

## PRAMS COVID-19 Vaccine Supplemental Module

### English MAIL Version

These next questions are about the COVID-19 vaccine.

The COVID-19 vaccine may include more than one shot or dose.

**VC1. During your *most recent pregnancy*, did a doctor, nurse, or other health care worker do any of the following things?** For each one, check **No** if they did not do it or **Yes** if they did.

- a. Talked with me about the COVID-19 vaccine
- b. Recommended that I get the COVID-19 vaccine
- c. Offered to give me the COVID-19 vaccine
- d. Referred me to another place to get the COVID-19 vaccine

**VC2. During your *most recent pregnancy*, did you get at least one shot or dose of a COVID-19 vaccine?**



No

(1)



Yes → **Go to Question VC5**

(2)

**VC3. What were your reasons for not getting a COVID-19 vaccine during your *most recent pregnancy*?**

**Check ALL that apply**

- a. I was not in one of the groups that could get the COVID-19 vaccine
- b. The vaccine was not available or ran out in my area
- c. I couldn't get an appointment or was placed on a waiting list
- d. I didn't have transportation to get to a vaccination site
- e. The staff at the vaccination site didn't want to give me the vaccine because I was pregnant
- f. I was concerned about possible side effects of the COVID-19 vaccine for my baby
- g. I was concerned about possible side effects of the COVID-19 vaccine for me
- h. I have an allergy or health condition that prevented me from getting the vaccine
- i. My doctor or healthcare provider told me not to get the vaccine

- j. I had gotten the COVID-19 vaccine *before* my pregnancy
- k. I already had COVID-19
- l. I didn't have enough information about the vaccine to feel comfortable getting it
- m. I was concerned that the COVID-19 vaccine was developed too fast
- n. I didn't think the vaccine would protect me against COVID-19
- o. I didn't think COVID-19 was a serious illness
- p. I didn't think I was at risk for COVID-19 infection
- q. I preferred using masks and other precautions instead
- r. I don't think vaccines are beneficial
- s. Other reason  
→ Please tell us: \_\_\_\_\_

**VC4. Since your new baby was born, have you gotten a COVID-19 vaccine?**

- ☐ No  
(1)
- ☐ Yes  
(2)

**VC5. Which ONE of these sources do you trust the *most* for receiving information about the COVID-19 vaccine?**

**Check ONE answer**

- ☐ My doctor, nurse, or other health care provider  
(1)
- ☐ My pharmacist  
(2)
- ☐ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) website or reports  
(3)
- ☐ Food and Drug Administration (FDA) website or reports  
(4)
- ☐ My state or local health department  
(5)
- ☐ Family or friends  
(6)
- ☐ News reports (such as television or radio news)  
(7)
- ☐ Social media sites like Facebook  
(8)
- ☐ Websites about health or other topics  
(9)
- Please tell us which sites: \_\_\_\_\_
- ☐ Some other source  
(10)
- Please tell us what source: \_\_\_\_\_

**VC6. Which of the following describes your work or volunteer activities during your most recent pregnancy?**

**Check ALL that apply**

- a. I worked or volunteered providing direct medical care to patients (such as being a doctor, nurse, dentist, therapist, home health care provider, or emergency responder)
- b. I worked or volunteered in a health care setting, but not providing direct medical care to patients (such as being administrative staff, cleaning staff, patient transport, or ward clerk)
- c. I worked or volunteered in a position where I regularly came into contact with the public (such as education, grocery or retail stores, public transportation, restaurants or food service, law enforcement, or postal or delivery services)
- d. I worked or volunteered in a position where I did not regularly come in contact with the public
- e. None of the above

**Thank you for answering these questions!**

**COVID-19 Vaccine Supplemental Module – Spanish MAIL Version**

**Las siguientes preguntas son sobre la vacuna contra el COVID-19.**

**La vacuna contra el COVID-19 puede incluir más de una inyección o dosis.**

**VC1. Durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo alguna de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No** si no lo hicieron o **Sí** si lo hicieron.**

- a. Habló conmigo sobre la vacuna contra el COVID-19
- b. Recomendó que me pusiera la vacuna contra el COVID-19
- c. Me ofreció ponerme la vacuna contra el COVID-19
- d. Me refirió a otro lugar para que me pusieran la vacuna contra el COVID-19

**VC2. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió al menos una inyección o dosis de la vacuna contra el COVID-19?**



No

(1)



Sí → **Pase a la Pregunta VC5**

(2)

**VC3. ¿Cuáles fueron sus razones para no vacunarse contra el COVID-19 durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- a. No estaba en uno de los grupos que podían recibir la vacuna contra el COVID-19
- b. La vacuna no estaba disponible o se acabó en mi área
- c. No pude conseguir una cita o fui colocada en una lista de espera
- d. No tenía transportación para llegar a un lugar de vacunación
- e. El personal del centro de vacunación no quiso ponerme la vacuna porque estaba embarazada
- f. Me preocupaba la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mi bebé
- g. Me preocupaban la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para mí
- h. Tengo una alergia o problema de salud que me impedía ponerme la vacuna
- i. Mi médico o proveedor de atención médica me dijo que no me pusiera la vacuna
- j. Me había puesto la vacuna contra el COVID-19 *antes* de mi embarazo
- k. Ya me había dado COVID-19
- l. No tenía suficiente información sobre la vacuna para sentirme cómoda en ponérmela
- m. Me preocupaba que la vacuna contra el COVID-19 se desarrolló demasiado rápido
- n. No pensé que la vacuna me protegería contra el COVID-19
- o. No pensaba que el COVID-19 era una enfermedad grave
- p. No pensaba que estaba en riesgo de contraer COVID-19
- q. Preferí usar mascarillas y otras precauciones en vez
- r. No creo que las vacunas sean beneficiosas
- s. Otra razón  
→ Por favor, díganos: \_\_\_\_\_

**VC4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sido vacunada contra el COVID-19?**

- ☐ No  
(1)
- ☐ Sí  
(2)

**VC5. ¿En CUÁL de la siguientes fuentes confía *más* para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19?**

**Marque UNA respuesta**

- ☐ Mi doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica  
(1)
- ☐ Mi farmacéutica  
(2)
- ☐ Sitio web o informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés)  
(3)

- ☐ (4) Sitio web o informes de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés)
- ☐ (5) Mi departamento de salud estatal o local
- ☐ (6) Familiares o amigos
- ☐ (7) Reportajes de noticias (como noticias de radio o televisión)
- ☐ (8) Sitios de redes sociales como Facebook
- ☐ (9) Sitios web sobre la salud u otros temas
- ☐ (10) → Por favor díganos que sitios: \_\_\_\_\_
- ☐ (10) Alguna otra fuente
- Por favor díganos que otra fuente: \_\_\_\_\_

**VC6. ¿Cuál de las siguientes describe su trabajo o actividades de voluntariado durante su embarazo más reciente?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- a. Trabajé o fui voluntaria brindando atención médica directa a pacientes (como doctora, enfermera, dentista, terapeuta, proveedora de atención médica en el hogar o personal de emergencia)
- b. Trabajé o fui voluntaria en el área de atención médica, pero no brindaba atención médica directa a pacientes (como ser personal administrativo, personal de limpieza, transporte de pacientes o secretaria de sala)
- c. Trabajé o fui voluntaria en un puesto en el que regularmente estaba en contacto con el público (como en educación, supermercados o tiendas, transporte público, restaurantes o servicios de alimentos, cumplimiento de la ley o servicios postales o de entrega)
- d. Trabajaba o fui voluntaria en un puesto que no estaba regularmente en contacto con el público
- e. Ninguna de las anteriores

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**COVID-19 Vaccine Supplemental Module – English PHONE Version**

**These next questions are about the COVID-19 vaccine.**

**The COVID-19 vaccine may include more than one shot or dose.**

**VC1. I am going to read a list of things that your doctor, nurse, or other health care worker may have done during *your most recent pregnancy*.** For each one, please tell me **No** if they did not do it, or **Yes** if they did.

|                                                              | <b>No</b><br>(1)      | <b>Yes</b><br>(2)     | <b>Ref</b><br>(8)     | <b>DKDR</b><br>(9)    |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Talked with you about the COVID-19 vaccine                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Recommended that you get the COVID-19 vaccine             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Offered to give you the COVID-19 vaccine                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Referred you to another place to get the COVID-19 vaccine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**VC2. During your *most recent pregnancy*, did you get at least one shot or dose of a COVID-19 vaccine?**

- ☐ (1) No
- ☐ (2) Yes → **Go to Question VC5**
- (Don't Read)**
- ☐ (8) Refused → **Go to Question VC5**
- ☐ (9) Don't Know / Don't Remember → **Go to Question VC5**

**VC3. I am going to read a list of reasons some people may have for not getting a COVID-19 vaccine during pregnancy.** For each one, please tell if it was a reason for you during your most recent pregnancy.

**(PROBE: Would you say that you did not get the COVID-19 vaccine during your pregnancy because \_\_\_\_?)**

|                                                                          | <b>No</b><br>(1)      | <b>Yes</b><br>(2)     | <b>Ref</b><br>(8)     | <b>DKDR</b><br>(9)    |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. You were not in one of the groups that could get the COVID-19 vaccine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. The vaccine was not available or ran out in your area                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. You couldn't get an appointment or were placed on a waiting list      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. You didn't have transportation to get to a vaccination site           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. The staff at the vaccination site didn't want to give you             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- the vaccine because you were pregnant
- f. You were concerned about possible side effects of the COVID-19 vaccine for your baby ☐ ☐ ☐ ☐
- g. You were concerned about possible side effects of the COVID-19 vaccine for yourself ☐ ☐ ☐ ☐
- h. You have an allergy or health condition that prevented you from getting the vaccine ☐ ☐ ☐ ☐
- i. Your doctor or healthcare provider told you not to get the vaccine ☐ ☐ ☐ ☐
- j. You had gotten the COVID-19 vaccine *before* your pregnancy ☐ ☐ ☐ ☐
- k. You already had COVID-19 ☐ ☐ ☐ ☐
- l. You didn't have enough information about the vaccine to feel comfortable getting it ☐ ☐ ☐ ☐
- m. You were concerned that the COVID-19 vaccine was developed too fast ☐ ☐ ☐ ☐
- n. You didn't think the vaccine would protect you against COVID-19 ☐ ☐ ☐ ☐
- o. You didn't think COVID-19 was a serious illness ☐ ☐ ☐ ☐
- p. You didn't think you were at risk for COVID-19 infection ☐ ☐ ☐ ☐
- q. You preferred using masks and other precautions instead ☐ ☐ ☐ ☐
- r. You don't think vaccines are beneficial ☐ ☐ ☐ ☐
- s. Did you have some other reason? ☐ ☐ ☐ ☐
- IF YES, ASK: What was it? \_\_\_\_\_

**VC4. Since your new baby was born, have you gotten a COVID-19 vaccine?**



No

(1)



Yes

(2)

**(Don't Read)**



Refused

(8)



Don't Know / Don't Remember

(9)

**VC5. I am going to read a list of sources of information. Please tell me which ONE you trust the *most* for receiving information about the COVID-19 vaccine.**

- ☐ (1) Your doctor, nurse, or other health care provider
- ☐ (2) Your pharmacist
- ☐ (3) Centers for Disease Control and Prevention or CDC website or reports
- ☐ (4) Food and Drug Administration or FDA website or reports
- ☐ (5) Your state or local health department
- ☐ (6) Family or friends
- ☐ (7) News reports such as television or radio news
- ☐ (8) Social media sites like Facebook
- ☐ (9) Websites about health or other topics
- Please tell us which sites: \_\_\_\_\_
- ☐ (10) Some other source
- Please tell us what source: \_\_\_\_\_

**VC6. I am going to read a list of descriptions of work or volunteer activities.** For each one, please tell me if it describes the work or volunteer activities you did during your most recent pregnancy.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                | No<br>(1)             | Yes<br>(2)            | Ref<br>(8)            | DKDR<br>(9)           |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. | You worked or volunteered providing direct medical care to patients such as being a doctor, nurse, dentist, therapist, home health care provider, or emergency responder                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. | You worked or volunteered in a health care setting, but <u>not</u> providing direct medical care to patients such as being administrative staff, cleaning staff, patient transport, or ward clerk                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. | You worked or volunteered in a position where you regularly came into contact with the public such as education, grocery or retail stores, public transportation, restaurants or food service, law enforcement, or postal or delivery services | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. | You worked or volunteered in a position where you did <u>not</u> regularly come in contact with the public                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. | <b>INTERVIEWER: If mom answers NO to all options</b>                                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    | <b>ASK:</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                       |                       |                       |

Would you say it was none of the above?

**Thank you for answering these questions!**

## COVID-19 Vaccine Supplemental Module – Spanish PHONE Version

**Las siguientes preguntas son sobre la vacuna contra el COVID-19.**

**La vacuna contra el COVID-19 puede incluir más de una inyección o dosis.**

**VC1. Voy a leer una lista de cosas que un doctor, enfermera u otro profesional de la salud puede haber hecho durante *su embarazo más reciente*. Para cada una, por favor dígame **No** si no lo hicieron o **Sí** si lo hicieron.**

|    |                                                                           | <b>No</b><br>(1)      | <b>Sí</b><br>(2)      | <b>Rechazó</b><br>(8) | <b>NS/NR</b><br>(9)   |
|----|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. | Habló con usted sobre la vacuna contra el COVID-19                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. | Recomendó que usted se pusiera la vacuna contra el COVID-19               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. | Le ofreció ponerle la vacuna contra el COVID-19                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. | Le refirió a otro lugar para que le pusieran la vacuna contra el COVID-19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**VC2. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió al menos una inyección o dosis de la vacuna contra el COVID-19?**



No

(1)



Sí → Pase a la Pregunta VC5

(2)

**(No Leer)**

Rechazó → Pase a la Pregunta VC5

(8)



No Sabe / No Recuerda → Pase a la Pregunta VC5

(9)

**VC3. Voy a leer una lista de razones que algunas personas pueden tener para no vacunarse contra el COVID-19 durante el embarazo.**

Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted durante su embarazo más reciente .

**(PREGUNTE:** ¿Diría que no se puso la vacuna contra el COVID-19 durante su embarazo porque \_\_\_\_?)

|                                                                                                     | <b>No</b><br>(1)      | <b>Sí</b><br>(2)      | <b>Rechazó</b><br>(8) | <b>NS/NR</b><br>(9)   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Usted no estaba en uno de los grupos que podían recibir la vacuna contra el COVID-19             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. La vacuna no estaba disponible o se acabó en su área                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. No pudo conseguir una cita o fue colocada en una lista de espera                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. No tenía transportación para llegar a un lugar de vacunación                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. El personal del centro de vacunación no quiso ponerle la vacuna porque usted estaba embarazada   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Le preocupaba la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para su bebé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Le preocupaban la posibilidad de efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para usted  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Tiene una alergia o problema de salud que le impide ponerse la vacuna                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Su médico o proveedor de atención médica le dijo que no se pusiera la vacuna                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Se había puesto la vacuna contra el COVID-19 <i>antes</i> de su embarazo                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Ya le había dado COVID-19                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l. No tenía suficiente información sobre la vacuna para sentirse cómoda en ponérsela                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m. Le preocupaba que la vacuna contra el COVID-19 se desarrolló demasiado rápido                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n. No pensaba que la vacuna le protegería contra el COVID-19                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- |    |                                                       |                       |                       |                       |                       |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| o. | No pensaba que el COVID-19 era una enfermedad grave   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| p. | No pensaba que estaba en riesgo de contraer COVID-19  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| q. | Prefirió usar mascarillas y otras precauciones en vez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| r. | No cree que las vacunas sean beneficiosas             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| s. | ¿Tuvo otra razón?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- **SI CONTESTA SI, PREGUNTE:** ¿Cuál fue?:  
\_\_\_\_\_

**VC4. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha sido vacunada contra el COVID-19?**

- ☐ No  
(1)
- ☐ Sí  
(2)
- (No Leer)**
- ☐ Rechazó  
(8)
- ☐ No Sabe / No Recuerda  
(9)

**VC5. Voy a leer un listado de fuentes de información. Por favor dígame en CUÁL usted confía *más* para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19.**

- ☐ Su doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica  
(1)
- ☐ Su farmacéutica  
(2)
- ☐ Sitio web o informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, conocido como CDC por sus siglas en inglés  
(3)
- ☐ Sitio web o informes de la Administración de Alimentos y Medicamentos, conocido como FDA por sus siglas en inglés  
(4)
- ☐ Su departamento de salud estatal o local  
(5)
- ☐ Familiares o amigos  
(6)
- ☐ Reportajes de noticias como las noticias de radio o televisión  
(7)
- ☐ Sitios de redes sociales como Facebook

(8)



Sitios web sobre la salud u otros temas

(9)

→ Por favor díganos que

sitios: \_\_\_\_\_



Alguna otra fuente

(10)

→ Por favor díganos que otra

fuente: \_\_\_\_\_

**VC6.****Voy a leer una lista de descripciones de trabajos****o actividades de voluntariado.**

Para cada una, por favor dígame si describe el trabajo o actividades de voluntariado que hizo durante su embarazo más reciente.

|                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>No</b><br>(1)      | <b>Sí</b><br>(2)      | <b>Rechazó</b><br>(8) | <b>NS/NR</b><br>(9)   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Trabajó o fue voluntaria brindando atención médica directa a pacientes como doctora, enfermera, dentista, terapeuta, proveedora de atención médica en el hogar o personal de emergencia                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Trabajó o fue voluntaria en el área de atención médica, pero <u>no</u> brindaba atención médica directa a pacientes como ser personal administrativo, personal de limpieza, transporte de pacientes o secretaria de sala                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Trabajó o fue voluntaria en un puesto en el que regularmente estaba en contacto con el público como en educación, supermercados o tiendas, transporte público, restaurantes o servicios de alimentos, cumplimiento de la ley o servicios postales o de entrega | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Trabajaba o fue voluntaria en un puesto que <u>no</u> estaba regularmente en contacto con el público                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. <b>ENTREVISTADOR: Si la mamá contesta NO a todas las opciones PREGUNTE:</b><br>¿Usted diría que no es ninguna de las anteriores?                                                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**¡Gracias por responder estas preguntas!**