

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

**LA INFORMACIÓN QUE APARECE EN ESTA SECCIÓN ES PARA EL ARCHIVO DEL RECIPIENTE DE FONDOS SOLAMENTE — NO SUBIR**

Nombre del participante principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los otros participantes principales vinculados (hasta 2 personas, si corresponde):

Nombre del otro participante principal vinculado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del otro participante principal vinculado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

Los nombres y las fechas de nacimiento incluidas en la parte superior son solamente para el rastreo de los recipientes de fondos y no deben ser enviados a HRSA. La participante principal de este formulario es una mujer embarazada que se ha inscrito para obtener cuidados prenatales.

**Declaración de carga pública:** El propósito de la recolección de datos es obtener información consistente de todos los recipientes de fondos de Healthy Start y sus resultados. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a la recopilación de información a menos que exista un número de control OMB válido y vigente. El número de control OMB para el propósito de esta información es 0915-0338 y es válido hasta el 02/28/2023. La recopilación de esta información es voluntaria. Se estima que la recopilación de información toma hasta 0.17 horas por respuesta, incluyendo el tiempo que toma revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existentes, completar y revisar la información recopilada. Envíe sus comentarios acerca de la carga estimada u otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o envíe un correo electrónico a [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).

## Instrucciones

- Este formulario debe ser suministrado por un trabajador social capacitado o por algún miembro de Healthy Start, para garantizar la consistencia en las respuestas de todos los participantes y recipientes de fondos en caso de que surjan preguntas o malentendidos. Este formulario no debe tomarse individualmente o ser suministrado por algún miembro del personal que no haya sido capacitado.
- Tanto este formulario prenatal como el nuevo formulario de información de antecedentes deberán ser completados cuando la mujer embarazada se inscriba o al momento de confirmar si la inscrita está embarazada. Solo las mujeres inscritas que se encuentren en estado de embarazo deben completar este formulario.
- Este formulario prenatal contiene unas preguntas de seguimiento acerca de la etapa posparto al finalizar. Cuando la mujer embarazada da a luz o su embarazo finaliza, este formulario debe ser actualizado al completar un nuevo formulario desde el comienzo, incluyendo las preguntas de seguimiento acerca de la etapa posparto ubicadas en la parte inferior de este formulario.
- Cada formulario debe incluir el número de identificación único de cada participante (“UID” por sus siglas en inglés). El número de identificación único de cada participante debe ser el mismo a través de todas las etapas y los años, y debe estar en el formato descrito en la pregunta G1.

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

- Si hay más de un participante principal en la familia, los números de identificación únicos deben aparecer en el mismo lugar de este formulario para que de esta manera todos los números de identificación únicos puedan ser vinculados a la base de datos.
- Si uno de los participantes principales vinculados cambia durante el embarazo, actualice este formulario prenatal y complete un nuevo formulario de información de antecedentes usando el nuevo número de identificación de esa persona y así poder registrar los cambios que hayan podido generar un impacto en la mujer y en su embarazo.
- Los artículos en cursiva son preguntas o declaraciones para el participante. Las instrucciones para el personal tendrán [corchetes].

[INFORMACIÓN GENERAL que debe ser completada por el personal antes de subir esta información sobre este formulario prenatal:]

**G1. # DE IDENTIFICACIÓN ÚNICO DEL PARTICIPANTE PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_

[ingréselo como un número: Código org del recipiente de fondos + PP + el ID único del cliente (por ejemplo., 123PP45678)]

**G2. LOS NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN ÚNICOS DE LOS OTROS PARTICIPANTES (SI CORRESPONDE) QUE DEBEN SER VINCULADOS AL PARTICIPANTE PRINCIPAL (INGRESE HASTA DOS Y UTILICE EL FORMATO INDICADO EN LA PREGUNTA G1):**

- # de ID del otro participante vinculado: \_\_\_\_\_
- # de ID del otro participante vinculado: \_\_\_\_\_
- O, ningún otro participante está vinculado al participante principal que completa este formulario

**G3. FECHA DE INSCRIPCIÓN EN HEALTHY START:**

- Fecha de inscripción del participante principal \_\_\_\_\_

**G4. FORMULARIO COMPLETADO INICIALMENTE POR EL PARTICIPANTE PRINCIPAL:**

⇒ Fecha en la que este formulario prenatal fue completado: \_\_\_\_\_

[Miembros del personal: en esta fecha se completó la sección sobre el posparto. Cuando la mujer embarazada da a luz o el embarazo finaliza, por favor complete un nuevo formulario hasta el final donde aparece la sección sobre las preguntas acerca del posparto e ingrese la fecha de la actualización en la pregunta G5].

**G5. ESTE FORMULARIO HA SIDO ACTUALIZADO DESPUÉS DE COMPLETARLO DE MANERA INICIAL EN BASE A [seleccione a continuación lo que corresponda]:**

- El embarazo finaliza [Miembros del personal: completar el seguimiento posparto al finalizar este formulario]

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

⇒ Fecha en la que el seguimiento posparto se llevó a cabo: \_\_\_\_\_

[Miembros del personal: esta fecha debe coincidir con la fecha ingresada en la sección de las preguntas posparto en la página 7].

- Otra actualización (por ejemplo., la mujer decide dejar HS antes del término de su embarazo, agregó/removió el otro participante vinculado)

⇒ Fecha de la actualización: \_\_\_\_\_

⇒ Especifique la razón de la actualización: \_\_\_\_\_

---

[Miembros del personal: Por favor leer la siguiente declaración al participante]:

*Gracias por participar en el programa Healthy Start. El propósito de estos formularios es examinar la eficacia del programa en alcanzar los objetivos de ayudar a las familias a mejorar su salud y la de sus bebés. Este cuestionario tomará aproximadamente 10 minutos. Cualquier información que brinde será confidencial. Puede rehusar en contestar cualquier pregunta y puede finalizar la entrevista en cualquier momento sin repercusión alguna ni tampoco perderá sus beneficios.*

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

## Embarazo y salud

[Miembros del personal: Solamente las mujeres embarazadas deben completar este formulario].

*Para este cuestionario, me gustaría empezar con algunas preguntas sobre su embarazo.*

**1. Primero, ¿conoce la fecha estimada del parto?**

[Miembros del personal: si la mujer desconoce la fecha estimada del parto esta información debe agregarse o completarse cuando lo sepa].

- Fecha probable de parto: [mes/día/año]\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- No lo sabe
- Se niega a responder

**2. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?**

[Miembros del personal, si una mujer no sabe cuántas semanas de embarazo tiene, ofrézcale ayuda determinando las semanas basadas en la fecha probable de parto y la fecha de hoy. Si ella aún no sabe la fecha probable de parto, agregue esta información cuando lo sepa].

- \_\_\_\_\_ semanas
- No pudo determinar, especifique el motivo: \_\_\_\_\_

**3. [Miembros del personal, basado en cuántas semanas de embarazo tiene, ¿en qué trimestre se encuentra?]**

- Primer trimestre (semanas 0-13)
- Segundo trimestre (semanas 14-27)
- Tercer trimestre (semanas 28-40)
- No se pudo determinar (basado en la respuesta a la pregunta #2))

**4. [Miembros del personal, ¿cuándo se inscribió la participante en Healthy Start?]**

- Antes del embarazo
- Durante el primer trimestre de este embarazo (semanas 0-13)
- Durante el Segundo trimestre de este embarazo (semanas 14-27)
- Durante el tercer trimestre de este embarazo (semanas 28-40)
- No se pudo determinar

**5. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando tuvo su primera cita de cuidado prenatal?**

[Miembros del personal, por favor indicar a los cuántos meses].

- \_\_\_\_\_ meses
- Todavía no he tenido ninguna cita de cuidado prenatal
- No lo sabe
- Se niega a responder

**5a. [Miembros del personal: si la participante aún no ha tenido su primera cita de cuidado prenatal, pregunte:] ¿Tiene una cita programada?**

- Sí, indique la fecha: \_\_\_\_\_
- No

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

- No lo sabe
- Se niega a responder

**6. [Miembros del personal, por favor indicar el trimestre correspondiente de la primera cita de cuidado prenatal]:**

- Primer trimestre (0-13 semanas)
- Segundo trimestre (14-27 semanas)
- Tercer trimestre (28-40 semanas)
- Aún no ha tenido citas de cuidado prenatal
- No se pudo determinar (basado en la respuesta a la pregunta # 5)

**6a. ¿Sabe si es un embarazo es múltiple? (Por ejemplo, gemelos/mellizos, trillizos), o no?**

- No es un embarazo múltiple
- Sí es un embarazo múltiple
  - o Cantidad de fetos: \_\_\_\_\_
- No lo sabe
- Se niega a responder

[Miembros del personal: si la madre aún no ha tenido su primera cita prenatal o no sabe si es un embarazo múltiple, entonces la información acerca de cuándo empezó los cuidados prenatales y si es un embarazo múltiple debe ser completada en las preguntas 5, 5a, 6 y 6a cuando tenga la visita prenatal].

**7. En los 3 meses previos a su embarazo actual, ¿presentó alguna de las siguientes condiciones? En cada casilla, marque NO si la participante no presentó la condición o marque SÍ en caso de afirmación.**

	Health Condition	Sí	No	No está segura	Se niega a responder
a.	Diabetes tipo 1 o 2 (no incluye diabetes gestacional, es decir la diabetes que se presenta durante el embarazo)				
b.	Presión arterial alta o hipertensión				
c.	Depresión				
d.	Alguna condición crónica o enfermedad, especifique según corresponda: _____ _____ _____				

8. [Miembros del personal, si la madre tiene otro hijo aparte de su embarazo, pregunte:] *Teniendo en cuenta a su otro hijo, ¿qué edad tenía su hijo cuando se enteró de este embarazo actual?*

- 0 a 12 meses
- 13 a 18 meses
- 19 a 24 meses
- Más de 2 años
- Este es mi primer embarazo
- No lo sabe
- Se niega a responder

## Vida en el hogar

*A continuación, tenemos algunas preguntas sobre su hogar y sobre los planes para el bebé.*

9. *¿Qué método planifica utilizar para alimentar a su bebé durante las primeras semanas?*

[Seleccione una solamente].

- Lactancia humana exclusivamente (no le dará fórmula al bebé)
- Fórmula exclusivamente
- Tanto lactancia humana como fórmula
- Aún no lo sabe
- Se niega a responder

10. *Usted describiría a su pareja o al padre de su hijo como:*

[Seleccione una solamente].

- Involucrado en mi embarazo y apoyándome tanto a mí como al bebé
- Involucrado con todo lo que tenga que ver con el bebé, pero no conmigo
- Involucrado y pendiente de mí pero no del bebé
- No está muy involucrado en mi embarazo, pero me apoya y también apoya al bebé que llevo en mi vientre
- No está muy involucrado/no me apoya ni a mí ni al bebé
- No sabe que estoy embarazada
- Se niega a responder

## Tabaco y alcohol

*Para finalizar, me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su consumo actual de tabaco y alcohol.*

11. *En promedio, ¿cuántos cigarrillos diarios fuma actualmente? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.*

- 41 cigarrillos o más
- 21 a 40 cigarrillos
- 11 a 20 cigarrillos
- 6 a 10 cigarrillos

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

- 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillos
- No fumo
- No lo se
- Me niego a responder

## 12. En promedio, ¿cuán frecuentemente consume otro tipo de productos con nicotina o tabaco?

**E-cigarettes (cigarrillos electrónicos) y otros productos de vapeo con nicotina** (como cigarrillos electrónicos, hookahs electrónicas, pipas electrónicas) son dispositivos que funcionan a base de batería y utilizan nicotina líquida en vez de hojas de tabaco, y produce vapor en vez de humo.

Una **hookah** es una pipa a base de agua que se utiliza para fumar tabaco. No es lo mismo que una hookah electrónica o una hookah bolígrafo.

	Productos de tabaco o nicotina	Más de una vez al día	Una vez al día	2-6 días a la semana	1 día a la semana o menos	Para nada	No lo sabe	Se niega a responder
a.	Cigarrillos y otros productos electrónicos con nicotina							
b.	Hookah							
c.	Tabaco masticable, tabaco em grano, tabaco para enrollar o dip							
d.	Cigarros, cigarrillos, o pequeños cigarrillos de filtro							

## 13. Desde que se enteró que estaba embarazada, ¿qué tan seguido ha consumido bebidas alcohólicas?

- Casi todos los días
- Varias veces a la semana
- Varias veces al mes
- Menos de una vez al mes
- Nunca
- No lo sabe
- Se niega a responder

**El formulario prenatal ha sido completado  
(El seguimiento posparto continua en la página siguiente)**

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

## SEGUIMIENTO POSPARTO

[Miembros del personal: completen esta sección cuando la mujer embarazada dé a luz o cuando el embarazo finalice].

Fecha: \_\_\_\_\_

[Miembros del personal: Esta fecha debe coincidir con la fecha ingresada en la pregunta G5 en la página 2].

# de ID único de la participante principal \_\_\_\_\_

[Ingréselo como un número: Código org del recipiente de fondos + PP + el ID único del cliente (por ejemplo., 123PP45678)]

[Miembros del personal: por favor completen las preguntas que aparecen a continuación acerca de los resultados del embarazo una vez hayan confirmado todos los detalles.

- **Es importante agregar los datos de los resultados del embarazo de cada mujer participante en Healthy Start durante la fase prenatal, incluso si decide dejar de participar en el programa.**
- **No le lea estas preguntas a la participante. Determine el resultado del embarazo de una manera sensible a los sentimientos de la participante y complete los detalles a continuación:]**

### 1) [Miembros del personal: registren los resultados iniciales de este embarazo]

[Seleccione todas las que correspondan].

- Nacimiento con vida
  - Indique cuántos nacimientos con vida tuvo en este embarazo: \_\_\_\_\_
- Embarazo ectópico o tubárico
- Aborto espontáneo (el embarazo terminó de manera espontánea antes de las 20 semanas)
- Parto de un bebé muerto o pérdida fetal (el embarazo terminó a las 20 semanas o después)
  - Indique cuántas muertes fetales han ocurrido con este embarazo: \_\_\_\_\_
- Interrupción del embarazo
- Se desconoce el resultado
  - Describa los métodos que utiliza para llevar un registro de los resultados del embarazo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2) [Miembros del personal: Si este embarazo terminó con un(os) bebé(s) vivo(s) ahora inscrito(s) en HS, indique el número de identificación único del niño inscrito (EC)]:

[Ingréselo como un número: Código org del recipiente de fondos + EC + el ID único del cliente (por ejemplo., 123PP45678)] (a continuación, las siglas se refieren a los números de identificación únicos de cada niño inscrito)

a. UID del primer EC (niño inscrito): \_\_\_\_\_

b. UID del segundo EC (niño inscrito): \_\_\_\_\_



# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

c. UID del tercer EC (niño inscrito): \_\_\_\_\_

d. UID del cuarto EC (niño inscrito): \_\_\_\_\_

3) [Miembros del personal: Entre los bebés que nacieron vivos en este embarazo, ¿alguno terminó en muerte neonatal? (esto quiere decir cuando un bebé nace vivo y muere entre los 0 y los 27 días de nacido)]

Sí

▪ Indique cuántas muertes neonatales en este embarazo:

• Número \_\_\_\_\_

▪ Describa el método que utiliza para llevar el registro de las muertes neonatales:

\_\_\_\_\_

No

No se pudo determinar

4) [Miembros del personal: por favor indiquen si el parto terminó en mortalidad materna].

Sí

▪ Describa los métodos que utiliza para llevar el registro de la mortalidad materna:

\_\_\_\_\_

No

Se desconocen los resultados

5) [Fuentes de información para los resultados del embarazo registrados en esta sección]

[Marque todas las que correspondan]:

Historial clínico

Registros vitales

Participante principal

Otro miembro de la familia

Otra fuente, especifique:

\_\_\_\_\_

[INSTRUCCIONES PARA EL SEGUIMIENTO – si el embarazo resultó en:

- **Madre y bebé sanos**, entonces complete el formulario para padres/hijos y actualice el formulario de información de antecedentes con la participante.
- Si el resultado fue **mixto e incluyó un bebé vivo y una muerte fetal o neonatal, o un bebé o madre muy enfermos**, sea consciente de los sentimientos de la participante y posiblemente posponga el formulario para padres/hijos para el bebé vivo, o actualice el formulario de información de antecedentes, (por ejemplo, durante la próxima visita)
- Si el embarazo no resultó en un **Nacimiento vivo** (por ejemplo, aborto espontáneo, embarazo ectópico o tubárico, muerte fetal, Interrupción del embarazo, muerte neonatal), los miembros del

# Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

OMB Control No. 0915-0338, Fecha de vencimiento 02/28/2023

personal deben ser conscientes de los sentimientos de la participante y posponer la actualización del formulario de información de antecedentes, por ejemplo, hasta la próxima visita.

---