

FORWARDHEALTH
CUESTIONARIO DE EMBARAZO PARA LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL
(FORWARDHEALTH PRENATAL CARE COORDINATION PREGNANCY QUESTIONNAIRE)

INSTRUCCIONES: Escriba claramente a mano o a máquina. Antes de completar este formulario, lea las instrucciones del Cuestionario de embarazo para la coordinación de la atención prenatal, F-01105A. Los proveedores pueden consultar la página de formularios del ForwardHealth Portal (portal ForwardHealth) en www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Publications/ForwardHealthCommunications.aspx?panel=Forms para obtener instrucciones para completarlo.

Es obligatorio el uso de este formulario. Se requiere que los proveedores usen este formulario para determinar la elegibilidad de las afiliadas para recibir el beneficio de la prenatal care coordination (coordinación de la atención prenatal, PNCC). Una afiliada es elegible para recibir los servicios de PNCC cuando, 1) tiene cuatro factores de riesgo identificados de la lista a continuación o más, o 2) es menor de 18 años (sin tener en cuenta el número de factores de riesgo identificados). Las preguntas que indican un factor de riesgo están marcadas con un asterisco (*). Los proveedores deben marcar la casilla junto al asterisco si corresponde a un factor de riesgo. El cuestionario se utilizará para informar el plan de atención de las afiliadas elegibles.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la afiliada (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

2. Dirección de la afiliada (calle, ciudad, estado, código postal)

3. Condado

4. Número de teléfono principal de la afiliada

5. Correo electrónico de la afiliada

6. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con la afiliada? ¿Cuál es el mejor horario para comunicarse con la afiliada?

7. Número de identificación (ID) de la afiliada

8. Fecha de nacimiento de la afiliada

* 9. Edad de la afiliada

* 10. ¿Con qué grupo étnico se identifica la afiliada?

Hispano

No hispano

* 11. ¿Con qué raza se identifica la afiliada? (Marque **todas** las que correspondan).

Indígena americana/nativa de Alaska

Asiática

Negra o afroamericana

Hawaiana/isleña del Pacífico

Blanca

Otros: _____

<p>* <input type="checkbox"/> 12. Educación (Marque el grado más alto que completó).</p> <p><input type="checkbox"/> No completó la escuela secundaria.</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela secundaria completa (grados 1 a 12) o equivalente (por ejemplo, diploma GED).</p> <p><input type="checkbox"/> Título universitario recibido (diplomatura, licenciatura o maestría).</p>	<p>* <input type="checkbox"/> 13. Estado civil</p> <p><input type="checkbox"/> Casada</p> <p><input type="checkbox"/> Soltera</p>
14. Nombre del contacto de emergencia	15. Número de teléfono del contacto de emergencia

SECCIÓN II – EMBARAZO EN CURSO

1. ¿Cursa la afiliada un embarazo múltiple (por ejemplo, mellizos o trillizos)?	2. ¿Cuál es la fecha de parto de la afiliada?
* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No	* <input type="checkbox"/> 3. ¿Cuándo fue la primera cita médica de la afiliada relacionada con su embarazo en curso (por ejemplo, una cita de atención primaria o de obstetricia/ginecología)?
* <input type="checkbox"/> _____ (mes/año)	
* <input type="checkbox"/> La afiliada no tuvo una cita todavía, pero tiene una programada el: _____ (MM/DD/AAAA).	
* <input type="checkbox"/> La afiliada no tuvo una cita y no tiene ninguna programada.	
* <input type="checkbox"/> 4. ¿La afiliada recibe servicios de nutrición del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Women, Infants, and Children (mujeres, bebés y niños, WIC)?	* <input type="checkbox"/> 5. Registre la altura y el peso de la afiliada.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Peso de la afiliada antes del embarazo: _____
Peso actual de la afiliada: _____	
Altura de la afiliada: _____	
6. ¿Qué va bien en el embarazo de la afiliada hasta el momento (por ejemplo, en el aspecto médico, emocional o social)?	
7. ¿Cuáles son los objetivos de la afiliada para este embarazo (por ejemplo, objetivos nutricionales, objetivos de hábitos u objetivos emocionales)?	
* <input type="checkbox"/> 8. Si la afiliada pudiera cambiar el momento de este embarazo, ¿sería antes, después o sin cambios, o preferiría no estar embarazada en absoluto?	9. ¿Planea la afiliada amamantar a su bebé?
<input type="checkbox"/> Antes (por ejemplo, la afiliada ha estado tratando de quedar embarazada por largo tiempo)	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Después	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> No se ha decidido
<input type="checkbox"/> No estar embarazada	
10. ¿Qué sabe la afiliada sobre la lactancia materna? ¿Cuáles son sus ideas o experiencias con la lactancia materna?	

11. ¿Ha tenido la afiliada algún sangrado o calambres durante este embarazo? Sí No

SECCIÓN III – HISTORIAL DEL EMBARAZO (si este es el primer embarazo de la afiliada, pase a la sección IV).

1. ¿Ha estado la afiliada embarazada antes?

Sí No

2. Actualmente, ¿cuántos niños a su cuidado tiene la afiliada, incluidos los hijos biológicos o adoptados?

3. ¿Cuántos niños vivos la afiliada ha dado a luz?

4. ¿Cuántos de los nacimientos de la afiliada fueron nacidos vivos a término (**no** partos prematuros)?

* 5. ¿Cuántos de los nacimientos de la afiliada se anticiparon más de tres semanas (parto prematuro)?

* 6. ¿Cuántas veces la afiliada ha tenido un aborto espontáneo o ha perdido un embarazo a las 20 semanas o más?

* 7. ¿Cuántas veces la afiliada ha tenido un aborto espontáneo o ha perdido un embarazo antes de las 20 semanas (incluido el final del embarazo planificado y no planificado)?

* 8. ¿Cuántos bebés ha dado a luz la afiliada que pesaron 5.5 libras o menos al nacer?

9. ¿Cuántos bebés ha dado a luz la afiliada que pesaron más de 9 libras al nacer?

* 10. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde el último embarazo de la afiliada? Ingrese la fecha de terminación de su último embarazo.

11. ¿Cuál fue el resultado del último embarazo de la afiliada?

- Nacimiento vivo
 Aborto espontáneo u otra pérdida

SECCIÓN IV – INFORMACIÓN DE SALUD

Afecciones de salud y dentales

1. ¿La afiliada tiene un primary care physician (médico de atención primaria, PCP)? Sí No

En caso afirmativo, ingrese el nombre y la información de contacto del proveedor a continuación (si está disponible).

* 2. Marque todas las afecciones que la afiliada tiene o ha tenido que hayan requerido atención médica continua. Marque todas las que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Clamidia, gonorrea, sífilis o herpes genital | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo____) | <input type="checkbox"/> Infección de las vías urinarias |
| | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades, infecciones o afecciones que requieran atención médica continua |

3. ¿Ha sido la afiliada examinada para detectar sexually transmitted infections (infecciones de transmisión sexual, STI), incluidos HIV y sífilis, durante este embarazo?

Sí No

* 4. ¿Cuántas veces ha ido la afiliada al dentista o a la clínica dental en los últimos dos años?

¿Tiene la afiliada dientes adoloridos o flojos, encías sangrantes o mal sabor u olor en la boca?

Sí No

Salud mental y consumo de sustancias

5. ¿Usó la afiliada productos de tabaco (incluidos cigarrillos o cigarrillos electrónicos) antes de este embarazo?

Sí No

En caso afirmativo, registre qué productos de tabaco usó la afiliada.

* 6. ¿Ha usado la afiliada productos de tabaco (incluidos cigarrillos o cigarrillos electrónicos) durante este embarazo?

Sí No

En caso afirmativo, registre qué productos de tabaco usó la afiliada.

7. ¿Alguien en el hogar de la afiliada fuma o usa productos de tabaco?

Sí No

8. ¿La afiliada bebió alcohol durante los tres meses anteriores a su embarazo en curso?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas, aproximadamente, tomó por semana?

* 9. ¿Tomó la afiliada alcohol durante este embarazo?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas, aproximadamente, tomó por semana?

* 10. En el último año, ¿ha consumido la afiliada medicamentos que no le fueron recetados o ha consumido medicamentos de una manera distinta a la que le fueron recetados?

Sí No

* 11. Durante el último mes, ¿perdió la afiliada interés en hacer cosas o le molestó sentirse abatida, deprimida o desesperada?

Sí No

* 12. ¿Cómo califica la afiliada su nivel de estrés actual?

Alto Medio Bajo

* 13. ¿Está la afiliada preocupada por su salud mental o el consumo de sustancias?

Sí No

(Opcional) En caso afirmativo, describa las preocupaciones.

Factores ambientales y sociales

* 14. ¿Ha tenido la afiliada problemas de vivienda en los últimos tres meses?

Sí No

* 15. ¿Se siente segura la afiliada en el lugar donde vive?

Sí No

* 16. Durante el último mes, ¿se saltó la afiliada alguna comida, no comió cuando tenía hambre o utilizó un comedor comunitario porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

Sí No

* 17. ¿Tiene la afiliada algún problema que le impida llegar a sus citas de atención médica o servicios sociales (por ejemplo, problemas con el transporte o para conseguir cuidado infantil)?

Sí No

* 18. ¿Alguna vez la afiliada ha sido abusada física, sexual, emocional o verbalmente por su pareja actual, una expareja o alguien cercano a ella?
 Sí No

* 19. ¿Tiene la afiliada personas en su vida con las que puede contar cuando necesita ayuda?
 Sí No

20. ¿Con quién puede contar la afiliada para que le ayude con las actividades cotidianas como el cuidado de los niños, la preparación de los alimentos, el lavado de la ropa y el transporte?

Necesidades de la afiliada

21. ¿Está la afiliada muy preocupada acerca de lo siguiente? Marque todas las que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de dinero | <input type="checkbox"/> Trabajo de parto y nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Su propio trabajo, desempleo o educación | <input type="checkbox"/> El cuidado de este bebé |
| <input type="checkbox"/> El trabajo o el desempleo de su pareja | <input type="checkbox"/> El cuidado de sus otros hijos |
| <input type="checkbox"/> Su propio consumo de alcohol o sustancias | <input type="checkbox"/> Vivienda/alimentación estable |
| <input type="checkbox"/> El consumo de alcohol o sustancias por parte de otra persona de su hogar | <input type="checkbox"/> Dificultad para acceder al apoyo de servicios médicos o sociales |
| <input type="checkbox"/> La relación con su pareja | <input type="checkbox"/> Redes sociales y comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Su pareja no quería este embarazo | <input type="checkbox"/> Acceso al transporte |
| | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

22. ¿Qué es lo que **más** le preocupa a la afiliada del Elemento 21?

23. ¿Cómo afronta la afiliada sus problemas y cómo ha superado problemas en el pasado?

24. ¿Sobre qué temas le gustaría a la afiliada obtener más información? Marque todas las que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El efecto del alcohol sobre su salud y la salud de su bebé | <input type="checkbox"/> Cómo dejar de consumir productos de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Crecimiento y desarrollo del bebé | <input type="checkbox"/> Cómo estar más cómoda durante el embarazo |
| <input type="checkbox"/> Lactancia | <input type="checkbox"/> Trabajo de parto y nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Cuidado del recién nacido | <input type="checkbox"/> Nutrición durante y después del embarazo |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar y control de la natalidad | <input type="checkbox"/> Manejo del estrés |
| <input type="checkbox"/> Obtención de atención médica para ella o para su bebé | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
-

25. Información adicional

SECCIÓN V – ELEGIBILIDAD Y FIRMA (Para ser completado por el coordinador de atención de la agencia de PNCC, el revisor profesional calificado y la afiliada).

* 1. ¿La afiliada habla inglés con fluidez y se siente cómoda haciéndolo? Sí No

2. ¿Es la afiliada elegible para recibir los servicios de PNCC? Si la respuesta es sí, ¿por qué?

Sí, porque:

Tiene cuatro o más factores de riesgo. Su número total de factores de riesgo es: _____.

Tiene _____ años de edad.

No

3. Nombre del coordinador de atención que completa el cuestionario

4. **FIRMA** del coordinador de atención

5. Fecha de la firma del coordinador de atención

6. Nombre del revisor profesional de atención calificado (si es diferente del anterior)

7. **FIRMA** del revisor profesional calificado

8. Fecha de la firma del revisor profesional de atención calificado

9. **FIRMA** de la afiliada

10. Fecha de la firma de la afiliada