

**FORWARDHEALTH**  
**PROGRAMA DE COORDINACION DE CUIDADO PRENATAL**  
**CUESTIONARIO DE EMBARAZO**  
**(PRENATAL CARE COORDINATION PROGRAM)**  
**(PREGNANCY QUESTIONNAIRE)**

**Instrucciones: Escriba a máquina o imprima claramente. Antes de completar este formulario, lea las instrucciones de como completar el cuestionario del Prenatal Care Coordination Program Pregnancy (Programa de Coordinación de Cuidado Prenatal), F-01105A.**

<b>SECCION I — INFORMACION GENERAL</b>		
1. Nombre — Miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	2. Fecha de Nacimiento — Miembro	3. Edad — Miembro
4. Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	5. Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/De las Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro
6. Educación (Indicar el grado más alto completado) <input type="checkbox"/> Primaria / Secundaria (1-12) _____ <input type="checkbox"/> Universidad (1-4 or 5+) _____		7. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
8. Dirección — Miembro (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		9. Condado
10. Teléfono — Miembro	11. Otro número de teléfono — Miembro	
12. ¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con usted? ¿Cuál es el mejor momento de comunicarse con usted?	13. Nombre y Número de Teléfono — Persona para contactar en caso de emergencia	
14. Nombre — Proveedor Médico o Clínica (Médico, Enfermera (NP), Partera)  <input type="checkbox"/> Yo no tengo un profesional médico.	15. Número de Identificación del Miembro	
16. ¿Cuántas veces ha visitado usted al dentista o clínica dental en los últimos dos años?		
<b>SECCION II — EMBARAZO ACTUAL</b>		
1. ¿Cuándo nace el bebe?	2. ¿Cuál fue la fecha de su último período menstrual?	
3. Si pudiera cambiar el tiempo en que ocurrió este embarazo, ¿Para cuándo lo querría? <input type="checkbox"/> Un tiempo anterior <input type="checkbox"/> No cambio <input type="checkbox"/> Un tiempo después <input type="checkbox"/> En ningún tiempo	4. ¿Cuándo fue su primera cita médica para cuidado prenatal? _____ (mes / año) <input type="checkbox"/> Yo no he visto a nadie todavía. <input type="checkbox"/> Yo tengo una cita para el _____. (mes/día/año)	
5. Su peso antes del embarazo: _____ Su peso actual : _____ Su estatura: _____	6. ¿Está usted embarazada de más de un bebe (Mellizos, Trillizos)?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Está pensando darle el seno a su bebe?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No he decidido	8. ¿Ha tenido un examen del <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i> durante este embarazo?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Ha tenido alguna sangría vaginal o retorcijones?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Está recibiendo servicios de nutrición del <i>Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)</i> ?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

To be completed by Health Professional

Lim Eng  
 A- <20  
 A- >39  
 E- H  
 R- Al,A,  
 B,HPI,O

Edu<12  
 MS- S

Tim- L,NAA  
 PNC- 2,3,N

BMI- <19.8  
 BMI- ≥26.1

WIC- Y

<b>SECCION III — HISTORIAL DEL EMBARAZO (Si este es su primer embarazo, pase a la Sección IV).</b>		
1. ¿Cuántas veces ha estado usted embarazada anteriormente?	2. Cantidad de bebés nacidos de tiempo completo	3. Cantidad de bebés nacidos más de tres semanas antes
4. Cantidad de abortos espontáneos u otras pérdidas de embarazos a las 20 semanas o más de embarazada	5. Cantidad de abortos espontáneos u otras pérdidas de embarazos a las 20 semanas o menos de embarazada	6. Cantidad de niños viviendo
7. Cantidad de bebés pesando menos de 5½ libras al nacer	8. Cantidad de bebés pesando más nueve libras al nacer	9. Fecha en que finalizó su último embarazo

PreT  
Loss 20+  
LBW  
Int<12m

10. Resultados de su último embarazo  Nacido Vivo  Aborto espontáneo / Otras pérdidas

<b>SECCION IV — PREOCUPACIONES</b>	
1. ¿Tiene usted, o ha tenido algunas vez, algunas de las condiciones siguientes? <b>Marque todo lo que aplique.</b> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Clamidia, gonorrea, sífilis, o herpes genital <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Ataques / epilepsia <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> Otra enfermedad, infección, o condición que requiera atención médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene usted dolor dental o sangran sus encías cuando usted come o cuando se cepilla los dientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Antes de salir embarazada, fumaba usted cigarrillos? Si responde Sí, indique la cantidad promedio de cigarrillos que se fumaba al día.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Desde que salió usted embarazada, ha fumado usted cigarrillos? Si responde Sí, indique la cantidad promedio de cigarrillos que se fumaba al día.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Alguien fuma en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿En los tres meses anteriores a su embarazo actual, uso usted alguna forma de alcohol? Si responde Sí, indique la cantidad promedio de tragos consumidos por semanas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Desde que salió usted embarazada, ha usado usted alcohol? Si responde Sí, indique la cantidad promedio de tragos consumidos por semanas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿En el pasado año, ha usado usted drogas de la calle?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha sido usted alguna vez físicamente, sexualmente, emocionalmente, o verbalmente abusada por su compañero o por alguien cercano a usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Se siente usted insegura donde vive?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Durante el pasado mes, dejó usted de comer, no comió cuando tenía hambre, o usó una despensa pública de alimentos (food pantry) porque no había suficiente comida o dinero suficiente para comprar comida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Ha tenido usted algún problema de vivienda en los pasados tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Tiene usted problemas de transporte, guardería, u otros problemas que le impiden mantener sus citas de cuidado de salud o de servicios sociales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Ha tenido usted problemas de depresión o ha recibido consejería o medicamentos para problemas de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Durante este último mes, ha tenido usted poco interés en hacer cosas, o ha estado usted descontenta porque se siente triste, deprimida o desesperada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Cómo considera usted su nivel de tensión actual?	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Bajo
17. ¿Con cuántas personas puede usted contar cuando necesita ayuda?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3+

1- Y  
2- Y  
4- Y  
7- Y  
8- Y  
9- Y  
10- Y  
11- Y  
12- Y  
13- Y  
14- Y  
15- Y  
16- H  
17- 0

18. ¿Cuáles de estas cosas le preocupan más? Marque todas las que apliquen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de dinero                               | <input type="checkbox"/> Mi relación con mi compañero         |
| <input type="checkbox"/> Mi trabajo  | <input type="checkbox"/> Mi compañero no quería este embarazo |
| <input type="checkbox"/> El trabajo o desempleo de mi compañero            | <input type="checkbox"/> El parto y dar a luz                 |
| <input type="checkbox"/> El consumo de alcohol y de drogas de mi compañero | <input type="checkbox"/> Cuidar de este bebé                  |
| <input type="checkbox"/> Mi propio consumo de alcohol y de drogas          | <input type="checkbox"/> Cuidar de mis otros hijos            |
| <input type="checkbox"/> Mi compañero está en la cárcel                    | <input type="checkbox"/> Otras _____.                         |

---

19. ¿Qué es lo que más le preocupa?

---

20. ¿Qué hace usted para confrontar sus problemas?

---

21. ¿Con quién puede usted contar para ayuda con sus actividades diarias, tales como el cuidado de niños (guardería), comidas, lavado de ropa, o transporte?

---

22. ¿Sobre cuáles temas le gustaría aprender más? Marque todos los que apliquen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crecimiento y desarrollo del bebé                      | <input type="checkbox"/> Parto y dar a luz                           |
| <input type="checkbox"/> Amamantar  | <input type="checkbox"/> Como manejar las incomodidades del embarazo |
| <input type="checkbox"/> Cuidado del recién nacido                              | <input type="checkbox"/> Nutrición durante el embarazo               |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar / control de natalidad          | <input type="checkbox"/> Como manejar la tensión                     |
| <input type="checkbox"/> Obtener cuidado para usted y su bebé                   | <input type="checkbox"/> Otros _____.                                |
| <input type="checkbox"/> Como dejar de fumar                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Efectos del alcohol en la salud de la madre y del bebé |  |

---

23. Información Adicional

---

**SECCION V — DEBE SER COMPLETADA POR EL PROFESIONAL DE SALUD**

---

Is the recipient eligible for Prenatal Care Coordination (PNCC) services?

- Yes, based on a number of factors \_\_\_\_\_ or age \_\_\_\_\_.  
 No.

---

**SIGNATURE** — Staff Completing Assessment

Date Signed

---

**SIGNATURE** — Qualified Health Professional (If Different from Above)

Date Signed

---