PRENATAL PLUS

Forma para la evaluación inicial

Nombre _____ Fecha de nacimiento_____Núm. de Medicaid_____

Por favor conteste con honestidad las preguntas que aparecen en la columna de la izquierda para que así podamos ayudarle durante su embarazo. El coordinador del Programa Prenatal Plus llenará la sección sombreada de la derecha.

Historia del embarazo

1. ¿Ha estado embarazada anteriormente? ❑ Sí ❑ No
   (Si contestó **no**, vaya al #7.)

2. ¿Cuántos hijos tiene? _____

3. Incluyendo este embarazo, ¿cuántas veces ha estado embarazada?
   _____

4. ¿Ha tenido algún aborto natural? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿cuántos ha tenido? _____
   ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía en cada uno? _____

5. En sus embarazos anteriores, ¿ha tenido lo siguiente?
   - ❑ un bebé que nació 3 o más semanas antes de la fecha programada (menos de 37 semanas de gestación)
   - ❑ trabajo de parto prematuro
   - ❑ un bebé que al nacer pesó 5 libras con 8 onzas (2500 gramos) ó menos
   - ❑ preeclampsia, toxemia, o problema de presión alta relacionados con el embarazo
   - ❑ reposo en cama durante parte del embarazo
   - ❑ un bebé con defectos de nacimiento
   - ❑ diabetes ocasionada por el embarazo (problemas de azúcar en la sangre)
   - ❑ mortinato/ muerte fetal o infantil (el bebé muere durante el embarazo o después de nacer)
   - ❑ depresión durante o después del embarazo

6. ¿Le ha dado el pecho / amamantado a un bebé? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿por cuánto tiempo? _____
   ¿Por qué dejó de amamantarlo? _____
   ¿Tuvo algún problema(s)? ❑ Sí ❑ No

7. ¿Ha pensado darle el pecho / amamantar a su futuro bebé?
   ❑ Sí ❑ No

8. ¿Tiene gemelos / mellizos o trillizos? ❑ Sí ❑ No

9. ¿Estaba usando algún método anticonceptivo o del control de la natalidad cuando se embarazó? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí,** ¿qué método? _____

10. ¿Recibe atención prenatal de algún proveedor de servicios de salud?
    ❑ Sí ❑ No
    Si contesto **sí**, ¿quién es? _____

To Be Completed By Care Coordinator

G_____ P_____ AB_____ LC__
LMP_____ EDD _____

G	# of pregnancies including this one
P	# of deliveries
AB	# of abortions or miscarriages
LC	# of living children
LMP	Last menstrual period
EDD	Estimated date of delivery

Weeks Gestation at enrollment _____

Client's age at time of delivery _____

Clarify responses here:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Date of first prenatal care visit _____

Date of next prenatal care visit _____

Historia Médica

1. ¿Tiene un médico familiar? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿quién es? _____

2. ¿Tiene un dentista? ❑ Sí ❑ No
   ¿Tuvo un examen dental el año pasado? ❑ Sí ❑ No

3. ¿Le examinaron la vista el año pasado? ❑ Sí ❑ No

4. Los niños de su familia ¿tienen un médico? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿quién es? _____

5. ¿Sus hijos tienen todas sus vacunas y revisiones? ❑ Sí ❑ No

6. En estos momentos, ¿participa de algún programa en el que las enfermeras la visitan en su casa durante el embarazo? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿quién la visita? _____

7. Por favor marque si le han dicho que tuvo o tiene:
   - ❑ diabetes
   - ❑ presión arterial alta
   - ❑ problemas del hígado o hepatitis
   - ❑ SIDA o resultó VIH positivo

8. Desde su última regla/ menstruación ¿ha tomado lo siguiente?
   - ❑ Accutane (medicina para el acné)
   - ❑ pastillas para el control de la natalidad / anticonceptivas
   - ❑ antibióticos
   - ❑ tabletas o pastillas para el resfrío / catarro
   - ❑ pastillas contra la fiebre del heno
   - ❑ medicina para el dolor
   - ❑ Aspirina
   - ❑ Tylenol
   - ❑ pastillas para dormir
   - ❑ vitaminas prenatales
   - ❑ pastillas de hierro
   - ❑ otras vitaminas / minerales / hierbas
   - ❑ laxantes
   - ❑ pastillas para bajar de peso / de dieta
   - ❑ otras medicinas (por favor anote cuáles)

   _____
   _____

Alimentación y Ejercicio

1. En este embarazo ¿ha tenido alguna náusea o vómito? ❑ Sí ❑ No

2. ¿Tiene algún problema(s) que le dificulte comer? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí,** ¿qué es? _____

3. ¿Cuántas veces come cada día? _____

4. ¿Ahora tiene una dieta especial, por ejemplo: baja en calorías, baja en sal, baja en carbohidratos, para diabetes? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿por qué razón? _____
   _____

Clarify responses here:

Do a 24-hour recall if more diet information is needed or there are concerns.

5. ¿Siente deseos ("antojo") de comer cosas no comestibles como barro, almidón para ropa, trocitos de pintura, papel, tierra o hielo? ❑ Sí ❑ No
Si contestó **sí**, ¿qué desea comer, cuánto y con qué frecuencia?
_____

6. ¿Cuánto mide usted? _____
¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? _____

7. Si ha estado embarazada antes, ¿cuánto peso aumentó en cada embarazo?
_____

8. ¿Cuánto espera aumentar de peso durante este embarazo?
_____

9. ¿Hace usted ejercicio? ❑ Sí ❑ No
Si contestó **sí**, ¿qué tipo de ejercicio hace y con qué frecuencia?
_____

10. ¿Alguna vez le ha faltado comida? ❑ Sí ❑ No

11. ¿Siente que ahora tiene suficiente comida? ❑ Sí ❑ No

12. En el último año, ¿ha tratado de bajar de peso usando o haciendo algo de lo siguiente?
- ❑ usando laxantes
- ❑ provocándose vómito
- ❑ tomando diuréticos (pastillas para eliminar agua)
- ❑ tomando pastillas para adelgazar
- ❑ no comiendo con regularidad o dejando de comer alguna comida
- ❑ mucho ejercicio (excesivo)
- ❑ nada de lo mencionado anteriormente

13. ¿Alguna vez ha sentido que pierde el control sobre cuánto come?
❑ Sí ❑ No

14. ¿Ha pensado alguna vez o le han dicho que tuvo anorexia o bulimia?
❑ Sí ❑ No

Fuente de ingresos

1. El padre de su bebé ¿participa con usted del embarazo? ❑ Sí ❑ No
¿Él planea ayudarle con los gastos del bebé? ❑ Sí ❑ No

2. ¿Usted y su pareja trabajan ahora?
Usted ❑ Sí ❑ No Pareja ❑ Sí ❑ No
Si usted trabaja, ¿En qué trabaja? _____
Si su pareja trabaja, ¿cuál es su trabajo? _____

3. Marque si usted recibe:
- ❑ Medicaid
- ❑ Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)
- ❑ WIC
- ❑ Estampillas para alimentos
- ❑ Servicios para el examen, la revisión temprana o periódica de diagnóstico y tratamiento (EPSDT)
- ❑ Otros ingresos económicos o recursos _____

4. ¿Quiere información sobre alguno de los programas listados anteriormente?
❑ Sí ❑ No

Client's BMI Status and wt. gain recommendations

Client's BMI: _____
- ❑ Low (<19.8) 28-40 # gain
- ❑ Normal (19.8-26.0) 25-35 # gain
- ❑ High (26.1-29.0) 15-25 # gain
- ❑ Obese (>29.0) 15 # gain

Start weight gain grid. Refer to RD if weight gain below appropriate line or weight loss.

Is client's weight gain expectation appropriate? ❑ Yes ❑ No

Education provided on weight gain:
_____
_____
_____
_____

Clarify responses here:
_____
_____
_____
_____

Metas de educación o vocacionales

1. En estos momentos ¿está en la escuela? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿en qué año o grado escolar?_____

2. ¿Terminó sus estudios de preparatoria o tiene un diploma de 'GED'?
   ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **no**, ¿hasta que grado terminó en la escuela? _____
   ¿Está interesada en terminarlos? ❑ Sí ❑ No

3. ¿Tiene alguna discapacidad o problema de aprendizaje? ❑ Sí ❑ No

4. Después del nacimiento de su bebé ¿planea trabajar o regresar a la escuela?
   ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿qué tan pronto piensa hacerlo? _____

Vivienda

1. ¿Qué medio de transporte utiliza?_____

2. ¿Necesita información sobre el uso de camiones /autobuses o medios de transporte público? ❑ Sí ❑ No

3. ¿Dónde vive usted?
   ❑ en un apartamento, casa, o casa móvil
   ❑ en un albergue (en inglés "shelter")
   ❑ no tengo vivienda
   ❑ otro _____

4. ¿Cuántas veces se ha cambiado de casa en los últimos 12 meses?_____

5. Marque si en su vivienda **NO** tiene:
   ❑ una forma de cocinar los alimentos
   ❑ teléfono o teléfono celular
   ❑ refrigerador / frigorífico
   ❑ sistema de calefacción
   ❑ agua caliente
   ❑ escusado / inodoro
   ❑ tina de baño y/o regadera (ducha)

6. ¿Piensa usted que la situación de su vivienda actual es adecuada y segura?
   ❑ Sí ❑ No

7. Las personas que viven con usted en su casa:

Nombre	Parentesco con usted	Edad

8. ¿Tiene otros hijos que no viven con usted? ❑ Sí ❑ No
   Si contestó **sí**, ¿dónde viven ellos? _____

Client education and vocational goals:

Clarify responses here:

Medio Psicosocial

1. Cuándo supo que estaba embarazada, ¿cómo se sintió usted con la noticia? (Marque la mejor respuesta.)
   - ❑ Yo quería estar embarazada aún antes de estarlo
   - ❑ Ya quería estar embarazada
   - ❑ Quería estar embarazada después
   - ❑ No quería estar embarazada ni entonces ni en ningún tiempo futuro

2. ¿Cómo se siente el padre de su bebé sobre el embarazo?

3. Describa cómo eran sus padres mientras usted crecía / estaba creciendo.

4. Para usted, ¿qué es ser una buena mamá?

5. ¿Qué le causa a usted tensión o estrés?

6. Cuando está enfadada o enojada, ¿qué hace? (marque todo lo que sea aplicable):
   - ❑ llora
   - ❑ piensa en las cosas positivas que tiene, conserva la esperanza, reza, piensa "Yo puedo salir adelante / lograrlo"
   - ❑ habla con alguien
   - ❑ se mece o acurruca
   - ❑ ignora lo que le molestó
   - ❑ trata de mantenerse ocupada (ve televisión, escucha música, lee, va de compras)
   - ❑ practica la relajación
   - ❑ usa alguna droga o toma medicina(s)
   - ❑ bebe alcohol
   - ❑ come
   - ❑ trata de saber que está pasando (encontrar explicación)
   - ❑ fuma
   - ❑ sale a caminar
   - ❑ se duerme
   - ❑ sueña despierta
   - ❑ se pone fuera de control
   - ❑ se va de fiesta
   - ❑ piensa en el futuro
   - ❑ se desquita con alguna otra persona
   - ❑ otro _____

7. Anote las cosas que le ocurrieron el año pasado que fueron buenas y malas (cambio de trabajo, cambio de lugar de residencia, escuela, embarazo, matrimonio, divorcio, etc.)

Cosas buenas	Cosas malas

Clarify responses here:

8. ¿Qué siente que es lo mejor de usted misma? ¿Cuáles son sus puntos fuertes /los que le dan energía? Las personas que la conocen ¿Qué dirían que les gusta de usted?

9. ¿Quién es la persona que más la ayuda y le apoya en su vida?
_____

10. ¿Alguien le ha dado consejos sobre su embarazo? ❑ Sí ❑ No
Si contestó **sí**, ¿quién? _____

11. ¿Quién quisiera que le diera más ayuda / más apoyo?
_____

12. Alguna vez ha padecido o sentido alguno de los siguientes:
- ❑ depresión
- ❑ ansiedad
- ❑ depresión o melancolía del post-parto (en inglés "baby blues")
- ❑ maníaco-depresivo (en inglés "bi-polar")
- ❑ esquizofrenia
- ❑ otro _____

¿Le ha visto un consejero por alguno de los padecimientos listados anteriormente?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí,** ¿cuándo?_____
¿Por cuánto tiempo? _____

¿Tomó alguna medicina para este padecimiento?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿de qué tipo? _____
¿Cuándo fue la última vez que la tomó? _____
¿Quién se la recetó? _____

¿Estuvo hospitalizada por alguno de los padecimientos anteriores?
❑ Sí ❑ No Si estuvo, ¿cuándo? _____
¿Por cuánto tiempo? _____

13. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sufrido alguno de los problemas siguientes:

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Todo el tiempo
Tiene poco interés para hacer cosas	❑	❑	❑	❑
Sufre de tristeza, depresión o no tiene esperanza	❑	❑	❑	❑
Tiene problemas para dormir	❑	❑	❑	❑

14. ¿Le preocupa la depresión o melancolía que se siente después del parto?
❑ Sí ❑ No

15. ¿Ha pensado o tiene algún plan para hacerse daño físico?
❑ Sí ❑ No

16. En el pasado, ¿alguna vez intentó hacerse daño físico?
❑ Sí ❑ No
Si contestó **sí**, ¿cómo y cuándo? _____

17. ¿Tiene usted algún pensamiento o planes de dañar físicamente a alguna persona? ❑ Sí ❑ No

Clarify responses here:
_____

18. ¿En repetidas ocasiones la han considerado menos o la han ofendido / lastimado en sus sentimientos una y otra vez?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

19. ¿Ahora o alguna vez alguien le ha golpeado, cacheteado, pateado, empujado o hecho algún daño físico?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

20. ¿Ahora, o en otro momento, alguien la ha tocado haciendo que se sienta incómoda o le ha obligado a tener contacto sexual?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

21. ¿En su vida, alguien le ha hecho sentirse humillada, amenazada o con miedo? ❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

22. ¿Qué tan segura se siente con la forma en que vive?
❑ muy segura
❑ con algo de seguridad
❑ muy insegura
❑ no sé exactamente qué tan segura

23. ¿Alguna vez ha tenido algún encuentro con la ley (corte juvenil, libertad condicional o bajo palabra, cárcel)?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

24. ¿Ha sido acusada alguna vez de abuso o maltrato a menores?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

25. ¿Alguna vez ha participado del sistema de familias temporales (en inglés "foster care system")?
❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

Estilo de vida

Por favor conteste las preguntas siguientes con sinceridad para que podamos ayudarle a recibir la mejor atención posible para su bebé y para usted.

	Antes del embarazo	**Desde que estoy embarazada**
1. ¿Fuma cigarrillos?	❑ Sí ❑ No	❑Sí ❑ No
2. ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?	_____	_____
3. ¿Masca tabaco?	❑ Sí ❑ No	❑Sí ❑ No

4. ¿Su pareja o alguna otra persona en su casa fuma o usted está alrededor de alguien que fume? ❑ Sí ❑ No

5. Si fuma en estos momentos, o recientemente ha usado tabaco, por favor marque la mejor respuesta que refleje lo que ocurre:
❑ No quiero dejar de fumar
❑ He pensado dejar de fumar, pero no estoy lista todavía
❑ Quiero dejar de fumar pronto
❑ Dejé de fumar recientemente
❑ Ya no fumo y estoy segura que no voy a fumar de nuevo
❑ Dejé de fumar pero he empezado a fumar de nuevo

6. ¿Quisiera tener algún tipo de ayuda para dejar de fumar mientras está embarazada? ❑ Sí ❑ No

Clarify responses here:

**Para las siguientes preguntas, una bebida equivale a una botella de 12 onzas o una lata de cerveza, una copa de vino de 4 onzas, o un trago (una onza) de licor.

7. ¿Cuándo fue la última vez que bebió alcohol?
   - ❑ esta semana
   - ❑ la semana pasada
   - ❑ el mes pasado
   - ❑ hace ya_____meses
   - ❑ nunca

8. ¿Cuántas bebidas necesita tomar para empezar a sentir los efectos del alcohol? _____(número de bebidas)

9. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento por tener problemas con el alcohol?
   ❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

10. ¿Quisiera tener algún tipo de ayuda para dejar de beber mientras está embarazada? ❑ Sí ❑ No

11. ¿Cuándo fue la última vez que utilizó drogas?
    - ❑ en esta semana
    - ❑ la semana pasada
    - ❑ el mes pasado
    - ❑ hace _____ meses
    - ❑ nunca

	Antes de embarazo	**Desde que estoy embarazada**
12. ¿Huele gasolina, pegamento u otras substancias para "elevarse"?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
13. ¿Usa drogas?		
• marihuana	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• metanfetamina / “speed”	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• cocaína/ “crack”	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• heroína	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• éxtasis	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• "PCP" o “LSD”	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• ¿Usa agujas para inyectarse drogas?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
• otras drogas	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

14. ¿Alguna vez ha sido adicta a pastillas para el dolor como Percocet, Vicodin o Oxicontin? ❑ Sí ❑ No

15. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento por tener problema con drogas?
    ❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, ¿cuándo? _____

16. ¿Quisiera tener algún tipo de ayuda para dejar de usar drogas mientras está embarazada? ❑ Sí ❑ No

17. ¿Su pareja o alguna otra persona que viva en su casa tiene problemas de adicción al alcohol o con drogas? ❑ Sí ❑ No

Clarify responses here:

Educación y recursos existentes

El Programa Prenatal Plus puede ayudarle y darle información sobre su embarazo. Por favor, indique todos los temas que le interesen:

- ❑ cómo amamantar / darle pecho al bebé y otras opciones de alimentación infantil
- ❑ nutrición
- ❑ ejercicio
- ❑ asistencia para obtener alimentos
- ❑ opciones de trabajo
- ❑ recursos para ropa, muebles, artículos para bebé, etc.
- ❑ ayuda económica o financiera
- ❑ escuela
- ❑ viviendas o refugios
- ❑ asesorías, ayudas o consejerías
- ❑ como mejorar la relación con su pareja o con los parientes
- ❑ depresión después del parto o problemas de ansiedad
- ❑ cómo dejar de fumar
- ❑ humo de "segunda mano"
- ❑ cómo dejar de usar alcohol o drogas
- ❑ cómo enfrentar los cambios en el embarazo
- ❑ crecimiento y desarrollo del bebé
- ❑ cómo evitar tener un bebé prematuro o de peso bajo
- ❑ cómo aprender a ser padres de familia
- ❑ clases de preparación para el momento del nacimiento
- ❑ alumbramiento y parto
- ❑ los cuidados que necesitan su bebé y usted al regresar a casa
- ❑ planificación familiar / métodos de control de la natalidad
- ❑ guarderías infantiles
- ❑ otro _____

Clarify responses here:

Firma del cliente: _____ **Fecha en que se contestó:** _____

Care Coordinator Signature:_____ **Date Reviewed:** _____

Resumen de la evaluación / Assessment Summary: