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

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

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

**Esta herramienta debe ser completada anualmente para las mujeres en período de preconcepción. Esta fase se refiere al período previo a quedar embarazada. Durante esta fase, Healthy Start trabaja junto a las mujeres (y, a veces, sus parejas) para mejorar su salud, preparar sus cuerpos para el embarazo, si lo desean, y promover la planificación familiar.**

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

* **Optimizar la salud de la mujer, sus conductas y conocimientos antes del embarazo**
* **Mejorar el acceso y la calidad de la atención de la mujer antes del embarazo y entre los embarazos**
* **Facilitar la planificación de la vida reproductiva (planificación de embarazos, anticoncepción, espaciamiento óptimo entre embarazos)**
* **Promover la educación, controles, derivaciones y tratamientos en mujeres con condiciones de alto riesgo**

*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. No le lea las respuestas a menos que las instrucciones indiquen que debe leerle las respuestas en voz alta.*

## 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.

Determinantes sociales de la salud

## Comencemos con alguna información general.

## 1. ¿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

## 2. 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

## 3. ¿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

## 4. ¿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

## La siguiente pregunta se refiere a su posibilidad de comprar los alimentos que necesitó.

## 5. ¿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

***6. ¿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.

## 7. ¿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 8)
* Alquila o comparte su propia casa o apartamento (Vaya a la pregunta 7.1)
* Vive en una vivienda social (recibe ayuda para pagar el alquiler, como en la Sección 8) (Vaya a la pregunta 7.1)
* Vive con sus padres o algún familiar (Vaya a la pregunta 7.1)
* No tiene hogar (Vaya a la pregunta 7.2)
* Otra alternativa (Especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vaya a la pregunta 7.1)
* No contesta (Vaya a la pregunta 8)

## 7.1 ¿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 8)
* No (Vaya a la pregunta 8)
* No sabe (Vaya a la pregunta 8)
* No contesta (Vaya a la pregunta 8)

## 7.2. ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

## 8. ¿Tiene algún problema de vivienda?

*Seleccionar solo una respuesta.*

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

## 8.1. ¿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

## 9. 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) |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fue referida 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

## 10. 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** |
| 10.1 | La gente de mi vecindario o comunidad se ayuda mutuamente |  |  |  |  |
| 10.2 | En este vecindario o comunidad nos cuidamos a nuestros hijos mutuamente |  |  |  |  |

## 11. ¿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

12. ¿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

## 13. ¿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

## 14. 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
* Sí, más de una persona
* No (~~Vaya a la pregunta 16~~)
* No sabe (~~Vaya a la pregunta 16~~)
* No contesta (~~Vaya a la pregunta 16)~~

## 15. ¿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 15.1~~)
* No (Vaya a la pregunta 16)
* Hay más de un lugar (~~Vaya a la pregunta 16.1~~)
* No sabe (Vaya a la pregunta 17)
* No contesta (Vaya a la pregunta ~~17~~ 16)

## 15.1. ¿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

## 16. 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

## 17. Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a un médico, enfermera u otro profesional de la salud por atención médica preventiva, como un control de rutina?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

Salud y antecedentes médicos

## 18. 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

## 19. 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

## 20.1 ¿Cuánto mide sin zapatos?

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

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

* No sabe
* No contesta

## 20.2 ¿Cuánto pesa?

*Por favor, ingrese el peso en libras.*

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

* No sabe
* No contesta

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

***PERSONAL: Lea cada problema de salud a la participante. 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

**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 22.

***Si la participante no tiene actualmente ninguno de estos problemas, vaya a la pregunta 23.***

## 22. 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)
* 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)

## 23. ¿Tiene algún dolor actualmente?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Sí
* No
* No contesta

## 24. ¿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) |   |   |   |   |

## 24.1. ¿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 estoy tomando ningún medicamento
* No sabe
* No contesta

## 25. 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 tomé 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

## 26. ¿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

## 27. ¿Recibió alguna vez las siguientes vacunas?

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P No.** | **Vacuna** | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **27.1** | Vacuna MMR (sarampión, paperas, rubeola)  |  |  |  |  |
| **27.1.1** | **Si no la recibió,** ¿le han hecho la prueba de inmunidad a la rubeola? |  |  |  |  |
| **27.2** | Vacuna de la Hepatitis B (3 dosis) |  |  |  |  |
| **27.3** | Las 3 aplicaciones de la vacuna Gardasil (virus de VPH)  |  |  |  |  |
| **27.4** | ¿Alguna vez tuvo varicela o herpes zóster? |  |  |  |  |
| **27.4.1** | **Si no ha tenido,** ¿recibió las dos dosis de la vacuna contra la varicela? |  |  |  |  |
| **27.5** | En los últimos 10 años, ¿ha recibido la vacuna Tdap (tétanos, difteria y tos ferina)? |  |  |  |  |

## 28. ¿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: |  |  |  |  |  |  |

## 29. ¿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: |  |  |  |  |

## 30. Pensando en los últimos 12 meses, ¿diría que usó un condón con su(s) pareja(s) al tener relaciones sexuales: todas las veces, la mayoría de las veces, la mitad de las veces, algunas veces o nunca?

*Seleccionar solo una respuesta*

* Todas las veces
* La mayoría de las veces
* La mitad de las veces
* Algunas veces
* Nunca
* No aplicable
* No sabe
* No contesta

## 31. ¿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 importancia de las vitaminas/ácido fólico
* 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

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se ha brindado:** * Asesoramiento nutricional
* Vacunas: Especificar **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* Evaluación de los dolores

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fue referida a:** * Médico de atención primaria
* Nutricionista
* Dentista
* Otro: Especificar **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Salud mental

## 32. 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** |
| **32.1** | Falta de interés o placer al hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| **32.2** | 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 recursos para casos de depresión**

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Se han realizado más evaluaciones usando herramientas empíricas, como la evaluación PHQ-9 o la evaluación de depresión postnatal de Edimburgo.**

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Se ha ofrecido terapia**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fue referida 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.

## 33. 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) |  |  |  |  |  |

## 34. ¿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

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fue referida 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

## 35. 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** |
| **35.1** | ¿Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera? |  |  |  |
| **35.2** | ¿Temió por su seguridad o la de su familia por las actitudes agresivas o las amenazas de su esposo o pareja? |  |  |  |
| **35.3** | ¿Su esposo o pareja intentó controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlar con quién hablaba o a dónde iba? |  |  |  |
| **35.4** | ¿Su esposo o pareja la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, la tomó del cuello o la lastimó físicamente de alguna otra forma? |  |  |  |
| **35.5** | ¿Su esposo o pareja la obligó a tocarlo o a tener relaciones sexuales cuando usted no quería? |  |  |  |
| **35.6** | ¿Alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma? |  |  |  |

## 36. ¿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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Fue referida a un programa de violencia doméstica local. Indicar el nombre del programa aquí:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Estrés y discriminación

## PERSONAL: POR FAVOR, LEA EN VOZ ALTA:

## 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.

## 37. 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** |
| 37.1 | Un familiar cercano se enfermó gravemente y tuvo que ser hospitalizado |  |  |
| 37.2 | Me separé o divorcié de mi esposo o pareja |  |  |
| 37.3 | Me mudé a otra casa |  |  |
| 37.4 | No tenía hogar y tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio |  |  |
| 37.5 | Mi esposo o pareja / padre o tutor perdió su trabajo |  |  |
| 37.6 | Perdí mi trabajo aunque quería continuar trabajando |  |  |
| 37.7 | Mi esposo, pareja, padre, tutor tuvo, o yo tuve una reducción del horario laboral o sueldo |  |  |
| 37.8 | Estuve separada de mi esposo o pareja / padre o tutor por un despliegue militar o por un viaje laboral prolongado |  |  |
| 37.9 | Discutí con mi esposo o pareja/padre o tutor más de lo habitual |  |  |
| 37.10 | Mi esposo o pareja/padre o tutor me dijo que no quería que yo quedara embarazada |  |  |
| 37.11 | Tuve problemas para pagar el alquiler, la hipoteca u otras cuentas |  |  |
| 37.12 | Mi esposo, pareja, padre o tutor fue, o yo fui a prisión |  |  |
| 37.13 | Alguien muy cercano a mí tuvo problemas con la bebida o las drogas |  |  |
| 37.14 | Alguien muy cercano a mí falleció |  |  |

## 38. 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 una.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| 38.1 | La tratan con menos amabilidad o respeto que a los demás. |  |  |  |  |  |  |  |
| 38.2 | La atienden peor que a las demás personas en los restaurantes, tiendas o servicios sociales. |  |  |  |  |  |  |  |
| 38.3 | La gente la trata como si no fuera inteligente. |  |  |  |  |  |  |  |
| 38.4 | La gente la trata como si le tuvieran miedo. |  |  |  |  |  |  |  |
| 38.5 | 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 39.

Si la participante responde “**menos de una vez al año”**, **“nunca”,** o **no contesta** en todos los casos mencionados, vaya a la pregunta 40.

## 39. ¿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

Apoyo social/Participación de 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.

## 40. 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** |
| 40.1 | le dé un apoyo financiero temporario?  |  |  |  |  |  |
| 40.2 | haga algo placentero con usted?  |  |  |  |  |  |
| 40.3 | la ayude con las tareas domésticas?  |  |  |  |  |  |
| 40.4 | la ayude si se enferma? |  |  |  |  |  |
| 40.5 | la aconseje sobre algún problema personal?  |  |  |  |  |  |

## 41. ¿Con quién cuenta como apoyo?

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan*.

* Actual pareja
* Ex- pareja
* Padres
* Otro/s hijo/s
* Otro/s familiar/es
* Amigo(s)
* Un religioso
* Vecino(s)
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre la importancia del apoyo social**

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fue referida 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 hijos. Esta información nos permitirá ayudarla a tomar decisiones con respecto al hecho de ser madre y cuándo quedar embarazada.

## 42. ¿Planea tener hijos?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 42.1)
* No (Vaya a la pregunta 43)
* No puedo quedar embarazada **[La encuesta está completa]**
* No sabe (Vaya a la pregunta 43)
* No contesta (Vaya a la pregunta 43)

## 42.1 ¿Cuántos hijos le gustaría tener?

*Ingresar la cantidad de hijos:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hijos (Vaya a la pregunta 42.2)

* No sabe
* No contesta

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

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 43)
* No (Vaya a la pregunta 42.3)
* Me da lo mismo (Vaya a la pregunta 43)
* No sabe (Vaya a la pregunta 42.3)
* No contesta (Vaya a la pregunta 42.3)

## 42.3 ¿Cuánto le gustaría esperar para quedar embarazada?

*Seleccionar solo una respuesta.*

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

## ***43. ¿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 43.1)
* No **[La herramienta de evaluación está completa]**
* No sabe **[La herramienta de evaluación está completa]**
* No contesta **[La herramienta de evaluación está completa]**

## 43.1. ¿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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

La herramienta de evaluación de preconcepción de Healthy Start está completa