**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Completado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de iniciación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de terminación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Esta herramienta debe ser completada tan pronto sea posible para las mujeres en período prenatal. El período prenatal es el que va desde el diagnóstico del embarazo hasta el nacimiento.**

**Algunos de los principales objetivos durante esta fase son:**

* **Mejorar la evaluación de los riesgos de salud para todas las embarazadas**
* **Brindar asesoramiento empírico para dejar de fumar**
* **Derivar y tratar a las mujeres con adicción a sustancias y trastornos mentales**
* **Incrementar el acceso a cuidados prenatales de calidad**
* **Apoyar los programas integrales de visitas domésticas.**

*Las preguntas y opciones de respuestas fueron seleccionadas en base a los factores que pueden afectar la salud de la mujer o las consecuencias del embarazo. La información proporcionada por la participante en esta herramienta de evaluación ayuda a Healthy Start a identificar lo que cada participante necesita y nos permite asegurarnos de que esté en contacto con los servicios de apoyo apropiados.*

*Por favor, lea las preguntas a la participante. Léale las respuestas solo cuando las instrucciones de las preguntas se lo indiquen.*

***Por favor, lea el siguiente enunciado a la participante:*** *Muchas gracias por tomarse el tiempo de realizar esta entrevista. La información que nos proporcione será confidencial, en la medida permitida por la ley. Si no desea responder una pregunta, no está obligada a hacerlo. Puede finalizar la entrevista en cualquier momento.*

# Preparación para la maternidad/Cuidados prenatales

## Comencemos con algunas preguntas sobre su embarazo.

## 1. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo lleva?

***PERSONAL: Por favor, ingrese la cantidad de semanas o meses.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_semanas O \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses

* No sabe
* No contesta

## 2. ¿Cuál es su fecha probable de parto?

Fecha de parto: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

* No sabe
* No contesta

***3. Cuando quedó embarazada de este bebé, ¿estaba intentando quedar embarazada?***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

## 4. ¿Cómo se siente por estar embarazada?

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante.***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Muy triste
* Triste
* No estoy segura
* Feliz
* Muy feliz

**NO LEA EN VOZ ALTA:**

* No sabe
* No contesta

## 5. ¿Qué método planea usar para alimentar a su bebé en las primeras semanas?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Solo leche materna (el bebé no recibirá leche de fórmula)
* Solo leche de fórmula
* Combinación de leche materna con leche de fórmula
* Todavía no lo sé
* No contesta

## 6. ¿Dónde planea tener a su bebé? ¿En un hospital, en una maternidad, en su casa o en algún otro lugar?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Hospital
* Maternidad
* Casa
* Otro lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

## 7. ¿De cuántas semanas estaba cuando hizo su primera visita de control prenatal? No tenga en cuenta la visita que fue solo para hacerse el análisis de embarazo o solo para el WIC (el Programa nutricional complementario para mujeres, bebés y niños).

***PERSONAL: Por favor, ingrese la cantidad de semanas O meses.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_semanas O \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses

* No sabe
* No contesta
* Nunca me hice un control prenatal (Vaya a la pregunta 8)

## 8. ¿Tuvo alguna dificultad para hacerse el control prenatal que quería o necesitaba?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 8.1)
* No (Vaya a la pregunta 9)
* No contesta (Vaya a la pregunta 9)

## 8.1 Por favor, cuénteme las razones por las que le resultó difícil hacerse el control prenatal.

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan.*

* El obstetra recién me dio turno para el final del primer trimestre
* El obstetra no quiso darme un turno porque ya tengo un embarazo avanzado, de \_\_\_\_\_\_\_ semanas
* No pude conseguir un turno para cuando yo quería
* No pude encontrar un médico o clínica que aceptara Medicaid
* Es difícil comunicarse con el doctor o la clínica
* Me resulta difícil entender lo que el doctor o la clínica me dice
* No he tenido el dinero o la cobertura médica suficiente para pagar mis visitas
* No tenía la credencial de Medicaid (o el nombre de Medicaid del estado)
* No tenía cómo llegar hasta la clínica o el consultorio del doctor
* No podía ausentarme del trabajo
* No tenía a nadie que cuide a mis hijos
* Tenía muchas otras cosas de que ocuparme en mi vida
* No sabía que estaba embarazada
* No quería que nadie supiera que estaba embarazada
* No quise hacerme un control prenatal
* Otra razón:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 9. Un médico o enfermera personal es un profesional de la salud que la conoce bien y está familiarizado con su historia clínica. Puede ser un médico clínico, un especialista, una enfermera o un asistente médico. ¿Tiene a alguien que considere su médico o enfermera personal?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí, una persona (~~Vaya a la pregunta 9.1~~)
* Sí, más de una persona (~~Vaya a la pregunta 9.1~~)
* No (~~Vaya a la pregunta 10~~)
* No sabe (~~Vaya a la pregunta 10~~)
* No contesta (~~Vaya a la pregunta 10~~)

## 10. ¿Hay algún lugar al que vaya HABITUALMENTE cuando no se siente bien o necesita hacer una consulta sobre su salud?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Sí (~~Vaya a la pregunta 10.1~~)
* No (Vaya a la pregunta 11)
* Hay más de un lugar (~~Vaya a la pregunta 11.1~~)
* No sabe (Vaya a la pregunta 11)
* No contesta (Vaya a la pregunta 11)

## 10.1 ¿A qué tipo de lugar suele ir cuando no se siente bien o necesita hacer una consulta sobre su salud? ¿Va a un consultorio médico, a una sala de emergencias, al departamento ambulatorio de un hospital, a una clínica o a algún otro lugar?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Consultorio médico
* Sala de emergencias de un hospital
* Departamento ambulatorio de un hospital
* Clínica o centro médico
* Centros de atención médica en tiendas o “clínicas al paso”
* Escuela (Enfermería, Oficina del entrenador deportivo)
* Otro lugar

## 11. Por favor, dígame qué tipo de seguro médico tiene:

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan.*

* Seguro privado a través de mi empleo o del empleo de mi esposo, pareja o padres
* Seguro comprado directamente a una compañía de seguros
* Medicaid, Medical Assistance u otro tipo de plan asistencial del gobierno para personas con bajos ingresos o discapacitadas
* TRICARE u otro seguro médico militar
* Seguro médico indígena
* Otro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No tengo seguro
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * La importancia del cuidado prenatal regular * La importancia de tener un médico o enfermera personal regular * La elegibilidad para Medicaid * El espaciamiento entre los embarazos * La lactancia * La alimentación del recién nacido * El trabajo de parto y el parto, incluido el trabajo de parto prematuro y la preparación para la cesárea   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se le ha ofrecido el servicio de:**   * Inscripción en Medicaid   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Inscripción en Medicaid * Obstetra/Ginecólogo * Médico de atención primaria * Cursos prenatales   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Determinantes sociales de la salud

## 12. ¿Está casada, vive con su pareja, está separada, divorciada, es viuda o nunca se ha casado?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Casada o vive con su pareja
* Separada
* Divorciada
* Viuda
* Nunca se casó
* No contesta

## 13. Actualmente es …

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante*:**

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Empleada en relación de dependencia
* Trabajadora autónoma
* Desempleada desde hace más de 1 año
* Desempleada desde hace menos de 1 año
* Ama de casa
* Estudiante
* Retirada
* No puede trabajar

**NO LEA EN VOZ ALTA**

* No contesta

## 14. ¿Cuáles son los ingresos totales anuales de su hogar antes de impuestos? Incluir sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja y cualquier otro ingreso que pueda haber recibido. Toda la información se mantendrá en privado y no afectará ningún servicio que esté recibiendo.

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Menos de $10.000
* Entre $10.000 y $15.000
* Entre $15.000 y $20.000
* Entre $20.000 y $25.000
* Entre $25.000 y $35.000
* Entre $35.000 y $50.000
* Más de $50.000
* No sabe
* No contesta

## 15. ¿Cuántas personas viven con estos ingresos?

***PERSONAL: Ingrese la cantidad de personas.***

\_\_\_\_\_ Adultos mayores de 18 años

\_\_\_\_\_ Niños menores de 17 años

* No sabe
* No contesta

## 16. La siguiente pregunta se refiere a su posibilidad de comprar los alimentos que necesitó. ¿Cuál de estos enunciados describe mejor la situación alimenticia de su hogar en los ÚLTIMOS 12 MESES?

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante.***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Siempre pudimos comprar alimentos sanos y nutritivos.
* Nunca nos faltó alimento, pero no siempre podíamos comprar el tipo de alimento que deberíamos comer.
* Algunas veces no nos alcanzaba el dinero para comer.
* Muchas veces no nos alcanzaba el dinero para comer.

**NO LEA EN VOZ ALTA**

* No contesta

***17. ¿Cuál es el código postal del lugar donde vive?***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* No sabe
* No contesta

PERSONAL: Si el código postal ha cambiado, actualice la dirección y la información de contacto (preguntas 2 y 3) en la herramienta de evaluación demográfica.

## 18. ¿Es propietaria, inquilina, vive en una vivienda social, vive con un familiar o no tiene hogar?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Es propietaria o comparte su propia casa, condominio o apartamento (Vaya a la pregunta 19)
* Alquila o comparte su propia casa o apartamento (Vaya a la pregunta 18.1)
* Vive en una vivienda social (recibe ayuda para pagar el alquiler, como en la Sección 8) (Vaya a la pregunta 18.1)
* Vive con sus padres o algún familiar (Vaya a la pregunta 18.1)
* No tiene hogar (Vaya a la pregunta 18.2)
* Otra alternativa (Especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vaya a la pregunta 18.1)
* No contesta (Vaya a la pregunta 19)

## 18.1 ¿Es este un lugar donde se puede quedar regularmente? Un “lugar donde se puede quedar regularmente” es una casa, apartamento, habitación u otra vivienda donde se pueda quedar por más de 30 días seguidos.

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 19)
* No (Vaya a la pregunta 19)
* No sabe (Vaya a la pregunta 19)
* No contesta

(Vaya a la pregunta 19)

## 18.2. ¿Comparte la vivienda con alguien, vive en un refugio de emergencia o transitorio o en alguna otra vivienda alternativa?

* No tiene hogar y comparte la vivienda con alguien
* Vive en un refugio de emergencia o transitorio
* Otra alternativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

## 19. ¿Tiene algún problema de vivienda?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 19.1)
* No (Vaya a la pregunta 20)
* No sabe (Vaya a la pregunta 20)
* No contesta (Vaya a la pregunta 20)

## 19.1. ¿Qué problemas le preocupan con respecto a su situación de vivienda?

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan.*

* Recibió un aviso de desalojo
* No pagó el alquiler o adeuda alquileres
* No puede seguir pagando el alquiler porque perdió el subsidio para vivienda, el trabajo u otra fuente de ingresos
* No pagó los servicios o le cortaron los servicios
* Problemas de limpieza (no puede mantener la limpieza del lugar donde vive)
* La vivienda ha sido o será declarada inhabitable
* El amigo o familiar ha sido desalojado o corre el riesgo de ser desalojado
* Amenaza de abuso por parte de la pareja, el familiar u otros
* La despidieron o ya no puede continuar en servicio
* Conflicto personal con otras personas
* Otros problemas de salud o seguridad
* Otros problemas de alquiler (describir):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otros problemas (describir):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No sabe
* No contesta

## 20. Voy a leer una lista de servicios. Por favor, dígame si está recibiendo el servicio, si lo ha solicitado y está esperando una respuesta, si necesita los servicios o si no necesita los servicios. Le quiero recordar que le hacemos estas preguntas para poder brindarle el mejor servicio a su familia.

***PERSONAL: Por favor, lea cada uno de los siguientes servicios a la participante e ingrese una respuesta para cada servicio.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lo está recibiendo** | **Lo ha solicitado** | **Lo necesita** | **No corres-ponde** | **No contesta** |
| Vales de asistencia social infantil |  |  |  |  |  |
| Ayuda de emergencia para ancianos, discapacitados y niños (EAEDC) |  |  |  |  |  |
| Cupones para alimentos/SNAP |  |  |  |  |  |
| Servicio de calefacción subsidiado |  |  |  |  |  |
| Servicios de inmigración |  |  |  |  |  |
| Servicios legales |  |  |  |  |  |
| Vivienda social |  |  |  |  |  |
| Vale del Art. 8 |  |  |  |  |  |
| Seguro por discapacidad de la Seguridad Social (SSDI) |  |  |  |  |  |
| Ingresos de la Seguridad Social (SSI) |  |  |  |  |  |
| Ayuda transitoria a familias con hijos dependientes (TAFDC) |  |  |  |  |  |
| Ayuda temporaria a familias necesitadas (TANF) |  |  |  |  |  |
| Vivienda tribal |  |  |  |  |  |
| Servicios subsidiados |  |  |  |  |  |
| Programa nutricional complementario para mujeres, bebés y niños (WIC) |  |  |  |  |  |
| Otro (especificar) |  |  |  |  |  |

## 21. ¿Tiene actualmente alguna causa abierta en los Servicios de Protección de Menores?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

|  |  |
| --- | --- |
| **SEGUIMIENTO** | |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Vales de asistencia social infantil * Ayuda de emergencia para ancianos, discapacitados y niños (EAEDC) * Cupones para alimentos/SNAP * Servicio de calefacción subsidiado * Servicios de inmigración * Servicios legales * Vivienda social * Vale del Art. 8 * Seguro por discapacidad de la Seguridad Social (SSDI) * Ingresos de la Seguridad Social (SSI) * Ayuda transitoria a familias con hijos dependientes (TAFDC) * Ayuda temporaria a familias necesitadas (TANF) * Vivienda tribal * Servicios subsidiados * Programa nutricional complementario para mujeres, bebés y niños (WIC) * Otro (especificar)   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Se la derivó a:**   * Vales de asistencia social infantil * Ayuda de emergencia para ancianos, discapacitados y niños (EAEDC) * Cupones para alimentos /SNAP * Servicio de calefacción subsidiado * Servicios de inmigración * Servicios legales * Vivienda social * Vale del Art. 8 * Seguro por discapacidad de la Seguridad Social (SSDI) * Ingresos de la Seguridad Social (SSI) * Ayuda transitoria a familias con hijos dependientes (TAFDC) * Ayuda temporaria a familias necesitadas (TANF) * Vivienda tribal * Servicios subsidiados * Programa nutricional complementario para mujeres, bebés y niños (WIC) * Otro (especificar)   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Vecindario y comunidad

## 22. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su vecindario o comunidad. Por favor, dígame si está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los siguientes enunciados

***PERSONAL: Por favor, lea los siguientes enunciados a la participante e ingrese una respuesta para cada uno.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **Enunciado** | **De acuerdo** | **En desacuerdo** | **No sabe** | **No contesta** |
| **22.1** | La gente de mi vecindario o comunidad se ayuda mutuamente |  |  |  |  |
| **22.2** | En este vecindario o comunidad nos cuidamos a nuestros hijos mutuamente |  |  |  |  |

## 23. ¿Con qué frecuencia se siente segura en su comunidad o vecindario? ¿Diría que nunca, a veces, generalmente o siempre?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Nunca
* A veces
* Generalmente
* Siempre
* No contesta

24. ***¿Con qué frecuencia participa en actividades escolares, comunales o vecinales? ¿Diría que todos los días, todas las semanas, todos los meses, unas pocas veces al año, menos de una vez al año o nunca***?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Todos los días
* Todas las semanas
* Todos los meses
* Unas pocas veces al año
* Menos de una vez al año
* Nunca
* No contesta

## 25. ¿Con qué frecuencia se junta o habla con familiares, amigos o vecinos? ¿Diría que todos los días, todas las semanas, todos los meses, unas pocas veces al año, menos de una vez al año o nunca?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Todos los días
* Todas las semanas
* Todos los meses
* Unas pocas veces al año
* Menos de una vez al año
* Nunca
* No contesta

# Salud y antecedentes médicos

## 26. En general, ¿podría decir que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Excelente
* Muy buena
* Buena
* Regular
* Mala
* No sabe
* No contesta

## 27. En general, ¿podría decir que su salud mental y emocional es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Excelente
* Muy buena
* Buena
* Regular
* Mala
* No sabe
* No contesta

## 28.1 ¿Cuánto mide sin zapatos?

*Por favor, ingrese la altura en pies y pulgadas.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas

* No sabe
* No contesta

## 28.2 ¿Cuánto pesaba justo antes de quedar embarazada?

*Por favor, ingrese el peso en libras.*

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ libras

* No sabe
* No contesta

## 28.3 ¿Cuánto pesa ahora?

*Por favor, ingrese el peso en libras.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ libras

* No sabe
* No contesta

## 29. ¿Alguna vez algún prestador médico le ha dicho que tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

***PERSONAL: Seleccione una sola respuesta para cada pregunta. Si la participante dice haber tenido alguno de los problemas de salud, pregúntele si lo sigue teniendo.***

**Asma (problemas respiratorios/resuello)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Enfermedad autoinmune [Lupus (LES), Artritis reumatoide (AR), etc.]**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Cáncer**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Enfermedad cardiovascular (problemas cardíacos)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Depresión u otros problemas de salud mental (ansiedad, bipolaridad)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Diabetes (alto contenido de azúcar en sangre)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Diabetes gestacional**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Trastornos alimenticios (anorexia/bulimia)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Hipertensión arterial**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Anemia por falta de hierro**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**PKU (fenilquetonuria)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Enfermedad renal (problemas de riñón)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Convulsiones (Epilepsia)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Anemia falciforme**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Trombofilia (coágulos sanguíneos)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Enfermedad de tiroides – híper/hipotiroidismo (hiperactividad o baja actividad de la tiroides)**

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**Otro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si contesta que **Sí**, preguntar: ¿Lo sigue teniendo actualmente?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

## PERSONAL: Si la participante tiene actualmente alguno de estos problemas, vaya a la pregunta 29.1. Si la participante no tiene actualmente ninguno de estos problemas, vaya a la pregunta 30.

## 29.1 Por favor, dígame por cuál o cuáles de los siguientes problemas de salud ha visitado a un prestador médico en los últimos 6 meses.

*Seleccionar todas las opciones que correspondan.*

* Asma (problemas respiratorios/resuello)
* Enfermedad autoinmune (como lupus (LES), Artritis reumatoide (AR))
* Cáncer
* Enfermedad cardiovascular (problemas cardíacos)
* Depresión u otros problemas de salud mental   
  (ansiedad, bipolaridad)
* Diabetes (alto contenido de azúcar en sangre)
* Diabetes gestacional
* Trastornos alimenticios (Anorexia/bulimia)
* Hipertensión arterial
* Anemia ferropénica
* PKU (fenilquetonuria)
* Enfermedad renal (problemas de riñón)
* Convulsiones (Epilepsia)
* Anemia falciforme
* Trombofilia (coágulos sanguíneos)
* Enfermedad de tiroides—(híper/hipotiroidismo (hiperactividad o baja actividad de la tiroides)
* Ninguno
* No contesta

## 30. ¿Tiene algún dolor actualmente?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No contesta

## 31. ¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? Le preguntamos sobre estos medicamentos porque se sabe que afectan al feto.

## PERSONAL: Pregunte a la participante específicamente por cada uno de los siguientes medicamentos e ingrese una respuesta para cada uno.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Está tomando:** | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| Analgésicos (como morfina, codeína, oxicodina, vicodina o metadona) |  |  |  |  |
| Anticoagulantes (como Coumadin, heparina, o Lovenox ) |  |  |  |  |
| Hormonas masculinas (como testosterona ) |  |  |  |  |
| Antibióticos (como tetraciclina, doxiciclina, metronidazol o estreptomicina, trimetoprima, Bactrim, Septra ) |  |  |  |  |
| Medicación para convulsiones o epilepsia (such as valproato, Dilantin o Depakote ) |  |  |  |  |
| Medicación para el acné  (como isotretinoin,  Retin-A ) |  |  |  |  |
| Medicación para la hipertensión (inhibidores de la ECA como Capoten, Vasotec, Lotensin ) |  |  |  |  |
| Medicación para bajar el colesterol (estatinas, como Lipitor, Pravachol, Zocor, Mevacor ) |  |  |  |  |
| Antidepresivos (como litio, Paxil ) |  |  |  |  |

## 32. ¿Su médico está al tanto de todos los medicamentos que toma, tanto los recetados como los de venta libre.

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta
* No estoy tomando ningún medicamento

## 33. Durante el último mes, ¿cuántas veces por semana tomó un multivitamínico, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* No tome ningún multivitamínico, vitamina prenatal ni vitamina con ácido fólico
* Entre 1 y 3 veces por semana
* Entre 4 y 6 veces por semana
* Todos los días de la semana
* No sabe
* No contesta

## 34. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un análisis para detectar enfermedades o infecciones de transmisión sexual?

***PERSONAL: Por favor, lea cada enfermedad/infección de transmisión sexual a la participante e ingrese una respuesta para cada una.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad/ Infección de transmisión sexual** | **Hace menos de 6 meses** | **Entre 6 meses y 1 año** | **Hace más de 1 año** | **Nunca** | **No sabe** | **No contesta** |
| Clamidia |  |  |  |  |  |  |
| Gonorrea |  |  |  |  |  |  |
| Herpes simple |  |  |  |  |  |  |
| VIH |  |  |  |  |  |  |
| Sífilis |  |  |  |  |  |  |
| Otra: |  |  |  |  |  |  |

## 35. ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades contagiosas?

***PERSONAL: Por favor, lea cada enfermedad contagiosa a la participante e ingrese una respuesta para cada una.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad contagiosa** | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| Toxoplasmosis |  |  |  |  |
| Tuberculosis |  |  |  |  |
| Citomegalovirus |  |  |  |  |
| Hepatitis B o C |  |  |  |  |
| Zika |  |  |  |  |
| Clamidia |  |  |  |  |
| Gonorrea |  |  |  |  |
| Herpes simple |  |  |  |  |
| VIH |  |  |  |  |
| Sífilis |  |  |  |  |
| Otra: |  |  |  |  |

## 36. ¿Cuánto hace que un dentista/higienista no le hace una limpieza dental? ¿Diría que hace menos de seis meses, entre seis meses y un año, hace más de un año o nunca?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Hace menos de seis meses
* Entre seis meses y un año
* Hace más de un año
* Nunca
* No sabe
* No contesta

## 37. ¿Con qué frecuencia utiliza el cinturón de seguridad cuando viaja en un auto, camión o camioneta?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Nunca
* A veces
* Siempre
* No aplicable (no viaja en auto, camión o camioneta)
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Cómo mantener un peso sano y cuánto se debería aumentar durante el embarazo * Nutrición * Ejercicio físico * La importancia de las vitaminas/ácido fólico prenatales * La aplicación de vacunas * La aplicación de la vacuna antigripal * Consejos sobre los viajes * Infecciones de transmisión sexual * Cómo mantener los dientes sanos * Riesgos de salud durante el embarazo * El uso del cinturón de seguridad durante el embarazo   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Se ha brindado:**   * Asesoramiento nutricional * Vacunas: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Evaluación de los dolores   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Se la derivó a:**   * Médico de atención primaria * Nutricionista * Dentista * Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Salud mental

## 38. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas: nunca, varios días, más de la mitad de los días o casi todos los días?

***PERSONAL: Lea cada problema a la participante e ingrese un puntaje para cada pregunta.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **Problema** | **Nunca** | **Varios días** | **Más de la mitad de los días** | **Casi todos los días** | **Puntaje** |
| 38.1 | Falta de interés o placer al hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 38.2 | Se sintió desanimada, deprimida o desesperanzada | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Puntaje total |  |  |  |  |  |

**NOTA**: Ingrese el número que coincida con la respuesta de la participante en la última columna y sume el puntaje de ambas respuestas para obtener el puntaje final. Si el puntaje final es mayor que 3, se necesita una mayor evaluación.

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * La depresión postparto leve o severa * Recursos locales para casos de depresión   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Se ha ofrecido:**   * Más evaluaciones usando herramientas empíricas, como la evaluación PHQ-9 o la evaluación de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) * Asesoramiento   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Se la derivó a:**   * Centro de salud mental * Médico de atención primaria * Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Uso de sustancias

## Si no le molesta, me gustaría hacerle algunas preguntas para poder brindarle una mejor atención. Estas preguntas están relacionadas con su experiencia con el alcohol, los cigarrillos y otras drogas. Algunas de las sustancias que le mencionaré son recetadas por un médico (como los analgésicos), pero solo las registraré si las ha tomado por otros motivos o en otras dosis que no hayan sido los recetados. También el preguntaré sobre el uso de drogas ilícitas o ilegales.

## 39. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido lo siguiente?

***PERSONAL: Lea las sustancias y las respuestas a la participante e ingrese una respuesta para cada una.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sustancia** | **Nunca** | **Una o dos veces al mes** | **Todas las semanas** | **Todos los días o casi todos los días** | **No contesta** |
| **Alcohol** (más de 4 tragos por día) |  |  |  |  |  |
| **Productos de tabaco**  (incluidos cigarrillos, tabaco masticable, rapé, iqmik, u otros productos de tabaco como snus Camel Snus, orbs, cigarrillos electrónicos, grageas, cigarros, o pipa de agua) |  |  |  |  |  |
| **Drogas que alteran el estado de ánimo** (incluida la marihuana) |  |  |  |  |  |
| **Drogas recetadas, sin motivos médicos** (opioides, píldoras para adelgazar) |  |  |  |  |  |
| **Drogas ilegales** (cocaína, crack, heroína, estimulantes/anfetaminas/ metanfetaminas, PCP, LSD) |  |  |  |  |  |

## 40. ¿Fuma actualmente cigarrillos o consume algún producto de tabaco?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Sí
* No
* No contesta

## 41. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor las reglas sobre el consumo de tabaco dentro de su casa actualmente?

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante.***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* No permito que nadie fume dentro de mi casa
* Se puede fumar solo en algunas habitaciones y en determinados momentos
* Se puede fumar en cualquier parte de mi casa

**NO LEA EN VOZ ALTA:**

* No contesta

## 42. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor a su consumo actual de alcohol, INCLUIDA la cerveza y los refrescos de vino?

***PERSONAL: Por favor, lea las siguientes respuestas a la participante.***

*Seleccionar solo una respuesta*

* Bebo alcohol regularmente – casi lo mismo que bebía antes de saber que estaba embarazada
* Bebo alcohol regularmente pero menos que antes de saber que estaba embarazada
* Bebo alcohol de vez en cuando
* He dejado de beber alcohol desde que supe que estaba embarazada
* No bebía alcohol cuando me enteré de que estaba embarazada ni bebo alcohol actualmente

**NO LEA EN VOZ ALTA:**

* No sabe
* No contesta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEGUIMIENTO** | | |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Potenciales efectos del tabaco en el embarazo * Potenciales efectos del alcohol en el embarazo * Potenciales efectos del uso de drogas en el embarazo * Cómo dejar de fumar   **Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Se realizaron otras evaluaciones:**   * TWEAK, T-ACE, o 4 Ps (si respondió que “Sí” al elevado consumo de alcohol por más de 1 día [para las mujeres, más de 4 tragos por día]) * Evaluación NIDA-Modified ASSIST o el cuestionario DAST-10 (en caso de consumo de drogas ilegales o de drogas recetadas sin motivos médicos) * Se brindó tratamiento breve   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Se la derivó a:**   * Línea para dejar de fumar * Especialista en salud conductual * Médico de atención primaria * Programa de tratamiento por abuso de sustancias * Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Seguridad personal

## 43. Nos preocupa la seguridad de todas las participantes. Por favor, responda las siguientes preguntas sobre las experiencias que pudo haber tenido en los últimos 12 meses para que podamos ayudarla, si fuera necesario.

***PERSONAL: Por favor, lea cada pregunta a la participante e ingrese una respuesta para cada una.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **En los últimos 12 meses…** | **Sí** | **No** | **No contesta** |
| 43.1 | ¿Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera? |  |  |  |
| 43.2 | ¿Temió por su seguridad o la de su familia por las actitudes agresivas o las amenazas de su esposo o pareja? |  |  |  |
| 43.3 | ¿Su esposo o pareja intentó controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlar con quién hablaba o a dónde iba? |  |  |  |
| 43.4 | ¿Su esposo o pareja la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, la tomó del cuello o la lastimó físicamente de alguna otra forma? |  |  |  |
| 43.5 | ¿Su esposo o pareja la obligó a tocarlo o a tener relaciones sexuales cuando usted no quería? |  |  |  |
| 43.6 | ¿Alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma? |  |  |  |

## 44. ¿Tiene armas en su casa?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Sí
* No
* No contesta
* No sé

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |

|  |
| --- |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Qué hacer si usted o alguien que conoce tiene una pareja que la lastima físicamente * Uso seguro de las armas   **Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   * Se la derivó a un programa de violencia doméstica local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Estrés y discriminación

## Todos nos hemos sentido estresados alguna vez y el estrés suele ser parte de nuestra vida diaria. Pero, si usted padece de estrés durante un período prolongado, puede ser perjudicial tanto para su mente como para su cuerpo. El estrés influye sobre su estado de ánimo, su sensación de bienestar, su conducta y su salud en general. Le hacemos las siguientes preguntas para saber qué cosas la estresan a diario y así poder ayudarla a reducir el estrés en su vida.

## 45. Esta pregunta es sobre las cosas que le pudieron haber pasado en los últimos doce meses. Para cada ítem, coloque un tilde en “no”, si no le ha ocurrido, o “sí”, si le ocurrió. (Puede ser útil mirar un calendario al responder estas preguntas).

***PERSONAL: Lea cada hecho a la participante e ingrese una respuesta para cada uno.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **Hecho** | **Sí** | **No** |
| 45.1 | Un familiar cercano se enfermó gravemente y tuvo que ser hospitalizado |  |  |
| 45.2 | Me separé o divorcié de mi esposo o pareja |  |  |
| 45.3 | Me mudé a otra casa |  |  |
| 45.4 | No tenía hogar y tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio |  |  |
| 45.5 | Mi esposo o pareja / padre o tutor perdió su trabajo |  |  |
| 45.6 | Perdí mi trabajo aunque quería continuar trabajando |  |  |
| 45.7 | Mi esposo, pareja, padre, tutor tuvo, o yo tuve una reducción del horario laboral o sueldo |  |  |
| 45.8 | Estuve separada de mi esposo o pareja / padre o tutor por un despliegue militar o por un viaje laboral prolongado |  |  |
| 45.9 | Discutí con mi esposo o pareja/padre o tutor más de lo habitual |  |  |
| 45.10 | Mi esposo o pareja/padre o tutor me dijo que no quería que yo quedara embarazada |  |  |
| 45.11 | Tuve problemas para pagar el alquiler, la hipoteca u otras cuentas |  |  |
| 45.12 | Mi esposo, pareja, padre o tutor fue, o yo fui a prisión |  |  |
| 45.13 | Alguien muy cercano a mí tuvo problemas con la bebida o las drogas |  |  |
| 45.14 | Alguien muy cercano a mí falleció |  |  |

## 46. El siguiente grupo de preguntas se refiere a la forma en que ha sido tratada. En su vida diaria, ¿con qué frecuencia le ha ocurrido alguna las siguientes cosas? ¿Diría que casi todos los días, al menos una vez por semana, unas pocas veces al mes, unas pocas veces al año, menos de una vez al año o nunca?

***PERSONAL: Lea cada forma de trato a la participante e ingrese una respuesta para cada uno.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **Trato** | **Casi todos los días** | **Al menos una vez por semana** | **Unas pocas veces al mes** | **Unas pocas veces al año** | **Menos de una vez al año** | **Nunca** | **No contesta** |
| 46.1 | La tratan con menos amabilidad o respeto que a los demás. |  |  |  |  |  |  |  |
| 46.2 | La atienden peor que a las demás personas en los restaurantes, tiendas o servicios sociales. |  |  |  |  |  |  |  |
| 46.3 | La gente la trata como si no fuera inteligente. |  |  |  |  |  |  |  |
| 46.4 | La gente la trata como si le tuvieran miedo. |  |  |  |  |  |  |  |
| 46.5 | La amenazan u hostigan. |  |  |  |  |  |  |  |

**PERSONAL:**

**Si la participante responde “unas pocas veces al año” o una frecuencia mayor en cualquiera de los casos mencionados, por favor vaya a la pregunta 47.**

**Si la participante responde “menos de una vez al año”, “nunca”, o no contesta en todos los casos mencionados, vaya a la pregunta 48.**

## 47. ¿Cuál cree que es el motivo principal por el que la tratan de esa forma?

*Seleccionar solo una respuesta*.

* Sus ancestros o nacionalidad
* Su género
* Su raza
* Su edad
* Su religión
* Su altura
* Su peso
* Algún otro aspecto físico
* Su orientación sexual
* Su nivel de educación o ingresos
* Su tono de piel
* Una discapacidad física
* Otro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre recursos para el manejo del estrés**   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   * **Se brindó asesoramiento sobre el manejo del estrés**   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Centro de salud mental * Médico de atención primaria * Otro: especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Apoyo social/Participación del padre o la pareja

## Muchas veces, la gente busca compañía, ayuda u otro tipo de apoyo en las demás personas. Estas preguntas se refieren al tipo de apoyo que podría tener si lo necesitara. Si no está segura sobre qué respuesta elegir, por favor elija la que más se aproxime a su descripción.

## 48. Para las siguientes preguntas, usted tiene las siguientes opciones de respuestas: nunca, muy pocas veces, algunas veces, muchas veces o siempre.

## Si lo necesitara, ¿con qué frecuencia contaría con alguien para que …

## PERSONAL: Lea cada tarea de apoyo a la participante y seleccione solo una respuesta para cada tarea.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **Tarea de apoyo** | **Siempre** | **Muchas veces** | **Algunas veces** | **Muy pocas veces** | **Nunca** |
| 48.1 | le dé un apoyo financiero temporario? |  |  |  |  |  |
| 48.2 | haga algo placentero con usted? |  |  |  |  |  |
| 48.3 | la ayude con las tareas domésticas? |  |  |  |  |  |
| 48.4 | la ayude si se enferma? |  |  |  |  |  |
| 48.5 | la aconseje sobre algún problema personal? |  |  |  |  |  |

## 49. Diría que su pareja o el padre del bebé:

*Seleccionar solo una respuesta*.

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante***.

* Está involucrado con su embarazo y la apoya (Vaya a la pregunta 49.1)
* Está involucrado pero no la apoya (Vaya a la pregunta 49.1)
* Sabe que está embarazada pero no se involucra (Vaya a la pregunta 50)
* No sabe que está embarazada (Vaya a la pregunta 50)

**NO LEA EN VOZ ALTA**

* No contesta (Vaya a la pregunta 50)

## 49.1. ¿Cuál es el rol de su pareja o el padre del bebé en su vida?

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan.*

* Mi pareja o el padre del bebé ha fallecido
* Mi pareja o el padre del bebé está preso
* Ayuda con las tareas domésticas y/o hace los mandados (ej: hace las compras)
* Asiste a las consultas prenatales y cursos de pre-parto
* Me brinda apoyo emocional
* Me brinda apoyo financiero
* Mi pareja o el padre del bebé no cumple ningún rol / no participa en nada
* Otro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre la importancia del apoyo social**   **Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Asistente social * Línea de ayuda para padres * Grupo de apoyo para padres * Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Planificación de la vida reproductiva

***Tenemos algunas preguntas para conocer lo que piensa acerca de tener más hijos. Esta información nos permitirá ayudarla a tomar decisiones con respecto al hecho de volver a ser madre y cuándo podría tener más hijos.***

## 50. ¿Planea tener más hijos después de que nazca este bebé?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 50.1)
* No (Vaya a la pregunta 51)
* No sabe (Vaya a la pregunta 51)
* No contesta (Vaya a la pregunta 51)

## 50.1 ¿Cuántos hijos le gustaría tener?

*Ingresar la cantidad de hijos.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hijos (Vaya a la pregunta 50.2)

* No sabe (Vaya a la pregunta 50.2)
* No contesta (Vaya a la pregunta 50.2)

## 50.2 ¿Cuánto le gustaría esperar para volver a quedar embarazada?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* 1 año -17 meses
* 18 meses a 2 años
* Más de 2 años
* No sabe
* No contesta

## ***51. ¿Planea usted o su pareja usar algún método anticonceptivo hasta que decidan volver a ser padres?***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

**51.1 *¿Cuán segura está de que podrá utilizar este método sin problemas: para nada segura, bastante segura o muy segura?***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Para nada segura
* Bastante segura
* Muy segura
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre el control de la natalidad o la planificación familiar/espaciamiento entre los embarazos**   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se ha ofrecido control de la natalidad:**   * Se le ofrecieron anticonceptivos * Se ha ofrecido asesoramientos sobre planificación familiar   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se ha ofrecido Referencias de control de natalidad:**   * Médico de atención primaria * Planificación familiar   Otro: especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# La herramienta de evaluación prenatal de Healthy Start está completa