cuándo dio a luz a [CHILDNAME], fue un ..?

- 1 Parto vaginal
- 2 Parto por cesárea
- 99 Prefiero no contestar.

PRELABOR OR IN-LABOR CESAREAN/CA Q1120c/825/503

[ASK IF MODE2023=2]

CSECTIONTYPE

CESÁREA PREVIA AL PARTO O EN EL PARTO/CA Q1120c/825/503

[ASK IF MODE2023=2]

CSECTIONTYPE

¿Cómo fue su parto por cesárea?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Planificado con antelación y programado antes de comenzar el trabajo de parto
- 2 No planificado
- 3 De otro tipo. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF MODE2023=2]

**LABCSEC
(NO TRANSLATION)**

¿Tuvo contracciones de parto regulares en el período anterior a la cesárea?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

PLANNED CESAREAN REASON/CA Q503

[ASK IF CSECTIONTYPE=1]

**PLANNEDC
MOTIVO DE CESÁREA PLANIFICADA/CA Q503
[ASK IF CSECTIONTYPE=1]
PLANNEDC**

¿Por qué le programaron una cesárea antes de comenzar el trabajo de parto?
¿Qué razón se aplica mejor a su situación?

- 1 Tuve una cesárea anterior. [SHOW ONLY IF MODE=2]
- 2 Mi bebé no estaba bien y necesitaba nacer pronto.
- 3 Debido a mi problema de salud, mi bebé tenía que nacer pronto.
- 4 Mi bebé estaba en la posición incorrecta.
- 5 A mi profesional de maternidad le preocupaba que el bebé fuera demasiado grande.
- 6 Me recomendaron planificar una cesárea debido a mi tamaño.
- 7 Hubo un problema con la placenta.
- 8 Ya había pasado mi fecha de parto.
- 9 Otro motivo. Por favor, especifique:
- 10 No había ninguna razón médica.
- 99 Prefiero no contestar.

ROUTINE REPEAT EXPLANATION/NC

[ASK IF MODE=2 AND PLANNEDC=1]

REPEATCSEC

Escuchemos a las Mamás IV

EXPLICACIÓN DE REPETICIÓN DE RUTINA/NC
[ASK IF MODE=2 AND PLANNEDC=1]
REPEATCSEC

¿Cómo le explicaron la necesidad de repetir la cesárea?

TEXT BOX
CAJA DE TEXTO

VBAC CHOICE/NC Q1265/1060

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2]

VBACCHOICE

ELECCIÓN VBAC/NC Q1265/1060

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2]

VBACCHOICE

En su parto reciente, ¿tuvo la opción de planificar un parto vaginal después de cesárea (a veces llamado PVDC)?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

INTEREST IN VBAC OPTION/NC Q1270/1065

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2]

VBACINTEREST

INTERÉS EN OPCIÓN VBAC/NC Q1270/1065

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2]

VBACINTEREST

¿Le interesaba la opción de planificar un parto vaginal para [CHILDNAME]?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

SEEK VBAC ARRANGEMENTS/NC

[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2 AND VBACINTEREST=1]

VBACEFFORT

BUSCAR ARREGLOS VBAC/NC

Escuchemos a las Mamás IV

**[ASK IF MODE=2 FOR ANY PREVIOUS BIRTH AND MODE2023=2 AND
VBACINTEREST=1]
VBACEFFORT**

¿Hizo algo para poder planificar un PVDC?

- 1 Sí, intenté buscar ayuda de un profesional de maternidad.
- 2 Sí, traté de encontrar un hospital que lo aprobara.
- 3 Sí, otra cosa. Por favor, especifique (ejemplos: cambios en el estilo de vida, tomar una clase de PVDC, etc.):
- 4 No, nada.
- 99 Prefiero no contestar.

VBAC UNAVAILABLE/CA 1/070/1275

[ASK IF VBACCHOICE=2 AND VBACINTEREST=1]

VBACACCESS

VBAC NO DISPONIBLE/CA 1/070/1275

[ASK IF VBACCHOICE=2 AND VBACINTEREST=1]

VBACACCESS

¿Por qué no tuvo la opción de parto vaginal tras cesárea? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Mi profesional de maternidad no estaba de acuerdo con apoyar un PVDC.
- 2 Mi hospital no estaba de acuerdo con permitir un PVDC.
- 3 Tuve que dar a luz por cesárea por un motivo médico distinto a mi cesárea anterior.
- 4 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

UNPLANNED CESAREAN REASON/CA

[ASK IF CSECTIONTYPE=2]

UNPLANNEDREASON

MOTIVO DE LA CESÁREA NO PLANIFICADA/CA

[ASK IF CSECTIONTYPE=2]

UNPLANNEDREASON

¿Por qué se sometió a una cesárea no planificada? ¿Qué razón se aplica mejor a su situación?

- 1 El parto tardaba demasiado.
- 2 El bebé no iba bien en el parto.

Escuchemos a las Mamás IV

- 3 Debido a mi problema de salud, el bebé tenía que nacer pronto.
- 4 Otro motivo médico. Por favor, especifique:
- 5 No había ninguna razón médica.
- 99 Prefiero no contestar.

SPONTANEOUS ASSISTED/CA Q1215/820

[ASK IF MODE2023=1]

VAGASSIST

ASISTIDA ESPONTÁNEA/CA Q1215/820

[ASK IF MODE2023=1]

VAGASSIST

¿Se utilizó alguna ayuda durante su parto vaginal?

- 1 Sí, ventosa para ayudar a salir al bebé.
- 2 Sí, pinzas para ayudar a salir al bebé.
- 3 No, ninguna ayuda.
- 99 Prefiero no contestar.

Intervenciones intraparto

DRUG-FREE PAIN RELIEF/CA Q1147c/1195/945

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

XDRUGFREE

ALIVIO DEL DOLOR SIN MEDICAMENTOS/CA Q1147c/1195/945

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

XDRUGFREE

¿Cuál de los siguientes **métodos "sin fármacos"** utilizó para sentirse mejor y aliviar el dolor en el hospital durante el parto? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Sentarme o sumergirme en una bañera o piscina
- 2 Ducharme
- 3 Usar una gran "pelota de parto"
- 4 Objetos calientes o fríos (como una almohadilla térmica o una bolsa de hielo) aplicados al cuerpo
- 5 Cambios de posición o movimiento
- 6 Métodos mentales (como meditación, visualización, hipnosis, etc.)
- 7 Métodos prácticos (como masajes, caricias, acupresión, etc.)
- 8 Métodos de respiración
- 9 Oración
- 10 Otro método. Por favor, especifique:

Escuchemos a las Mamás IV

- 11 No utilicé ningún método analgésico sin fármacos durante el parto
99 Prefiero no contestar.

PAIN MEDICATIONS/CA Q1145c/1185/935/450

[ASK ALL]

PAINMEDS

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR/CA Q1145c/1185/935/450

[ASK ALL]

PAINMEDS

¿Cuáles de los siguientes **analgésicos** (o medicinas para el dolor) se utilizaron en algún momento durante el parto? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Epidural o espinal (medicamento administrado en la columna vertebral)
- 2 Gas de óxido nitroso (no oxígeno) respirado a través de una mascarilla o boquilla mientras se permanece consciente
- 3 Narcóticos (como Demerol o Stadol, por vía intravenosa (IV) o nasal)
- 4 Anestesia general (paciente "dormido", sin sensación ni consciencia)
- 5 Bloqueos pudendos u otros bloqueos locales (inyecciones en la vagina o el cuello uterino)
- 6 Medicamento para el dolor, pero no sé cuál
- 7 No tomé ningún analgésico durante el parto ni el alumbramiento.
- 99 Prefiero no contestar.

FETAL MONITORING/CA Q1125c/2505/855pp

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

FETALMON

MONITOREO FETAL/CA Q1125c/2505/855pp

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

FETALMON

Durante el parto, ¿cómo registró el equipo médico los latidos del corazón del bebé? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Utilizaron un monitor fetal electrónico (o "EFM"), una máquina con sensores alrededor del vientre o dentro del cuello uterino conectados al cuero cabelludo del bebé.
- 2 Escucharon con un dispositivo manual (como un "Doppler" o un estetoscopio).
- 3 Otro. Por favor, especifique:
- 4 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

CESAREAN CO-INTERVENTIONS/CA Q1140c/Q850

[ASK IF LABCSEC=2]

CSECTIONINT

CO-INTERVENCIONES DE CESÁREA/CA Q1140c/Q850

[ASK IF LABCSEC=2]

CSECTIONINT

Antes de su cesárea, ¿experimentó lo siguiente? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Le administraron líquidos por vía intravenosa a través de una vena del brazo o la mano.
- 2 Le insertaron un tubo (catéter) en la vejiga para extraer la orina.
- 99 Prefiero no contestar.

LABOR INTERVENTIONS/CA Q1130c/850

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

LABORINT

INTERVENCIONES DE PARTO/CA Q1130c/850

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

LABORINT

Durante su parto, ¿experimentó alguna de las siguientes situaciones? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Un miembro del equipo rompió su bolsa de agua (saco amniótico) **después de que comenzaran las contracciones del parto.**
- 2 Le administraron líquidos por vía intravenosa a través de una vena del brazo o la mano.
- 3 Le administraron el fármaco Pitocin ("Pit" u oxitocina sintética) para acelerar el parto **después de que comenzaran las contracciones del parto.**
- 4 Le insertaron un tubo (catéter) en la vejiga para extraer la orina.
- 5 Se sometió a uno o más exámenes vaginales para comprobar el grado de apertura/dilatación del cuello uterino.
- 6 Ninguna de las anteriores
- 99 Prefiero no contestar.

DILATION AT ADMISSION/CA Q1133c/1143

[ASK IF LABORINT=5]

VAGEXAM

Escuchemos a las Mamás IV

DILATACIÓN AL INGRESAR/CA Q1133c/1143**[ASK IF LABORINT=5]****VAGEXAM**

Cuando ingresó al hospital y le hicieron el **primer tacto o examen vaginal**, ¿cuántos centímetros tenía de dilatación (apertura) del cuello del útero?

__ centímetros (el rango debe ser 0-10)

1 No sé.

99 Prefiero no contestar.

*AMBULATION IN LABOR/CA Q1135c/1175/920***[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]****LABORWALK****AMBULACIÓN EN PARTO/CA Q1135c/1175/920****[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]****LABORWALK**

Después de ingresar al hospital y con contracciones regulares, ¿dio algún paseo antes de dar a luz?

1 Sí

2 No

3 No podía caminar en ningún caso debido a una afección previa (por ejemplo, lesión medular).

99 Prefiero no contestar.

*NPO LABOR RESTRICTIONS/CA Q1180/925/442***[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]****LABORPERMIT****RESTRICCIONES DEL PARTO NPO/CA Q1180/925/442****[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]****LABORPERMIT**

Aparte de los medicamentos, mientras estuvo en el hospital durante el parto:

	Sí	No, y no tenía ganas	No, tenía ganas, pero no me dejaron	Otro, por favor especifique	Prefiero no contestar.
1 ¿Bebió algo antes de dar a luz (aparte de					

hielo picado o paletas)?					
2 ¿Comió algo antes de dar a luz (aparte de hielo picado o paletas)?					

Segunda etapa

TYPE OF BIRTH ATTENDANT/CA Q1165c/1305/1105

[ASK ALL]

BIRTHATTEND

TIPO DE ASISTENTE DE PARTO/CA Q1165c/1305/1105

[ASK ALL]

BIRTHATTEND

¿Qué tipo de profesional de servicios de maternidad atendió principalmente el parto de [CHILDNAME]?

- 1 Especialista en ginecología-obstetricia (Puede llamarse OB, OB-GYN, especialista en medicina materno-fetal).
- 2 Especialista en medicina familiar (Puede llamarse FP).
- 3 Médico/a pero no sé de qué especialidad.
- 4 Partero/a (Puede llamarse CNM).
- 5 Enfermero/a que **no** es partero/a (por ejemplo, un/a enfermero/a práctico/a (NP), un/a enfermero/a graduado/a (RN), etc.)
- 6 Un asistente médico o un médico asociado (PA)
- 7 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK ALL]

**ATTENDSTUDENT
(NO TRANSLATION)**

El/la profesional de maternidad que atendió su parto, ¿era estudiante?

Nota: los residentes médicos no se consideran estudiantes. Estudiantes se refiere a estudiantes de medicina o partería.

- 1 Sí
- 2 No

Escuchemos a las Mamás IV

- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

EPISIOTOMY/CA Q1130c/1180/850

[ASK IF MODE2023=1]

EPIST

EPISIOTOMÍA/CA Q1130c/1180/850

[ASK IF MODE2023=1]

EPIST

Quando empujaba durante el parto, ¿le realizó un profesional sanitario una episiotomía, es decir, un corte para agrandar la abertura de la vagina?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

EPISIOTOMY CHOICE/CA Q1132c/1145/852

[ASK IF EPIST=1]

EPISTCHOICE

ELECCIÓN DE EPISIOTOMÍA/CA Q1132c/1145/852

[ASK IF EPIST=1]

EPISTCHOICE

¿Pudo elegir si le hacían una episiotomía?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

SECOND STAGE POSITION/CA Q1150c/1215/1015

[ASK IF MODE2023=1]

POSITION

POSICIÓN SEGUNDA ETAPA/CA Q1150c/1215/1015

[ASK IF MODE2023=1]

POSITION

¿Cuál fue la **postura** principal que asumió **al empujar** para dar a luz?

- 1 Recostada de espaldas
- 2 Con la espalda apoyada (semisentada)
- 3 En posición vertical (por ejemplo, en cuclillas o sentada)
- 4 Recostada de lado

Escuchemos a las Mamás IV

- 5 Sobre manos y rodillas
- 97 Otra. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

SECOND STAGE POSITION/CA Q1150c/1215/1015

[ASK IF MODE2023=1]

POSITION2

POSICIÓN SEGUNDA ETAPA/CA Q1150c/1215/1015

[ASK IF MODE2023=1]

POSITION2

¿Utilizó alguna otra postura mientras empujaba para dar a luz? *Seleccione todo lo que corresponda.* [PROGRAM WITHOUT THE SELECTED POSITION RESPONSE] [PROGRAMA SIN LA RESPUESTA DEL POSICIÓN SELECCIONADA]

- 1 Recostada de espaldas
- 2 Con la espalda apoyada (semisentada)
- 3 En posición vertical (por ejemplo, en cuclillas o sentada)
- 4 Recostada de lado
- 5 Sobre manos y rodillas
- 6 No, ninguna otra postura.
- 97 Otra. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

SECOND STAGE POSITION CHOICE/CA

[ASK IF MODE2023=1]

POSITIONCHOICE

ELECCIÓN DE POSICIÓN SEGUNDA ETAPA/CA

[ASK IF MODE2023=1]

POSITIONCHOICE

¿Pudo utilizar la postura que eligió al empujar para dar a luz?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé si podía elegir.
- 99 Prefiero no contestar.

LENGTH OF LABOR/CA Q1155c/1115

[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]

Escuchemos a las Mamás IV

LABORLENGTH
DURACIÓN DEL PARTO/CA Q1155c/1115
[ASK IF MODE2023=1 OR LABCSEC=1]
LABORLENGTH

¿Cuánto duró el parto? Es decir, ¿cuántas horas pasaron desde que empezó a tener contracciones regulares (ya fuera en casa o en el hospital) hasta que nació su bebé? Indique su mejor estimación.

__ horas (rango 0-168)
99 Prefiero no contestar.

BABY BIRTHWEIGHT/CA Q1170c/1820/1510/820

[ASK ALL]

BIRTHWEIGHT
PESO DEL BEBÉ AL NACER/CA Q1170c/1820/1510/820
[ASK ALL]
BIRTHWEIGHT

¿Cuánto pesó su bebé al nacer?
|_| libras [RANGE 0-25] |_| onzas [RANGE 0-15]
○
|_|_| gramos [RANGE 0-9000]

[ASK ALL]

AGEBIRTH

[ASK ALL]

¿Cuántos años tenía el día que dio a luz a [CHILDNAME]?

|_| años

En el hospital después del parto

PERINEAL SUTURING/CA Q1140/850

[ASK IF MODE2023=1]

SUTURE
SUTURA PERINEAL/CA Q1140/850
[ASK IF MODE2023=1]
SUTURE

Después de que naciera su bebé, ¿un profesional sanitario tuvo que darle puntos cerca de la abertura de la vagina por un desgarro o por un corte?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

GOLDEN HOUR/CA Q1176c/1325-30/1125

[ASK ALL]

GOLDENHOUR

HORA DE ORO/DORADA/CA Q1176c/1325-30/1125

[ASK ALL]

GOLDENHOUR

Durante las dos primeras horas después del nacimiento, ¿dónde pasó su bebé la mayor parte del tiempo?

- 1 En mis brazos o en mi pecho
- 2 En los brazos o en el pecho de mi pareja/cónyuge
- 3 Con personal para los cuidados rutinarios del recién nacido
- 4 Con personal para cuidados especiales
- 5 No sé.
- 97 En otro lugar. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

WHETHER SKIN-TO-SKIN/CA Q1176c/1325-30/1125

[ASK IF GOLDENHOUR=1,2]

SKIN

YA SEA PIEL CON PIEL/CA Q1176c/1325-30/1125

[ASK IF GOLDENHOUR=1,2]

SKIN

¿Cómo fue cuando su bebé estaba en sus brazos o en su pecho/en los brazos o en el pecho de su pareja/cónyuge? [PROGRAM FOR CORRECT PERSON]
[PROGRAMA PARA LA PERSONA CORRECTA]

- 1 Había contacto piel con piel, sin ropa ni manta de por medio usted/ellos/as.
- 2 Había ropa o manta de por medio usted/ellos/as.
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

BABY LOCATION IN HOSPITAL/CA Q1335/1130

[ASK ALL]

HOSPLOC

Escuchemos a las Mamás IV

UBICACIÓN DEL BEBÉ EN EL HOSPITAL/CA Q1335/1130

[ASK ALL]

HOSPLOC

Después de las dos primeras horas tras el nacimiento, ¿dónde pasó su bebé la mayor parte del tiempo mientras estuvo en el hospital?

- 1 Conmigo (a veces conocido como *rooming-in*)
- 2 A veces conmigo, a veces en la sala de neonatos
- 3 Siempre o casi siempre en la sala de neonatos, pero nunca en la UCIN
- 4 En la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)
- 99 Prefiero no contestar.

BABY NICU STAY/CA Q1195c/1181c/18355

[ASK ALL]

UCIN

ESTANCIA EN UCIN PARA EL BEBÉ/CA Q1195c/1181c/18355

[ASK ALL]

UCIN

Durante su estancia en el hospital, ¿pasó su bebé **algún tiempo** en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ("UCIN")?

- 1 Sí, durante toda la estancia en el hospital.
- 2 Sí, durante parte de la estancia en el hospital.
- 3 No, nunca.
- 4 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

BIRTHING PERSON LOS/CA Q1190c/2540

[ASK ALL]

DAYSHOSP

PERSONA NACIDA LOS/CA Q1190c/2540

[ASK ALL]

DAYSHOSP

Desde que entró hasta que salió, ¿cuántos días estuvo en el hospital por su reciente parto?

RESPUESTA NUMÉRICA

- 1 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

BABY LOS/CA Q2540

Escuchemos a las Mamás IV

[ASK ALL]

BABYHOSP

BABÉ LOS/CA Q2540

[ASK ALL]

BABYHOSP

Después del nacimiento, ¿cuánto tiempo permaneció su bebé en el hospital?

RESPUESTA NUMÉRICA días

1 No sé.

99 Prefiero no contestar.

Respeto y maltrato (sección completa, preguntar a todos)

*Las siguientes preguntas se refieren a **su experiencia en el hospital cuando dio a luz a [CHILDNAME]. Por “proveedores” nos referimos a profesionales de salud que participaron en su atención, incluyendo médicos, enfermeras y parteras (Seleccione una respuesta para cada pregunta)***

Respeto/Dignidad: Respeto/BV PCMC-US

RESPECT

¿Recibió un trato respetuoso de parte de los proveedores?

1 No, nunca.

2 Sí, algunas veces.

3 Sí, la mayoría de las veces.

4 Sí, siempre.

99 Prefiero no contestar.

Respect/Dignity: Knowledge Valued/BV PCMC-US

KNOWLEDGE

Respeto/Dignidad: Conocimiento valorado/BV PCMC-US

KNOWLEDGE

¿Sintió que se valoraban su experiencia y sus conocimientos?

1 No, nunca.

2 Sí, algunas veces.

3 Sí, la mayoría de las veces.

4 Sí, siempre.

99 Prefiero no contestar.

Respect/Dignity: Customs/BV PCMC-US

Escuchemos a las Mamás IV

CUSTOMS

Respeto/Dignidad: Costumbres/BV PCMC-US

CUSTOMS

¿Considera que los proveedores respetaron sus costumbres y su cultura?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 5 No aplicable. No tengo costumbres particulares.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Communication: Heard/BV PCMC-US

HEARD

Respeto/Comunicación: Escuchar/BV PCMC-US

HEARD

¿Sintió que los proveedores la escuchaban y atendían?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Communication: Decisions/BV PCMC-US

DECISIONS

Respeto/Comunicación: Decisiones/BV PCMC-US

DECISIONS

¿Le permitieron participar los proveedores en las decisiones sobre su atención?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Communication: Consent/BV PCMC-US

CONSENT

Escuchemos a las Mamás IV

**Respeto/Comunicación: Consentimiento/BV PCMC-US
CONSENT**

¿Le pidieron permiso o consentimiento los proveedores u otro personal antes de tocarla o realizarle algún procedimiento?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Communication: Informed/BV PCMC-US

INFORMED

**Respeto/Comunicación: Informado/BV PCMC-US
INFORMED**

¿Sintió que le informaban lo que le ocurría durante el parto?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Responsive: Timeliness/ BV PCMC-US

TIMELINESS

**Respeto/Receptivo: Puntualidad/ BV PCMC-US
TIMELINESS**

¿Considera que los proveedores respondieron a tiempo cuando solicitó ayuda?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 5 No aplicable. No he solicitado asistencia.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Dignity: Neglect/BV PCMC-US (reverse score)

NEGLECT

**Respeto/Dignidad: Negligencia/BV PCMC-US (puntuación inversa)
NEGLECT**

Escuchemos a las Mamás IV

¿Sintió que los proveedores la evitaban, ignoraban o desatendían?

- 1 No, nunca.
- 2 Sí, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Responsive: Trust/BV PCMC-US

TRUST

Respeto/Responsivo: confianza/BV PCMC-US

TRUST

¿Sintió que podía confiar plenamente en sus proveedores de atención sanitaria?

- 1 No, nunca.
- 2 Sí, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Responsive: Feeding/BV PCMC-US

FEEDING

Respeto/Responsivo: Alimentación/BV PCMC-US

FEEDING

¿Recibió el apoyo que necesitaba (por ejemplo, apoyo a la lactancia) para alcanzar sus objetivos de alimentación para su bebé?

- 1 No, nunca.
- 2 Sí, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Responsive: Safe/BV PCMC-US

SAFE

Respeto/Responsivo: Seguridad/BV PCMC-US

SAFE

En general, ¿se sintió físicamente segura en el lugar donde dio a luz?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

Respect/Dignity: Discrimination/BV PCMC-US (reverse score)

DISCRIMINATION

Respeto/Dignidad: Discriminación/BV PCMC-US (reverse score)

DISCRIMINATION

¿Diría que sufrió discriminación por su raza, etnia, cultura, sexo, género, orientación sexual, idioma, estatus migratorio, religión, ingresos, educación, edad, estado civil, número de hijos, situación en cuanto al seguro médico o por cualquier otra razón?

- 1 No, nunca.
- 2 Si, algunas veces.
- 3 Sí, la mayoría de las veces.
- 4 Sí, siempre.
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF DISCRIMINATION=2,3,4]

Discrimination/BA PCMC-US tool did not have this secondary question

DISCRIMINATION1

[ASK IF DISCRIMINATION=2,3,4]

La herramienta discriminación/BA PCMC-US no tenía esta pregunta secundaria

DISCRIMINATION1

¿Sufrió discriminación por alguna de las siguientes razones? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 raza
- 2 etnia
- 3 cultura
- 4 sexo
- 5 género
- 6 orientación sexual
- 7 idioma
- 8 estado de inmigración
- 9 religión
- 10 ingresos
- 11 educación

Escuchemos a las Mamás IV

- 12 edad
- 13 estado civil
- 14 número de hijos
- 15 estado del seguro médico
- 16 discapacidad
- 17 No sé porqué fui discriminada
- 97 Otra. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

DISCRIMINACIÓN2

Si desea compartir más sobre su experiencia con la discriminación, escriba aquí

FINAL ABIERTO

99, Prefiriría no contestar

Posparto

Consultas posparto

Las siguientes preguntas se refieren a toda atención posparto que haya recibido tras su reciente parto.

NUMBER OF PP VISITS/CA Q1405c/1420/1230/624

[ASK ALL]

PPVISIT

NÚMERO DE VISITAS PP/CA Q1405c/1420/1230/624

[ASK ALL]

PPVISIT

Entre el momento en que se fue del hospital y las 12 semanas posteriores al nacimiento de su bebé, **¿Cuántas visitas al consultorio o televisitas tuvo con un proveedor de atención de maternidad?**

__ (RANGE 0-15)

(RANGO DE 0 A 15)

99 Prefiero no contestar.

Visits

TIMING FIRST PP VISIT/NC

[ASK IFPP VISIT>=1]

PPVISITTIME

HORARIO PRIMERA VISITA PP/NC

Escuchemos a las Mamás IV

**[ASK IF PP VISIT>=1]
PPVISITTIME**

[IF JUST 1 PP VISIT:] [SI SOLO 1 VISITA PP] ¿Cuándo tuvo la consulta posparto? Su mejor estimado será suficiente. O [IF 2+ PP VISITS] [SI 2+ VISITAS PP] ¿Cuándo tuvo la primera consulta posparto? Su mejor estimado será suficiente.

__ semanas después del nacimiento (RANGE 1-12) (RANGO 1 A 12)

CONTENT OF PP VISITS/CA Q1415c/3055/1425/1245

[ASK IF PPVISIT>=1]

VISITTOPIC

CONTENIDO DE VISITAS PP/CA Q1415c/3055/1425/1245

[ASK IF PPVISIT>=1]

VISITTOPIC

Durante la(s) visita(s) posparto en las primeras 12 semanas tras el nacimiento de su bebé, ¿le dieron suficiente información sobre lo siguiente?

	Sí, sin duda	No, y necesitaba esta información	No, pero no necesitaba esta información	No sé	Prefiero no contestar
1 alimentación saludable					
2 recomenzar actividad física o hacer ejercicio de forma segura					
3 angustia emocional					
4 cambios en su respuesta y sentimientos sexuales					
5 anticonceptivos					
6 alimentación infantil					

7 recuperación del parto					
-----------------------------	--	--	--	--	--

Alimentación infantil

Las siguientes preguntas se refieren a la alimentación de su bebé.

PLANNED INFANT FEEDING/CA Q870c/Q1135/535

[ASK ALL]

PLANNEDFEED

ALIMENTACIÓN INFANTIL PLANIFICADA/CA Q870c/Q1135/535

[ASK ALL]

PLANNEDFEED

Quando se acercaba el final del embarazo, ¿cómo quería alimentar a su bebé?
Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Leche materna
- 2 Fórmula
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

HOSPITAL BF SUPPORT/CA Q1185c/Q1350/1145

[ASK IF PLANNEDFEED CONTAINS 1]

HOSPFEED

APOYO HOSPITALARIO BF/CA Q1185c/Q1350/1145

[ASK IF PLANNEDFEED CONTAINS 1]

HOSPFEED

¿Los/las enfermeros/as y el resto del personal del hospital donde dio a luz hicieron algo de lo siguiente? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Le ayudaron a empezar con la lactancia materna cuando usted y su bebé estuvieran preparados.
- 2 Le recomendaron alimentar a su bebé siempre que estuviera interesado/a ("a demanda").
- 3 Le mostraron cómo colocar a su bebé para un buen sostén.
- 4 Le dieron muestras gratuitas de leche de fórmula, cupones u otras ofertas.
- 5 Le informaron sobre los recursos de apoyo a la lactancia materna en la comunidad.
- 6 Le dieron un chupete a su bebé.
- 7 Le proporcionaron a su bebé leche de fórmula o agua para complementar la leche materna.
- 8 Le dieron leche de fórmula a su bebé sin su permiso.
- 9 Le ofrecieron orientación sobre la extracción y el almacenamiento de la leche materna.
- 10 Le recomendaron un especialista en lactancia.

Escuchemos a las Mamás IV

- 11 Ninguna de las anteriores.
99 Prefiero no contestar.

INFANT FEEDING AT 1 WEEK/CA 1186c/Q1355/1150

[ASK ALL]

FEED1WEEK

ALIMENTACIÓN INFANTIL A LA SEMANA 1/CA 1186c/Q1355/1150

[ASK ALL]

FEED1WEEK

Una semana después del parto, ¿cómo alimentaba a su bebé? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Leche materna
2 Fórmula
99 Prefiero no contestar.

CURRENT INFANT FEEDING/CA 1510c/Q1360/1155

[ASK ALL]

CURRENTFEED

ALIMENTACIÓN INFANTIL ACTUAL/CA 1510c/Q1360/1155

[ASK ALL]

CURRENTFEED

¿Cómo alimenta actualmente a su bebé? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Leche materna
2 Fórmula
3 Otros líquidos (por ejemplo, leche de vaca, jugo)
4 Alimentos sólidos
99 Prefiero no contestar.

EXCLUSIVE BF DURATION/CA 1515c/Q1365/1160

[ASK IF FEED1WEEK=1 ONLY, AND CURRENTFEED INCLUDES 2, 3 AND/OR 4]

EXCLUSIVEBF

DURACIÓN EXCLUSIVA BF/CA 1515c/Q1365/1160

[ASK IF FEED1WEEK=1 ONLY, AND CURRENTFEED INCLUDES 2, 3 AND/OR 4]

EXCLUSIVEBF

¿Durante cuánto tiempo siguió alimentando a su bebé solo con leche materna (sin leche de fórmula ni otros líquidos y sin alimentos sólidos)?

Escuchemos a las Mamás IV

__ semanas (RANGE 1-70) (RANGO DE 1 A 70)
99 Prefiero no contestar.

BREASTFEEDING GOAL/CA 1525c/3160

[ASK IF FEED1WEEK=1 ONLY, AND CURRENTFEED INCLUDES 2, 3 AND/OR 4]

BFGOAL

META DE LACTANCIA MATERNA/CA 1525c/3160

[ASK IF FEED1WEEK=1 ONLY, AND CURRENTFEED INCLUDES 2, 3 AND/OR 4]

BFGOAL

¿Ha alimentado a su bebé solo con leche materna (sin leche de fórmula ni otros líquidos y sin alimentos sólidos) todo el tiempo que ha querido?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

AGE AT FULL WEANING/CA XXXc/Q1360/1155

[ASK IF FEED1WEEK=1 AND CURRENTFEED≠1]

WEAN

EDAD DEL DESTETE COMPLETO/CA XXXc/Q1360/1155

[ASK IF FEED1WEEK=1 AND CURRENTFEED≠1]

WEAN

¿Qué edad tenía su bebé cuando dejó de darle leche materna, es decir, cuando se destetó del todo?

__ semanas-(RANGO DE 1 A 87)
99 Prefiero no contestar.

BREASTFEEDING GOAL/CA 1525c/3160

[ASK IF FEED1WEEK=1 AND CURRENTFEED≠1]

BFGOAL

META DE LACTANCIA MATERNA/CA 1525c/3160

[ASK IF FEED1WEEK=1 AND CURRENTFEED≠1]

BFGOAL

¿Le dio a su bebé leche materna todo el tiempo que usted quiso?

- 1 Sí

Escuchemos a las Mamás IV

- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

Morbilidades posparto

POSTPARTUM PHQ-4/CA Q1430/Q3325

[ASK ALL]

PPBOTHER

POSTPARTO PHQ-4/CA Q1430/Q3325

[ASK ALL]

PPBOTHER

En las primeras 12 semanas después de su reciente nacimiento, ¿con qué frecuencia le molestó...?

	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca	Prefiero no contestar
1 Nerviosismo, ansiedad o inquietud					
2 No poder detener o controlar la preocupación					
3 Poco interés o placer en hacer cosas					
4 Tristeza, depresión o desesperación					

POSTPARTUM MMH SUPPORT/CA Q1460c

[ASK ALL]

PPTHERAPY

APOYO POSTPARTO MMH/CA Q1460c

[ASK ALL]

PPTHERAPY

Desde que dio a luz, ¿ha recibido algún asesoramiento o terapia para el bienestar emocional o mental por parte de profesionales de la salud (por ejemplo, trabajador/a social, psicólogo/a, psiquiatra, ginecólogo/a obstetra, doula, partero/a, etc.)?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

POSTPARTUM MMH MEDICATIONS/CA Q1470c

[ASK ALL]

PPMEDS

MEDICAMENTOS POSTPARTO MMH/CA Q1470c

[ASK ALL]

PPMEDS

Desde que dio a luz, ¿ha tomado algún medicamento para su bienestar emocional o mental? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Sí, para la ansiedad.
- 2 Sí, para la depresión.
- 3 Sí, para trastornos por consumo de sustancias.
- 4 Sí, para otra cosa. Por favor, especifique:
- 5 No, nada.
- 99 Prefiero no contestar.

Narrative Positives and Negatives (Aspectos Positivos y Negativos de la Narrativa)

WENTWELL

[ASK ALL]

Went well/NC

En retrospectiva, ¿qué cosas **salieron muy bien** durante su reciente atención prenatal, de parto y/o posparto?

[TEXT BOX, con espacio para fomentar los detalles]

99, Prefiero no responder

DIDNTGOWELL

[ASK ALL]

Didn't go well/NC

En retrospectiva, ¿qué cosas **no salieron bien** durante su reciente atención prenatal, de parto y/o posparto?

[TEXT BOX, con espacio para fomentar los detalles]

99, Prefiero no responder

Necesidades sociales

Escuchemos a las Mamás IV

SOCIAL NEEDS PREGNANCY/BA WellRx

[ASK ALL]

SOCIALNEED

NECESIDADES SOCIALES EMBARAZO/BA WellRx

[ASK ALL]

SOCIALNEED

En algún momento **durante su reciente embarazo**, ¿experimentó lo siguiente? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Usted u otras personas con las que vivía comían menos o se saltaban comidas porque no tenían suficiente dinero para comer.
- 2 Estuvo sin hogar o le preocupaba la posibilidad de quedarse sin hogar en el futuro.
- 3 Tuvo problemas para pagar los servicios públicos (gas, electricidad, teléfono).
- 4 Tuvo problemas para encontrar o pagar por transportación.
- 5 Necesitaba una guardería, o una guardería mejor, para sus hijos.
- 6 Estuvo sin trabajo o sin ingresos regulares.
- 7 Le preocupaba que alguien en su casa estaba usando drogas o alcohol.
- 8 Sintió inseguridad en su vida diaria.
- 9 Alguien en su casa la amenazaba o maltrataba.
- 10 Ninguna de las anteriores
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=1]

SNMEAL

(NO TRANSLATION)

¿El dinero para la comida es una preocupación actualmente?

¿Es preocupante ahora tener suficiente dinero para comprar alimentos?"

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=2]

SNLIVE

(no translation)

¿Tener un lugar donde vivir es una preocupación actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=3]

Escuchemos a las Mamás IV

SNUTILITIES
(no translation)

¿Pagar los servicios públicos (luz, agua, teléfono) es una preocupación actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=4]

SNTRANSPORT
(no translation)

¿El transporte o llegar adonde tiene que ir es una preocupación actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=5]

SNCHILDCARE
(no translation)

¿La guardería infantil es una preocupación actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=6]

SNINCOME
(no translation)

¿Tener ingresos regulares es una preocupación actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=7]

SNDRUGS
(no translation)

Escuchemos a las Mamás IV

¿Que alguien en su casa esté usando drogas o alcohol es una preocupación actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=8]

SNUNSAFE
(no translation)

¿Siente inseguridad en su vida cotidiana actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK IF SOCIALNEED=9]

SNABUSE
(no translation)

¿Está alguien en su casa amenazándola o maltratándola actualmente?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

ANYTHING ELSE OPEN-END/NC

[ASK ALL]

ANYTHINGELSE
CUALQUIER OTRA COSA "PREGUNTA" ABIERTA/NC
[ASK ALL]
ANYTHINGELSE

¿Hay algo más sobre sus experiencias de embarazo y parto, positivo o negativo, que le gustaría compartir con nosotros? Le agradeceríamos que nos facilitara tantos detalles como desee.

- Respuesta abierta
- 99 Prefiero no contestar.

Datos demográficos

Por último, para ayudarnos a comprender sus opiniones y experiencias, cuéntenos algo más sobre usted. Recuerde, los informes de las encuestas no revelarán la identidad de los participantes individuales.

Lugar de nacimiento

[ASK ALL]

ESTADO

(no translation)

¿En qué estado vivía cuando dio a luz a [CHILD-NAME]?

MENÚ DESPLEGABLE CON PUERTO RICO

AGECHECK

EDAD

[ASK ALL]

¿Cuántos años tiene?

--

MEDI

[ASK IF STATE = CALIFORNIA]

¿Su seguro médico es Medi-Cal?

1, Si

2, No

98, No sé

99, Prefiero no responder

[ASK ALL]

ZIP

[ASK ALL]

CÓDIGO POSTAL

Introduzca el código postal (zip code) en el que vivía cuando dio a luz a [CHILD-NAME].

1 No recuerdo en qué código postal vivía.

Raza/etnia

R/E HIGH-LEVEL/BA (2023 OMB)

[ASK ALL]

RACE

Escuchemos a las Mamás IV

R/E ALTO NIVEL/BA (2023 OMB)
[ASK ALL]
RAZA

¿Cuál es su raza o etnia? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- 1 Blanca
- 2 Hispana o latina
- 3 Negra o afroamericana
- 4 Asiática
- 5 India americana o nativa de Alaska
- 6 Oriente Medio o Norte de África
- 7 Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico
- 99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR WHITE/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=1]

WHITE

R/E GRANULAR BLANCO/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=1]

WHITE

Introduzca los detalles adicionales de raza blanca en los siguientes espacios.

Nota: puede elegir más de un grupo.

- 1 Alemana
- 2 Irlandesa
- 3 Inglesa
- 4 Italiana
- 5 Polaca
- 6 Francesa
- 97 Otra. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR Hispanic or Latina/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=2]

HISPANIC

R/E GRANULAR HISPANA O LATINA/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=2]

HISPANIC

Introduzca detalles adicionales sobre raza hispana o latina en los siguientes espacios. *Nota: puede elegir más de un grupo.*

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Mexicana o mexicana-americana
- 2 Puertorriqueña
- 3 Cubana
- 4 Salvadoreña
- 5 Dominicana
- 6 Colombiana
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR Black or African America/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=3]

BLACK

R/E GRANULAR NEGRA O AFRO-AMERICANA/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=3]

BLACK

Introduzca detalles adicionales sobre raza negra o afroamericana en los siguientes espacios. *Nota: puede elegir más de un grupo.*

- 1 Afroamericana
- 2 Jamaicana
- 3 Haitiana
- 4 Nigeriana
- 5 Etíope
- 6 Somalí
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR Asian/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=4]

ASIAN

R/E GRANULAR ASIÁTICA/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=4]

ASIAN

Introduzca detalles adicionales sobre raza asiática en los siguientes espacios. *Nota: puede elegir más de un grupo.*

- 1 China
- 2 Filipina
- 3 India asiática
- 4 Vietnamita
- 5 Coreana
- 6 Japonesa

Escuchemos a las Mamás IV

- 97 Otro. Por favor, especifique:
99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR American Indian or Alaska Native/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=5]

AIAN

R/E GRANULAR INDIA-AMERICANA o NATIVA DE ALASKA/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=5]

AIAN

Ingrese su afiliación tribal indígena americana o nativa de Alaska en los espacios a continuación. *Nota, tenga en cuenta que puede escribir más de un grupo.*

Cuadro de texto

- 99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR Middle Eastern or North African/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=6]

MENA

R/E GRANULAR MEDIO ORIENTE O NORTE DE ÁFRICA/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=6]

MENA

Introduzca detalles adicionales sobre raza de Oriente Medio o el Norte de África en los siguientes espacios. *Nota: puede elegir más de un grupo.*

- 1 Libanesa
 - 2 Iraní
 - 3 Egipcia
 - 4 Siria
 - 5 Marroquí
 - 6 Israelí
 - 7 Palestina
- 97 Otro. Por favor, especifique:
99 Prefiero no contestar.

R/E GRANULAR Native Hawaiian or Pacific Islander/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=7]

NHPI

R/E GRANULAR NATIVA DE HAWAI O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO/BV (2023 OMB)

[ASK IF RACE=7]

NHPI

Escuchemos a las Mamás IV

Introduzca detalles adicionales sobre raza nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico en los siguientes espacios. *Nota: puede elegir más de un grupo.*

- 1 Hawaiana nativa
- 2 Samoana
- 3 Chamorra
- 4 Tongana
- 5 Fiyiana
- 6 Marshalesa
- 97 Otro. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

Tamaño de la familia en el hogar (para el cálculo similar al FPL)

FAMILY SIZE/NC

[ASK ALL]

FAMSIZE

TAMAÑO DE LA FAMILIA/NC

[ASK ALL]

FAMSIZE

Incluyéndose a usted, ¿cuántos adultos (de 18 años o más) de su familia viven en su hogar? *No cuente a los adultos del hogar que no pertenezcan a su familia.*

Por favor, incluya una respuesta que sea menor a 9

Respuesta numérica [PERMIT 1-8] [PERMITIDO 1 A 8]

99 Prefiero no contestar.

Incluyendo a [CHILDNAME], ¿cuántos niños/as (menores de 18 años) de su familia viven en su hogar? *No cuente a los niños del hogar que no sean de su familia.*

Por favor, incluya una respuesta que sea menor a 11

Respuesta numérica [PERMIT 1-10] [PERMITIDO 1 A 10]

99 Prefiero no contestar.

Ingresos

TOTAL FAMILY INCOME

[ASK ALL]

Escuchemos a las Mamás IV

INCOME
INGRESOS FAMILIARES TOTALES
[ASK ALL]
INCOME

Que usted sepa, ¿cuál fue el total de ingresos familiares procedentes de todas las fuentes antes de impuestos durante los últimos 12 meses? Es decir, todas las fuentes de ingresos de las personas contabilizadas en la última pregunta.

Respuesta numérica

99 Prefiero no contestar.

Cobertura de seguro para el parto

COVERAGE FOR INDEX BIRTH

[ASK ALL]

INSUR
COBERTURA POR PARTO ÍNDICE
[ASK ALL]
INSUR

¿Qué tipo de seguro médico pagó su parto? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Seguro médico privado (pagado por usted, por otra persona o a través de un empleo)
- 2 Medicaid (MediCal) or CHIP (Child Health Insurance Program)
- 3 TRICARE u otro programa de salud militar
- 4 Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service) o seguro tribal
- 5 Otro. Por favor, especifique:
- 6 No tuve seguro médico para mi parto reciente.
- 99 Prefiero no contestar.

especial

HIGHEST ATTAINED EDUCATION/BV (US Census)

[ASK ALL]

EDUC

MÁXIMA EDUCACIÓN ALCANZADA/BV (CENSO DE US)

[ASK ALL]

EDUC

¿Cuál es el título o nivel de estudios más alto que ha cursado?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 No completé estudios/escuela
- 2 Guardería
- 3 Grados 1 a 11
- 4 Grado 12, sin diploma
- 5 Diploma de escuela superior
- 6 GED o credencial alternativa
- 7 Escuela vocacional o comercial
- 8 Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de universidad
- 9 1 o más años de estudios universitarios, sin titulación
- 10 Título de asociado (por ejemplo: AA)
- 11 Licenciatura (por ejemplo: BA, BS)
- 12 Maestría (por ejemplo: MA, MS, Meng, MSW, MBA)
- 13 Título profesional posterior a licenciatura (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
- 14 Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)
- 99 Prefiero no contestar.

Natalidad

COUNTRY OF BIRTH/BA (ACS)

[ASK ALL]

BIRTHCOUNTRY

PAIS DE NACIMIENTO/BA (ACS)

[ASK ALL]

BIRTHCOUNTRY

¿En qué país nació?

- 1 En los Estados Unidos
- 2 Fuera de los Estados Unidos. Por favor, especifique el país:
- 99 Prefiero no contestar.

YEAR OF IMMIGRATION/ACS

[ASK IF BIRTHCOUNTRY=2]

IMMIGRATION

AÑO DE INMIGRACIÓN/ACS

[ASK IF BIRTHCOUNTRY=2]

IMMIGRATION

¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos (50 estados más D. C.)?

AÑO [Cuadro de texto] [Rango 1965-2023]

- 99 Prefiero no contestar.

Escuchemos a las Mamás IV

Idioma

ENGLISH PROFICIENCY/BV (ACS)

[ASK ALL]

ENGPROF

DOMINIO DEL INGLÉS/BV (ACS)

[ASK ALL]

ENGPROF

¿Qué tan bien habla usted el inglés?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 No muy bien
- 4 Para nada
- 99 Prefiero no contestar.

LANGUAGE AT HOME/BV (ACS)

[ASK ALL]

LANGHOME

IDIOMA EN CASA (ACS)

[ASK ALL]

LANGHOME

¿Qué idioma se habla principalmente en su casa? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1 Inglés
- 2 Otro idioma. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

Situación del cónyuge/pareja

RELATIONSHIP STATUS/BV (ACS)

[ASK ALL]

RELATIONSHIP

ESTADO CIVIL/BV (ACS)

[ASK ALL]

RELATIONSHIP

En el momento de dar a luz a [CHILDNAME], ¿cuál era su estado civil?

- 1 Casada

Escuchemos a las Mamás IV

- 2 Soltera, con una pareja comprometida
- 3 Separada, divorciada o viuda
- 4 Soltera, nunca casada
- 99 Prefiero no contestar.

PARTNER/SPOUSE RESIDENCE/NC

[ASK IF RELATIONSHIP=1,2]

LIVARRANGE

RESIDENCIA DE LA PAREJA/CÓNYUGE/NC

[ASK IF RELATIONSHIP=1,2]

LIVARRANGE

En el momento del nacimiento de [CHILDNAME], ¿era su cónyuge o pareja...?

- 1 ...vivía con usted en el mismo hogar?
- 2 ...vivía en otra parte?
- 99 Prefiero no contestar.

PARTNER/SPOUSE BABY RELATIONSHIP/NC

[ASK IF RELATIONSHIP=1,2]

PARTRELATION

RELACIÓN DE PAREJA/CÓNYUGE CON BEBÉ/NC

[ASK IF RELATIONSHIP=1,2]

PARTRELATION

¿Su pareja...?

- 1 ...es padre biológico de su bebé?
- 2 ...es padre no biológico de su bebé?
- 3 ...no es padre de su bebé?
- 4 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

Discapacidad

BV ACS

[ASK ALL]

DEAF

BV ACS

[ASK ALL]

SORDA

¿Es usted una persona sorda o tiene graves dificultades auditivas?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

BV ACS

[ASK ALL]

BLIND

BV ACS

[ASK ALL]

CIEGA

¿Es usted una persona ciega o tiene serias dificultades para ver incluso con lentes?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

BV ACS

[ASK ALL]

CONCENTRATE

BV ACS

[ASK ALL]

CONCENTRARSE

Debido a una enfermedad física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no contestar.

BV ACS

[ASK ALL]

WALK

BV ACS

[ASK ALL]

CAMINAR

¿Tiene dificultades para caminar o para subir escaleras?

- 1 Sí
- 2 No

Escuchemos a las Mamás IV

99 Prefiero no contestar.

BV ACS

[ASK ALL]

BATHE

BV ACS

[ASK ALL]

BAÑARSE

¿Tiene dificultades para vestirse o para bañarse?

1 Sí

2 No

99 Prefiero no contestar.

BV ACS

[ASK ALL]

ALONE

BV ACS

[ASK ALL]

SOLA

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer recados por su cuenta, como ir al médico o de compras?

1 Sí

2 No

99 Prefiero no contestar.

[ASK ALL]

DISABLETECH

(NO TRANSLATION)

¿Tiene alguna afección, deficiencia o discapacidad mental o física que afecta sus actividades diarias o por la que necesite equipos o tecnología?

1 Sí

2 No

99 Prefiero no contestar.

[ASK IF DISABLETECH=1]

DISABILITYCOND

(NO TRANSLATION)

Escuchemos a las Mamás IV

¿Cuál es la principal condición o condiciones que afectan su vida?

Cuadro de texto

99 Prefiero no contestar.

[ASK IF INPUTS TEXT INTO DISABILITYCOND]

DISABLEYRS

(NO TRANSLATION)

¿Durante cuánto tiempo, en años, ha afectado esta condición su vida?

Respuesta numérica hasta la edad del encuestado

Orientación sexual/identidad de género (SOGI)

SEXUAL ORIENTATION/BA (CAP)

[ASK ALL]

SEXORIENT

ORIENTACIÓN SEXUAL/BA (CAP)

[ASK ALL]

SEXORIENT

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la imagen que tiene de usted?

- 1 Lesbiana u homosexual
- 2 Heterosexual
- 3 Bisexual
- 4 Pansexual
- 5 Queer
- 6 Asexual
- 7 Dos espíritus [SHOW IF RACE=5][MOSTRAR SI RAZA =5]
- 8 Sin etiqueta específica, pero no heterosexual
- 97 Utilizo un término diferente. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

GENDER IDENTITY/BA (CAP)

[ASK ALL]

GENDER

IDENTIDAD DE GÉNERO/BA (CAP)

[ASK ALL]

GENDER

¿Cuál es su sexo actualmente?

Escuchemos a las Mamás IV

- 1 Femenino
- 2 Masculino
- 3 No binario, genderqueer, transgénero o sin género
- 4 Dos espíritus [SHOW IF RACE=5] [MOSTRAR SI RAZA =5]
- 99 Prefiero no contestar.

TRANS IDENTITY/BA (CAP)

[ASK ALL]

TRANS

IDENTIDAD TRANS/BA (CAP)

[ASK ALL]

TRANS

¿Se considera transexual o transgénero?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé.
- 99 Prefiero no contestar.

Ideología política

POLITICAL IDEOLOGY/CA

[ASK ALL]

POLIT

IDEOLOGÍA POLÍTICA/CA

[ASK ALL]

POLIT

¿Cuál es su postura política?

- 1 Muy conservadora
- 2 Conservadora
- 3 Moderada
- 4 Liberal
- 5 Muy liberal
- 97 Otra. Por favor, especifique:
- 99 Prefiero no contestar.

[ASK ALL]

FOLLOWUP

[ASK ALL]

Escuchemos a las Mamás IV

SEGUIMIENTO

¡Ha completado la encuesta! Gracias por responder a nuestras preguntas. Sus respuestas nos serán de gran utilidad para ayudar a mejorar la salud de madres y bebés.

Indíquenos su dirección de correo electrónico para que podamos enviarle su tarjeta de regalo de \$30.00. Debería recibir un correo electrónico con un enlace para acceder a su tarjeta regalo en el plazo de una semana. Su correo electrónico será confidencial y no se guardará junto con sus respuestas a la encuesta.

Cuadro de texto para la dirección de correo electrónico

1 No deseo recibir una tarjeta regalo

[ASK ALL]

FOLLOWUP2

[ASK ALL]

SEGUIMIENTO2

Por favor, proporcione su información de contacto para acceder a la segunda encuesta. Si la completa, recibirá una tarjeta de regalo de \$45.00 por separado. Los resultados de esa encuesta también se utilizarán ampliamente para mejorar las experiencias de maternidad y salud materno infantil.

1. Correo electrónico: _____
2. Teléfono: _____
3. No estoy interesada [EXCLUSIVE]