

**Programa Prenatal Plus
Evaluación de Admisión**

A completar por el paciente y el coordinador de atención PPP.

Nombre del Paciente:		
Fecha de Nacimiento:	EDD:	Fecha de Inscripción:
Semanas de Gestación en el Momento de la Inscripción:	ID de Medicaid:	
Nombre del Coordinador de Atención:		Número de Teléfono:
Nombre de la Clínica:		Número de Fax:
Nombre del Médico:		

Sección 1: Razón(es) de Inscripción

El paciente corre el riesgo de tener malos resultados de salud materna y/o infantil debido a al menos uno (1) de los siguientes factores (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Antecedentes de recién nacidos anteriores de bajo peso al nacer
- ☐ Tener 18 años o menos en el momento de la concepción
- ☐ Tener 35 años o más en el momento de la concepción
- ☐ Consumo reciente o actual de alcohol
- ☐ Consumo reciente o actual de drogas ilícitas
- ☐ Fumador reciente o actual
- ☐ IMC antes del embarazo inferior a 18.5 kg/m²
- ☐ IMC pregestacional mayor o igual a 30 kg/m²
- ☐ Parto reciente (12 meses antes)
- ☐ Aumento de peso prenatal inadecuado
- ☐ Nivel de educación inferior al adecuado para la edad
- ☐ Madre soltera
- ☐ Discapacidad cognitiva o del desarrollo
- ☐ La socia no desea el embarazo o tiene sentimientos no resueltos con respecto al embarazo
- ☐ Experimentó una pérdida de embarazo
- ☐ Antecedentes o trastorno de salud mental actual, incluida la depresión
- ☐ Antecedentes de violencia doméstica o violencia doméstica actual
- ☐ Antecedentes de maltrato en la infancia
- ☐ Encarcelada en el último año, actualmente en libertad condicional o recibió una condena por un delito grave en los últimos 2 a 5 años.
- ☐ Ha estado sin hogar en los últimos 12 meses.
- ☐ Se mudó a los EE. UU. en los últimos 6 meses como refugiada o asilada política
- ☐ Se habla inglés como segunda lengua o vive en un hogar donde el inglés no es la lengua materna
- ☐ Miembro carece de apoyos sociales
- ☐ En los últimos 12 meses, miembro tuvo la muerte de alguien muy cercano a él/ella
- ☐ En los últimos 12 meses, su pareja fue a la cárcel
- ☐ En los últimos 12 meses, alguien muy cercano al miembro ha tenido problemas con las drogas o el alcohol
- ☐ En los últimos 12 meses, está o ha estado separada o divorciada de su pareja
- ☐ En los últimos 12 meses, su pareja perdió su trabajo
- ☐ En los últimos 12 meses, miembro perdió su trabajo
- ☐ En los últimos 12 meses, discutió con su pareja más de lo habitual
- ☐ En los últimos 12 meses, la pareja dijo que no quería que el miembro quedara embarazada
- ☐ En los últimos 12 meses, miembro tenía muchas facturas que no podía pagar
- ☐ En los últimos 12 meses, miembro estuvo en una pelea física
- ☐ El médico determina que el miembro corre el riesgo de tener un resultado negativo en la salud materna o infantil

Sección 2: Nutrición y Ejercicio

1. Durante este embarazo, ¿ha tenido náuseas o vómitos diarios o severos?

- ☐ Sí
- ☐ No

2. ¿Tiene algún problema que le dificulte comer o beber?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué?

3. Si ha estado embarazada antes, ¿cuánto peso ganó con cada embarazo?

4. ¿Hace ejercicio?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué hace para hacer ejercicio y con qué frecuencia?

5. ¿Está siguiendo alguna dieta especial ahora, como: baja en calorías, baja en sal, baja en carbohidratos, para diabéticos?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿por qué?

6. ¿Come o tiene antojos de artículos no alimenticios como arcilla, almidón para lavar ropa, trozos de pintura, papel, tierra o hielo?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué anhelaba/comía, cuánto y con qué frecuencia?

7. ¿Alguna vez se ha quedado sin comida?

- ☐ Sí
- ☐ No

8. ¿Cree que tiene suficiente comida ahora?

- ☐ Sí
- ☐ No

9. ¿Alguna vez ha pensado o le han dicho que tenía anorexia o bulimia?

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 3: Fuentes de Ingresos

1. ¿Trabaja actualmente?

- ☐ Sí
- ☐ No

2. ¿Recibe/desea recibir alguno de los siguientes?

- ☐ Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/Cupones de Alimentos)
- ☐ Ayuda a Hijos a Cargo (ADC) / Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
- ☐ Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- ☐ Subsidio de Cuidado Infantil

Sección 4: Metas Educativas/Vocacionales

1. ¿Asiste actualmente a la escuela?

- ☐ Sí
☐ No

Si la respuesta es no, ¿cuál es el último grado que terminó?

2. ¿Alguien le ha dicho que tiene una discapacidad de aprendizaje, cognitiva o del desarrollo?

- ☐ Sí
☐ No

3. Si respondió afirmativamente a la pregunta # 2, ¿le gustaría recibir ayuda para encontrar recursos específicos para la discapacidad o discapacidades?

- ☐ Sí
☐ No
☐ N/A

4. ¿Planea trabajar o ir a la escuela después de que nazca el bebé?

- ☐ Sí
☐ No
☐ N/A

Sección 5: Apoyos Sociales

¿Quiénes son personas de apoyo en su vida? (es decir, pareja, padres, iglesia, doula, amigos, compañeros de trabajo, otros familiares, etc.)

Sección 6: Arreglos de Vivienda y Transporte

1. ¿Qué medios de transporte utiliza? _____

2. ¿Dónde vive?

- ☐ Apartamento
☐ Casa
☐ Refugio
☐ Sin vivienda
☐ Otros _____

3. ¿Alguien más vive con usted en su casa?

- ☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre	Edad	Relación con usted

4. ¿Tiene otros hijos que no viven con usted?

- ☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, ¿dónde viven?

5. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses?

6. ¿Cree que su situación actual de vivienda es adecuada y segura?

- ☐ Sí
☐ No

Sección 7: Herramienta de Detección del Consumo de Sustancias

¿Usted...?	Antes del embarazo	Desde que quedó embarazada
1. ¿Fuma cigarrillos? En caso afirmativo, ¿cuántos al día?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
2. ¿Consume tabaco de mascar?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
3. ¿Usa cigarrillos electrónicos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

4. ¿Alguien fuma en su casa? ¿O está cerca de personas que están fumando?

- ☐ Sí
☐ No

5. Si actualmente fuma o ha consumido tabaco recientemente, consulte la mejor respuesta a continuación:

- ☐ No quiero renunciar
☐ He pensado en dejar de fumar, pero aún no estoy lista
☐ Quiero dejar de fumar pronto
☐ Recientemente dejé de fumar
☐ Dejé de fumar, pero he vuelto a empezar
☐ Dejé de fumar y no volveré a empezar
☐ N/A

6. ¿Cuántas veces en el último año ha consumido una droga ilegal o ha utilizado un medicamento recetado por motivos no médicos (por ejemplo, debido a la experiencia o la sensación que le causó)?

Para las siguientes preguntas, una bebida equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 4 onzas o un trago de 1 onza de licor fuerte.

7. ¿Cuándo fue su última copa?

- ☐ Esta semana
☐ La semana pasada
☐ El mes pasado
☐ Hace meses
☐ Nunca

8. ¿Cuántos tragos necesita para sentir los efectos del alcohol?

9. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por problemas con el alcohol?

- ☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

10. ¿Le gustaría recibir ayuda para dejar de beber alcohol durante el embarazo y/o la lactancia?

- ☐ Sí
☐ No

11. ¿Con qué frecuencia consume cannabis?

- ☐ Nunca
☐ Mensualmente o menos
☐ 2-4 veces al mes
☐ 2-3 veces por semana
☐ 4 o más veces a la semana

12. En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez que consumió cannabis?

- ☐ Esta semana
☐ La semana pasada
☐ El mes pasado
☐ Hace meses
☐ Nunca

13. ¿Alguna vez ha pensado en reducir o dejar de consumir cannabis?

- ☐ Nunca
- ☐ Sí, pero no en los últimos seis meses
- ☐ Sí, durante los últimos seis meses
- ☐ N/A

14. ¿Le gustaría recibir apoyo para disminuir su consumo de sustancias (incluido el cannabis) durante el embarazo y/o el posparto?

- ☐ Sí
- ☐ No

15. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por problemas con drogas o sustancias ilícitas?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

16. ¿Alguien en su casa tiene un problema con las drogas o el alcohol?

- ☐ Sí
- ☐ No

La sobredosis involuntaria de opioides es una de las principales causas de mortalidad materna. ¿Aceptaría una receta de naloxona para guardarla en su botiquín en caso de que usted o alguien que conoce necesite revertir una sobredosis?

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 8: Psicosocial

1. Cuando se enteró de que estaba embarazada, ¿cómo se sintió al respecto? (Marque la mejor respuesta)

- ☐ Quería quedar embarazada antes
- ☐ Quería quedar embarazada en ese momento
- ☐ Quería quedar embarazada más tarde
- ☐ No quería quedar embarazada en ese momento ni en ningún momento en el futuro.

Aclare la respuesta aquí:

2. ¿Qué le causa estrés?

3. Cuando está molesta, Usted... (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Lloro
- ☐ Cuenta sus bendiciones, espera, ora, piensa "Puedo lograrlo"
- ☐ Habla con alguien
- ☐ Se mece
- ☐ Lo ignora
- ☐ Trata de mantenerse ocupada (ver televisión, escuchar música, leer, ir de compras)
- ☐ Practica la relajación
- ☐ Consume drogas
- ☐ Bebe alcohol
- ☐ Come
- ☐ Trata de averiguar qué está pasando
- ☐ Fuma
- ☐ Sale a dar un paseo
- ☐ Duerme
- ☐ Sueña despierta
- ☐ Pierde los estribos
- ☐ Se va de fiesta
- ☐ Piensa en el futuro
- ☐ Se desquita con otra persona
- ☐ Otros: _____

Aclare la respuesta aquí:

4. ¿Qué cree que es lo mejor de sí misma? ¿Cuáles son sus fortalezas? ¿Qué dirían las personas que le conocen que les gusta de usted?

5. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ La depresión posparto o la "melancolía posparto"
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Otros

Aclare la respuesta aquí:

¿Acudió a un consejero para alguno de los anteriores? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Por cuánto tiempo?

¿Tomó medicamentos para alguno de los anteriores? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿Cuándo fue la última vez que lo tomó?

¿Quién lo recetó?

¿Estuvo hospitalizado por alguno de los anteriores? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Por cuánto tiempo?

6. ¿Le preocupa la depresión posparto o la "melancolía posparto"? ☐ Sí ☐ No

Aclare la respuesta aquí:

7. ¿Tiene algún pensamiento o plan sobre hacerse daño? ☐ Sí ☐ No

Aclare la respuesta aquí:

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

8. En el pasado, ¿alguna vez ha intentado hacerse daño? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cómo y cuándo?

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

9. ¿Tiene algún pensamiento o plan sobre lastimar a alguien más? ☐ Sí ☐ No

aclare la respuesta aquí:

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

10. ¿Alguna vez le han menospreciado o herido emocionalmente en repetidas ocasiones? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

11. ¿Está siendo ahora, o alguna vez ha sido golpeada, abofeteada, pateada, empujada o lastimada físicamente de alguna manera?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

3. ¿Ha sido usted alguna vez tocada de manera incómoda o forzada a un contacto sexual? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

1. ¿Alguien en su vida le hace sentir humillada, amenazada o asustada? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?

(En caso afirmativo, el paciente debe conectarse inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera administradora de casos de MCO)

2. ¿Qué tan segura se siente en su situación de vida actual?

☐ Muy segura

☐ Algo segura

☐ Muy insegura

☐ No estoy muy segura de qué tan segura

Aclare la respuesta aquí:

(Si el paciente declara que no es seguro, el paciente debe ser conectado inmediatamente con el médico, la enfermera o la enfermera del administrador de casos de MCO)

3. ¿Alguna vez ha estado involucrada con el sistema legal (tribunal de menores, libertad condicional, cárcel, libertad vigilada)?

Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

4. ¿Alguna vez ha estado en el sistema de cuidado de crianza? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

Firma del paciente: _____ Fecha de firma: _____

Firma del coordinador de atención: _____ Fecha de finalización: _____

Firma del clínico: _____ Fecha de revisión: _____

Recursos

A completar por el paciente y el coordinador de atención PPP. El coordinador de atención (CC) fechará y pondrá sus iniciales cuando se brinde información sobre los temas elegidos por el paciente.

El Programa Prenatal Plus tiene información útil para usted durante su embarazo. Por favor, marque los temas sobre los que desea obtener más información:

Tema		Fecha	Iniciales CC
☐	Nutrición		
☐	Ejercicio		
☐	Asistencia para conseguir alimentos		
☐	WIC - Programa para Mujeres, Infantes y Niños		
☐	Opciones de trabajo		
☐	Recursos para ropa, artículos para bebés, etc....		
☐	Ayuda financiera		
☐	Recursos para la escuela/GED		
☐	Vivienda/refugio		
☐	Recursos de calor para su hogar		
☐	Consejería		
☐	Llevarse bien con su pareja o familia		
☐	Cómo prevenir un bebé prematuro o de bajo peso al nacer		
☐	Dejar de fumar		
☐	Humo de segunda mano		
☐	Reducir/dejar de consumir drogas o alcohol		
☐	Cómo hacer frente a los cambios durante el embarazo		
☐	Crecimiento y desarrollo de su bebé		
☐	Cómo elegir un médico para su bebé		
☐	Trabajo de parto y parto		
☐	Clases de preparación para el parto		
☐	Lactancia materna y otras opciones de alimentación infantil		
☐	Cuidarse a sí misma y a su bebé después de llegar a casa		
☐	Depresión o ansiedad posparto		
☐	Paternidad		
☐	Guardería		
☐	Métodos anticonceptivos		
☐	Otros _____		

Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo _____ 0

Sí, la mayor parte del tiempo _____ 1

No, no muy a menudo _____ 2

No, en absoluto _____ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0

No tanto ahora _____ 1

Sin duda, mucho menos ahora _____ 2

No, en absoluto _____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

Tanto como siempre _____ 0

Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1

Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2

Prácticamente nunca _____ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, algunas veces _____ 2

No muy a menudo _____ 1

No, nunca _____ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

No, en absoluto _____ 0

Casi nada _____ 1

Sí, a veces _____ 2

Sí, muy a menudo _____ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Sí, bastante _____ 3

Sí, a veces _____ 2

No, no mucho _____ 1

No, en absoluto _____ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3

Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2

No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1

No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, a veces _____ 2

No muy a menudo _____ 1

No, en absoluto _____ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, bastante a menudo _____ 2

No muy a menudo _____ 1

No, en absoluto _____ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, bastante a menudo _____ 2

Ocasionalmente _____ 1

No, nunca _____ 0

10. He pensado en hacerme daño:

Sí, bastante a menudo _____ 3

A veces _____ 2

Casi nunca _____ 1

No, nunca _____ 0

PUNTUACIÓN TOTAL:

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 10 elementos. Es probable que las madres con puntuaciones superiores a 12 o 13 sufran de depresión y deben buscar atención médica. Se necesita una evaluación clínica cuidadosa por parte de un profesional de la salud para confirmar un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

Firma del coordinador de atención: _____

Fecha de revisión: _____

Firma del clínico: _____

Fecha de revisión: _____