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

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

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

***Esta herramienta contiene preguntas sobre la nueva madre y debe ser completada para las mujeres en período de postparto. Esta fase de postparto se refiere al período de seis meses posterior al nacimiento del bebé. Durante esta fase, Healthy Start trabaja junto a las madres, los bebés y las familias para optimizar la salud de la mamá y del recién nacido. El mejor momento para administrar esta herramienta es entre 4 y 6 semanas después del parto.***

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

**• Asegurar la calidad de la atención del recién nacido**

**• Asegurar el acceso a una atención de postparto de calidad**

**• Evaluar y tratar trastornos anímicos/controlar la existencia de depresión postparto**

**• Facilitar la planificación de la vida reproductiva**

**• Ofrecer asesoramiento y apoyo en la lactancia**

**• Promover el sueño seguro del bebé**

***Para los participantes de postparto que también están embarazado, responda a las siguientes preguntas sobre el último embarazo, o sobre cada bebe menor de 6 meses:***

* *1-13*
* *33, 33.1 & 33.2*
* *42, 42.1*
* *50, 50.1*
* *Y el herramienta de evaluación prenatal*

***Los padres o cuidadores que no están participantes deben responder a preguntas:***

* *1.1- 13*
* *50-50.1*

*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.*

***Cuando la madre haya tenido más de un bebe menos de 6 meses el cuidador debe responder sobre cada bebe. Por favor, recuerde que el Hijo 1 es el niño que nació primero, el Hijo 2 es el que nació segundo, el Hijo 3 es el que nació tercero y el Hijo 4 es el que nació cuarto. Esto se aplica a todas las preguntas sobre los hijos.***

***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.*

# Resultado del embarazo

## Primero, comenzaremos con algunas preguntas sobre su embarazo.

## 1. Por favor, cuénteme cuál fue el resultado de su embarazo más reciente.

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Nacimiento con vida – parto simple

(Vaya a la pregunta 1.1)

* Nacimiento con vida – parto múltiple (mellizos, trillizos, etc.) Indicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Vaya a la pregunta 1.1)
* Aborto espontáneo (Vaya a la pregunta 14)
* Embarazo ectópico o tubárico (Vaya a la pregunta 14)
* Aborto (Vaya a la pregunta 14)
* Parto de feto muerto o muerte fetal (Vaya a la pregunta 1.1)
* No contesta (Vaya a la pregunta 14)

## Si el resultado del embarazo fue un aborto espontáneo, embarazo ectópico o tubárico, aborto o parto de feto muerto o muerte fetal, el personal debe tener en cuenta el estado anímico de la madre y puede postergar la realización de esta evaluación para un momento más oportuno.

## Las siguientes preguntas son sobre su(s) bebé(s). Por favor, responda por cada bebé, en el orden en que nacieron. El bebé 1 es el que nació primero, el bebé 2 es el que nació segundo y así sucesivamente.

## ¿Cuándo nació su bebé/nacieron sus bebés?

***PERSONAL: Ingrese la fecha de nacimiento de cada bebé.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fecha: (mes/día/año)** |
| Bebé 1 | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Bebé 2 | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Bebé 3 | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Bebé 4 | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

## 1.2 ¿Dónde nació/nacieron su/s bebé/s? ¿Fue en un hospital, una maternidad, su casa o en algún otro lugar?

*Seleccionar una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hospital** | **Maternidad** | **Casa** | **Otro lugar (especificar):** | **No contesta** |
| Bebé 1 |  |  |  |  |  |
| Bebé 2 |  |  |  |  |  |
| Bebé 3 |  |  |  |  |  |
| Bebé 4 |  |  |  |  |  |

## 1.3.¿Su/s bebé/s nació/nacieron por parto vaginal o por cesárea?

*Seleccionar una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Vaginal** | **Cesárea** | **No contesta** |
| Bebé 1 |  |  |  |
| Bebé 2 |  |  |  |
| Bebé 3 |  |  |  |
| Bebé 4 |  |  |  |

## 1.4 ¿Le diagnosticaron diabetes gestacional durante su último embarazo? La diabetes gestacional es un alto contenido de azúcar en sangre que no se tenía antes del embarazo.

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

## 1.5. ¿Su/s bebé/s quedó/quedaron internado/s después de que usted regresó a su casa?

*Seleccionar una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No contesta** |
| Bebé 1 |  |  |  |
| Bebé 2 |  |  |  |
| Bebé 3 |  |  |  |
| Bebé 4 |  |  |  |

## 1.6 ¿Cuántas semanas de embarazo llevaba cuando nació/nacieron su/s bebé/s?

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_semanas

* No sabe
* No contesta

## 1.7 ¿Cuánto pesó/pesaron su/s bebé/s al nacer?

***PERSONAL: Ingrese el peso en libras y onzas para cada bebé.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Peso en libras y onzas** | **No sabe** | **No contesta** |
| Bebé 1 | \_\_\_\_libras \_\_\_\_onzas |  |  |
| Bebé 2 | \_\_\_\_libras \_\_\_\_onzas |  |  |
| Bebé 3 | \_\_\_\_libras \_\_\_\_onzas |  |  |
| Bebé 4 | \_\_\_\_libras \_\_\_\_onzas |  |  |
| PERSONAL: Las preguntas 2-15 se refieren a los bebés de la participante. Si la participante perdió a su/s bebé/s, vaya a la pregunta 14 [saltee las preguntas 2-13]. Realice las preguntas 2-13 SOLO si los bebés de la participante están con vida. | | | |

# Cuidado del bebé

## Las siguientes preguntas son sobre la alimentación y los hábitos alimenticios de su/s bebé/s.

## 2. ¿Alguna vez amamantó o se extrajo leche para alimentar a su/s bebé/s después del parto, aunque sea por poco tiempo?

*Seleccionar solo una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No contesta** |
| Bebé 1 |  |  |  |
| Bebé 2 |  |  |  |
| Bebé 3 |  |  |  |
| Bebé 4 |  |  |  |

**PERSONAL: Si amamantó a alguno de los bebés, vaya a la pregunta 2.1**

**Si la participante respondió “No” o “No contesta” para todos los bebés, vaya a la pregunta 3.**

## 2.1 ¿Durante cuántos días, semanas o meses amamantó o se extrajo leche para alimentar a su/s bebé/s? PERSONAL: Por favor, anote el número que le diga la participante e ingrese la cantidad de días, semanas O meses para cada bebé.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cantidad de días, semanas o meses (anote el número y marque con un círculo el período de tiempo que corresponda)** | **Todavía está amamantando** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** | Días  Semanas  \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |
| **Bebé 2** | Días  Semanas  \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |
| **Bebé 3** | Días  Semanas  \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |
| **Bebé 4** | Días  Semanas  \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |

## 3. ¿Con qué está alimentando actualmente a su/s bebé/s? Seleccionar todas las respuestas que correspondan para cada bebé.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Leche materna** | **Leche de fórmula** | **Cereales** | **Otros sólidos (especificar)** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |  |

## 4. ¿Le preocupa algo con respecto a la alimentación de su/s bebé/s?

*Seleccionar una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |

**PERSONAL: Si la participante está preocupada por la alimentación del bebé, vaya a la pregunta 4.1. De lo contrario, vaya a la pregunta 5.**

## 4.1. ¿Qué le preocupa?

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bebé 1** | **Bebé 2** | **Bebé 3** | **Bebé 4** |
| El bebé está teniendo problemas para prenderse |  |  |  |  |
| El bebé se distrae |  |  |  |  |
| El bebé está constipado |  |  |  |  |
| El bebé se duerme y no come |  |  |  |  |
| El bebé no quiere comer |  |  |  |  |
| Me preocupa no tener la suficiente leche |  |  |  |  |
| El bebé no está aumentando de peso |  |  |  |  |
| El bebé vomita mucho después de comer |  |  |  |  |
| Otra (especificar). |  |  |  |  |
| No sabe |  |  |  |  |
| No contesta |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Lactancia * Nutrición del bebé * Crianza * Cuidado del bebé   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se ha brindado:**   * Apoyo para la lactancia * Asesoramiento sobre la crianza   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Apoyo para la lactancia * Nutricionista * Centro de recursos informativos para padres * Grupo de apoyo para padres * Clases de crianza * Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Seguridad del bebé

## Los buenos hábitos de sueño son importantes para la salud física y emocional de su/s bebé/s. El lugar donde duerme su bebé, la posición en la que duerme, el tipo de cuna o cama y el tipo de colchón son importantes para su seguridad.

## 5. ¿En qué posición suele acostar a su/s bebé/s para dormir?

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante. Seleccione una sola respuesta para cada bebé.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **De costado** | **Boca arriba** | **Boca abajo** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |

## 6. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia durmió/durmieron su/s bebé/s solo/s en su propia cuna o cama? ¿Diría que siempre, a menudo, a veces, pocas veces o nunca?

*Seleccionar solo una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Respuestas** | **Siempre** | **A menudo** | **A veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |  |  |  |

## 7. Por favor, cuéntenos cómo durmió/durmieron su/s bebé/s en las últimas 2 semanas.

## PERSONAL: POR FAVOR, LEA cada lugar a la participante y seleccione una respuesta para cada lugar y cada bebé.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar donde durmió** | **Bebé 1** | **Bebé 2** | **Bebé 3** | **Bebé 4** |
| En una cuna, cuna portátil o practicuna |  |  |  |  |
| En un colchón o cama doble o más grande |  |  |  |  |
| En un sillón o sofá |  |  |  |  |
| En un asiento infantil para auto o moisés |  |  |  |  |
| Con una manta |  |  |  |  |
| Con juguetes, almohadones, almohadas, incluidos los almohadones para amamantar |  |  |  |  |
| Con protector para cuna (de malla o no) |  |  |  |  |
| En una bolsa o saco de dormir |  |  |  |  |

## 8. Cuando su/s bebé/s viaja/n en auto, camión o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja/n en un asiento infantil? ¿Diría que siempre, muchas veces, a veces, pocas veces o nunca?

*Seleccionar una sola respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Siempre** | **Muchas veces** | **A veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |  |  |  |

## 9. En promedio, ¿cuántas horas por día pasa/n su/s bebé/s en la misma habitación o vehículo en la/el que hay otra persona fumando?

*Por favor, ingresar la cantidad de horas que el bebé pasa en la misma habitación o vehículo en la/el que hay otra persona fumando, o seleccionar solo una respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cantidad de horas por día** | **Menos de una hora por día** | **Nunca está en la misma habitación o vehículo en la/el que hay una persona fumando** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Posiciones seguras y entorno seguro para el sueño del bebé * Seguridad del asiento para el auto (instalación, colocación en el auto, orientación hacia atrás, verificación de los límites de peso y altura) * Efectos de la exposición del bebé al tabaco   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se ofreció:**   * Cuna * Asiento para auto   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Cuna * Armado de la cuna * Asiento para auto * Instalación del asiento para auto * Cómo instalar el asiento para auto   **Nombre de la organización local que proporcionó los servicios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Seguro médico del bebé / Acceso a la atención médica / Atención médica primaria

## Un médico o enfermera personal es un profesional de la salud que conoce bien y está familiarizado con la historia clínica de su bebé. Puede ser un médico clínico, un pediatra, un especialista, una enfermera o un asistente médico

## 10. ¿Tiene a alguien que considere como el médico o enfermera personal de su/s bebé/s?

*Seleccionar una sola respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí, una persona** | **Sí, más de una persona** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |  |

## 11. ¿Hay algún lugar al que lleve HABITUALMENTE a su/s bebé/s cuando no se siente/n bien o cuando usted u otro cuidador necesitan hacer una consulta sobre la salud de su/s bebé/s?

*Seleccionar una sola respuesta para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **Hay más de un lugar** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |  |

## Si el/los bebé/s tiene/n más de un lugar de atención médica habitual, vaya a la pregunta 11.1

***Si el/los bebé/s no tiene/n un lugar de atención médica habitual o la participante responde “No sabe” o “No contesta”, vaya a la pregunta 12.***

## 11.1 ¿A qué tipo de lugar suele llevar a su/s bebé/s cuando no se siente/n bien o necesita hacer una consulta sobre su salud? ¿Lo/s lleva 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 para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bebé 1** | **Bebé 2** | **Bebé 3** | **Bebé 4** |
| 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 |  |  |  |  |
| No sabe |  |  |  |  |
| No contesta |  |  |  |  |

## 12. ¿Cuándo fue la última vez que llevó a su/s bebé/s al médico, enfermería u otro prestador médico para un control de rutina? Seleccionar solo una respuesta para cada bebé.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha de la última visita** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Bebé 2** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Bebé 3** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Bebé 4** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |

## PERSONAL: Vaya a la pregunta 12.1

## 12.1 Durante esta visita, ¿se le/s aplicó alguna vacuna? Seleccionar solo una respuesta para cada bebé.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Bebé 1** |  |  |  |  |
| **Bebé 2** |  |  |  |  |
| **Bebé 3** |  |  |  |  |
| **Bebé 4** |  |  |  |  |

## 13. Por favor, dígame qué tipo de seguro médico tiene/n su/s bebé/s:

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan para cada bebé.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bebé 1** | **Bebé 2** | **Bebé 3** | **Bebé 4** |
| 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 tiene/n seguro |  |  |  |  |
| No sabe |  |  |  |  |
| No contesta |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * La importancia de hacer visitas regulares al médico de atención primaria * La importancia de recibir las vacunas del calendario * La elegibilidad para Medicaid   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se le ha ofrecido el servicio de:**   * Inscripción en Medicaid   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se le ofrecieron las siguientes vacunas:**   * Hepatitis B * Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP) * Haemophilus influenzae Tipo B (Hib) * Pneumococo * Poliovirus inactivada (IPV) * Influenza (Gripe) * Sarampión, paperas, rubeola (MMR) * Varicela * Hepatitis A     **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Inscripción en Medicaid * Médico de atención primaria * Pediatra   **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***.

## 14. ¿Planea tener más hijos?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 14.1)
* No (Vaya a la pregunta 15)
* No puedo quedar embarazada (Vaya a la pregunta 16)
* No sabe (Vaya a la pregunta 15)
* No contesta (Vaya a la pregunta 15)

## 14.1 ¿Cuántos hijos le gustaría tener?

**PERSONAL: Por favor, ingrese la cantidad de hijos.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hijos

* No sabe
* No contesta

## 14.2 ¿Le gustaría quedar embarazada en el próximo año?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 15)
* No (Vaya a la pregunta 14.3)
* Me da lo mismo (Vaya a la pregunta 15)
* No sabe (Vaya a la pregunta 15)
* No contesta (Vaya a la pregunta 15)

## 14.3 ¿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

## ***15.*** ¿Está usando actualmente algún tipo de anticonceptivo ya sea para evitar quedar embarazada o el contagio de enfermedades de transmisión sexual***?***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 15.1)
* No (Vaya a la pregunta 16)
* No sabe (Vaya a la pregunta 16)
* No contesta (Vaya a la pregunta 16)

## ***15.1.*** ¿Está satisfecha con su método anticonceptivo***?***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Determinantes sociales de la salud

## Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas generales sobre usted.

## 16. ¿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

## 17. Actualmente es …

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas en voz alta 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

**PERSONAL: NO LEA EN VOZ ALTA**

* No contesta

## 18. ¿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

## 19. ¿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

## 20. 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 contesta

## **Ahora, me gustaría preguntarle por su vivienda actual.**

## 21. ¿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.

## 22. ¿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 22.1)
* Alquila o comparte su propia casa o apartamento (Vaya a la pregunta 22.1)
* Vive en una vivienda social (recibe ayuda para pagar el alquiler, como en la Sección 8) (Vaya a la pregunta 22.1)
* Vive con sus padres o algún familiar (Vaya a la pregunta 22.1)
* No tiene hogar (Vaya a la pregunta 22.2)
* Otra alternativa (Especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vaya a la pregunta 22.1)
* No contesta (Vaya a la pregunta 23)

## 22.1 ¿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 23)
* No (Vaya a la pregunta 23)
* No sabe (Vaya a la pregunta 23)
* No contesta (Vaya a la pregunta 23)

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

*Seleccionar solo una respuesta.*

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

## 23. ¿Tiene algún problema de vivienda?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 23.1)
* No (Vaya a la pregunta 24)
* No sabe (Vaya a la pregunta 24)
* No contesta (Vaya a la pregunta 24)

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

*Seleccionar todas las opciones 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

## 24. 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.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de apoyo** | **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) |  |  |  |  |  |
| Otra: |  |  |  |  |  |

## 25. ¿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

## 26. 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** |
| 26.1 | La gente de mi vecindario o comunidad se ayuda mutuamente |  |  |  |  |
| 26.2 | En este vecindario o comunidad nos cuidamos a nuestros hijos mutuamente |  |  |  |  |

## 27. 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

28. ***¿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

## 29. ¿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

# Atención médica primaria / Acceso a la atención médica/ Seguro médico

## 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.

## 30. ¿Tiene a alguien que considere su médico o enfermera personal?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí, una persona
* Sí, más de una persona
* No
* No sabe
* No contesta

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

* Sí (Vaya a la pregunta 31.1)
* No (Vaya a la pregunta 32)
* Hay más de un lugar (Vaya a la pregunta 31.1)
* No sabe (Vaya a la pregunta 32)
* No contesta (Vaya a la pregunta 32)

## 31.1. ¿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

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

*Seleccionar todas las opciones 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

## 33. Desde que nació/nacieron su/s hijo/s, ¿ha hecho alguna visita de postparto? Una visita de postparto es un control regular que se realiza la mujer entre 4 y 6 semanas después del parto.

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 33.1)
* No (Vaya a la pregunta 33.2)
* No sabe (Vaya a la pregunta 33.2)
* No contesta (Vaya a la pregunta 33.2)

## 33.1 ¿Cuándo hizo su visita de postparto?

**PERSONAL: Por favor, ingrese la fecha de la visita de postparto.**

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (mes/día/año) (Vaya a la pregunta 33)

## 33.2 ¿Tiene alguna visita programada?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí: Por favor, indicar la fecha de la visita programada: \_\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (mes/día/año)
* No
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * La importancia de los cuidados regulares de postparto * La importancia de tener un médico habitual o personal * Elegibilidad para Medicaid * El espaciamiento entre los embarazos   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   Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Salud de la madre

## 34. 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

## 35. 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

## 36.1 ¿Cuánto mide sin zapatos?

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas

* No sabe
* No contesta

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

*Por favor, ingrese el peso en libras.*

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

* No sabe
* No contesta

## 36.3 ¿Cuánto pesa ahora?

*Por favor, ingrese el peso en libras.*

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

* No sabe
* No contesta

## 37. 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

## 38. ¿Cuánto hace que no se aplica la vacuna antigripal? ¿Diría que hace menos de seis meses, entre seis meses y un año, hace más de un año o nunca se la aplicó?

*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

## 39. ¿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

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:**   * Cómo mantener un peso sano, como por medio de la dieta y el ejercicio físico * La aplicación de la vacuna antigripal * Cómo mantener los dientes sanos   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se ha brindado:**   * Asesoramiento nutricional * Vacunas antigripales   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se la derivó a:**   * Médico de atención primaria * Nutricionista * Dentista * Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Salud mental

## 40. 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** |
| 40.1 | Falta de interés o placer al hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 40.2 | 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.

## 41. 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) |  |  |  |  |  |

## 42. ¿Ha fumado algún cigarrillo o consumido algún producto de tabaco durante los últimos 3 meses de su embarazo?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 42.1)
* No (Vaya a la pregunta 43)
* No sabe (Vaya a la pregunta 43)
* No contesta (Vaya a la pregunta 43)

## 42.1. ¿Cuántos cigarrillos fumó en un día promedio durante los últimos 3 meses de su embarazo?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Más de 41 cigarrillos
* Entre 21 y 40 cigarrillos
* Entre 11 y 20 cigarrillos
* Entre 6 y 10 cigarrillos
* Entre 1 y 5 cigarrillos
* Menos de 1 cigarrillo
* No contesta

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

*Seleccionar solo una respuesta.*

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

* 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

**PERSONAL: NO LEA EN VOZ ALTA:**

* 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:**   * Evaluación, asesoramiento y asistencia de trastornos por consumo de alcohol (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 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

## 44. 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** |
| 44.1 | ¿Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera? |  |  |  |
| 44.2 | ¿Temió por su seguridad o la de su familia por las actitudes agresivas o las amenazas de su esposo o pareja? |  |  |  |
| 44.3 | ¿Su esposo o pareja intentó controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlar con quién hablaba o a dónde iba? |  |  |  |
| 44.4 | ¿Su esposo o pareja la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, la tomó del cuello o la lastimó físicamente de alguna otra forma? |  |  |  |
| 44.5 | ¿Su esposo o pareja la obligó a tocarlo o a tener relaciones sexuales cuando usted no quería? |  |  |  |
| 44.6 | ¿Alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma? |  |  |  |

## 45. ¿Tiene armas en su casa?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **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.

## 46. 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** |
| 46.1 | Un familiar cercano se enfermó gravemente y tuvo que ser hospitalizado |  |  |
| 46.2 | Me separé o divorcié de mi esposo o pareja |  |  |
| 46.3 | Me mudé a otra casa |  |  |
| 46.4 | No tenía hogar y tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio |  |  |
| 46.5 | Mi esposo o pareja / padre o tutor perdió su trabajo |  |  |
| 46.6 | Perdí mi trabajo aunque quería continuar trabajando |  |  |
| 46.7 | Mi esposo, pareja, padre, tutor tuvo, o yo tuve una reducción del horario laboral o sueldo |  |  |
| 46.8 | Estuve separada de mi esposo o pareja / padre o tutor por un despliegue militar o por un viaje laboral prolongado |  |  |
| 46.9 | Discutí con mi esposo o pareja/padre o tutor más de lo habitual |  |  |
| 46.10 | Mi esposo o pareja/padre o tutor me dijo que no quería que yo quedara embarazada |  |  |
| 46.11 | Tuve problemas para pagar el alquiler, la hipoteca u otras cuentas |  |  |
| 46.12 | Mi esposo, pareja, padre o tutor fue, o yo fui a prisión |  |  |
| 46.13 | Alguien muy cercano a mí tuvo problemas con la bebida o las drogas |  |  |
| 46.14 | Alguien muy cercano a mí falleció |  |  |

## 47. 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 de 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** |
| 47.1 | La tratan con menos amabilidad o respeto que a los demás. |  |  |  |  |  |  |  |
| 47.2 | La atienden peor que a las demás personas en los restaurantes, tiendas o servicios sociales. |  |  |  |  |  |  |  |
| 47.3 | La gente la trata como si no fuera inteligente. |  |  |  |  |  |  |  |
| 47.4 | La gente la trata como si le tuvieran miedo. |  |  |  |  |  |  |  |
| 47.5 | La amenazan u hostigan. |  |  |  |  |  |  |  |

Si la participante responde **“unas pocas veces al año”** o una frecuencia mayor **en cualquiera de los casos mencionados,** vaya a la pregunta48.

Si la participante responde **“menos de una vez al año”, “nunca”, o no contesta en todos los casos mencionados,** vaya a la pregunta49.

## 48. ¿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

**PERSONAL: NO LEA ESTO EN VOZ ALTA:**

* 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.

## 

## 49. 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** |
| 49.1 | le dé un apoyo financiero temporario? |  |  |  |  |  |
| 49.2 | haga algo placentero con usted? |  |  |  |  |  |
| 49.3 | la ayude con las tareas domésticas? |  |  |  |  |  |
| 49.4 | la ayude si se enferma? |  |  |  |  |  |
| 49.5 | la aconseje sobre algún problema personal? |  |  |  |  |  |
| 49.6 | cuide a su bebé? |  |  |  |  |  |

## 50. Diría que su pareja o el padre del bebé/de los bebés:

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante y seleccione solo una respuesta.***

* Se involucra y la apoya a usted y a su/s bebé/s (Vaya a la pregunta 50.1)
* Se involucra pero no la apoya a usted ni a su/s bebé/s (Vaya a la pregunta 50.1)
* No se involucra **[La herramienta de evaluación está completa]**

**PERSONAL: NO LEA EN VOZ ALTA:**

* No contesta **[La herramienta de evaluación está completa]**

## 50.1. ¿Cuál es el rol de su pareja o el padre de su/s bebé/s en su vida?

*Seleccionar todas las opciones que correspondan.*

* Mi pareja o el padre del bebé/los bebés ha fallecido
* Mi pareja o el padre del bebé/los bebés está preso
* Se ocupa del bebé/los bebés (le/s da de comer, lo/s baña, etc.)
* Ayuda con las tareas domésticas y/o hace los mandados (ej: hace las compras)
* Asiste a las consultas médicas
* Brinda apoyo emocional
* Brinda apoyo financiero
* Mi pareja o el padre del bebé/los bebés 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# La herramienta de evaluación de postparto de Healthy Start está completa