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

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

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

**Esta herramienta de evaluación debe ser completada para todas las mujeres que deseen recibir los servicios de Healthy Start.**

**Algunos de los principales objetivos de esta herramienta son:**

* **Evaluar el estado de embarazo actual de la mujer**
* **Documentar los antecedentes de embarazos previos**
* **Identificar los riesgos que ha tenido en los embarazos previos que puedan afectar los embarazos futuros**

*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.*

**Los participantes deben completar esta herramienta e incluir información en la pregunta 3 sobre la información del nacimiento de cualquier bebe o niño al que ella sea cuidadora.**

**Si el cuidador no es un participante, debe completar solo la pregunta 3, ingresando la información de nacimiento del bebe o niño en la tabla como nacimiento vivo.**

*Por favor, lea las preguntas a la participante. Léale las respuestas solo cuando las instrucciones de las preguntas se lo indiquen.*

## 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.

## ¿Está embarazada en este momento?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 1.1 Y **complete la herramienta de evaluación prenatal)**
* No (Vaya a la pregunta 2)
* No sabe (Vaya a la pregunta 2)
* No contesta (Vaya a la pregunta 2)

## ¿De cuántas semanas o meses está?

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_semanas O \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses

* No sabe
* No contesta

## ¿Cuántas veces ha estado embarazada en su vida? Incluya los embarazos que terminaron en nacimiento con vida, aborto espontáneo, parto de feto muerto o muerte fetal, aborto y embarazo ectópico o tubárico. No incluya el embarazo actual si la participante está embarazada.

**Personal:** **La siguiente información es solo para su referencia:**

* Nacimiento con vida: parto en el que el feto nace con vida
* Aborto espontáneo: pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de embarazo
* Parto de feto muerto o muerte fetal: pérdida del embarazo después de las 20 semanas de embarazo
* Aborto: procedimiento para poner fin a un embarazo
* Embarazo ectópico o tubárico: cuando un óvulo fecundado se implanta fuera del útero, generalmente en las trompas de falopio.

*Por favor, ingrese la cantidad de embarazos.*

\_\_\_\_\_\_\_\_EMBARAZOS (Si la participante ya ha tenido otros embarazos, vaya a la pregunta 3)

* No sabe
* No contesta

SI LA PARTICIPANTE NO HA TENIDO OTROS EMBARAZOS,   
ESTA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN ESTÁ COMPLETA.

## 3. Por favor, cuénteme cómo finalizaron los cinco embarazos más recientes.

## PERSONAL: POR FAVOR, LEA EN VOZ ALTA las siguientes respuestas: nacimiento con vida, aborto espontáneo, embarazo ectópico o tubárico, aborto o parto de feto muerto o muerte fetal, e ingrese el tipo para cada embarazo. Para los nacimientos con vida y muerte fetal / partos de feto muerto, por favor indique la cantidad de bebés para cada tipo de embarazo y la fecha de nacimiento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nacimiento con vida** | **Aborto espontáneo** | **Embarazo ectópico o tubárico** | **Aborto** | **Muerte fetal/parto de feto muerto** |
| **Embarazo 1** | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ |
| **Embarazo 2** | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ |
| **Embarazo 3** | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ |
| **Embarazo 4** | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ |
| **Embarazo 5** | # \_\_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ | # \_\_\_  Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_ |

**NO LEA EN VOZ ALTA:**

* No contesta

**PERSONAL:**

Si la participante tuvo **nacimientos con vida**, continúe con la pregunta 4. Si el participante no ha tenido nacimientos con vida sino un muerte fetal/ parto de feto muerto, haga las preguntas 5 y 5.1 solamente. Si la participante tuvo **solo** aborto espontáneo, embarazo ectópico o tubárico o aborto (**y no tuvo nacimientos con vida**), la **HERRAMIENTA ESTÁ COMPLETA**.

## 4. ¿Ha tenido algún parto por cesárea (cuando el médico corta el abdomen de la madre para sacar al bebé)?

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

## 5. ¿Ha tenido algún problema o complicación con alguno de sus embarazos anteriores?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 5.1)
* No (Vaya a la pregunta 6)
* No sabe (Vaya a la pregunta 6)
* No contesta (Vaya a la pregunta 6)

## 5.1 ¿Cuál de los siguientes problemas ha tenido durante su último embarazo?

PERSONAL: Por favor, lea las preguntas a la participante.

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan.*

Hemorragia vaginal

Infección en riñón o vejiga (tracto urinario) (infección urinaria)

Tuve que ir al médico u hospital por náuseas, vómitos o deshidratación severa

Tuvieron que coserme el cuello uterino para cerrarlo (cerclaje por incompetencia cervical)

Alta presión, hipertensión (incluida hipertensión inducida por el embarazo[HIE]), preeclampsia, o toxemia

Problemas con la placenta (como placenta previa)

VIH, Herpes, o VPH

Dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha de parto (parto pretérmino o prematuro)

Rompí bolsa más de 3 semanas antes de la fecha de parto (rotura de bolsa prematura [PROM])

Tuvieron que hacerme una transfusión de sangre

Me lastimé en un accidente de tránsito

* Otro: por favor, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

## 6. ¿Alguno de sus bebés nació más de 3 semanas antes de la fecha de parto?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí, por favor especifique cuántos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No
* No sabe
* No contesta

## 7. ¿Alguno de sus bebés pesó menos de 5 libras, 8 onzas al nacer?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí, por favor especifique cuántos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No
* No sabe
* No contesta

## 8. ¿Alguno de sus bebés tuvo que quedarse en el hospital después de que usted regresó a su casa?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí, por favor especifique el motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No
* No contesta

PERSONAL: Haga la pregunta 9 solo si el participante tiene niños vivos.

## 9. ¿Todos sus hijos viven con usted en este momento?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No contesta

La herramienta de evaluación de antecedentes de embarazo de Healthy Start está completa