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

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

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

*Esta herramienta debe ser completada para las mujeres en período inmediatamente posterior a la etapa de postparto. Este período comprende desde los seis meses hasta los dos años posteriores al parto. Durante esta fase, Healthy Start trabaja junto a las madres, los bebés y las familias para fortalecer la solidez familiar y crear las bases para que el niño pueda tener una salud y un desarrollo óptimo.*

Realice esta evaluación 6 meses después del parto, 1 año después del parto y justo antes de la finalización del programa, a los 2 años (*para asegurarse de que tanto el niño como la madre estén listos para abandonar el programa y que cuenten con el apoyo adecuado*).

***Para los participantes con niños de 6 a 24 meses de edad que también están embarazadas, responder a las siguientes preguntas:***

* *1-16*
* *36*
* *40-40.1*
* *59-59.1*
* *Y la herramienta de evaluación prenatal*

***Para los participantes con niños mayores de 24 m eses, y que no están embarazadas, comience en la pregunta 17.***

***Los padres o cuidadores que n o están participantes*** *deben responder a preguntas:*

* *1-15*
* *59-59.1*

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

*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.*

***Cuando hay más de un niño entre los edades de 6 y 24 meses, el cuidador debe responder sobre cada niño. Por favor, recuerde que el Hijo 1 es el niño que nació primero, el Hijo 2 es el que nació segundo, el Hijo 3 es el que nació tercero y el Hijo 4 es el que nació cuarto. Esto se aplica a todas las preguntas sobre los hijos.***

## 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.

# Estado de salud de los hijos

## Comenzaré por hacerle algunas preguntas sobre su/s hijo/s.

## Por favor, dígame las fechas de nacimiento de sus hijos mayores de 6 meses y menores de 24 meses.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha de nacimiento** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Hijo 2** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Hijo 3** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Hijo 4** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |

***1.1 ¿Cómo describiría la salud de este/estos hijo/s?***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Excelente** | **Muy buena** | **Buena** | **Regular** | **Mala** | **Ha fallecido** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |  |  |

## PERSONAL:

## Si alguno de los hijos ha fallecido, debe tener en cuenta el estado anímico de la madre y puede postergar la realización de esta evaluación para un momento más oportuno.

## PERSONAL: Las preguntas 2-15 se refieren a los bebés de la participante. Si la participante perdió a su/s bebé/s, vaya a la pregunta 16 [saltee las preguntas 2.1-15]. Realice las preguntas 3-15 SOLO si los bebés de la participante están con vida.

## 2. ¿Alguna vez amamantó o se extrajo leche para alimentar a su/s bebé/s después del parto, aunque sea por poco tiempo?

*Seleccionar solo una respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |

**PERSONAL: Si amamantó a alguno de los hijos, vaya a la pregunta 2.1**

**Si la participante respondió “No” o “No contesta” para todos los hijos, vaya a la pregunta 3.**

***2.1 ¿Durante cuántos días, semanas o meses amamantó o se extrajo leche para alimentar a su/s hijo/s?***

***PERSONAL: Por favor, anote el número que le diga la participante e ingrese la cantidad de días, semanas O meses para cada hijo.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cantidad de días, semanas o meses (anote el número y marque con un círculo el período de tiempo que corresponda)** | **Todavía está amamantando** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  Días Semanas \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |
| **Hijo 2** |  Días Semanas \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |
| **Hijo 3** |  Días Semanas \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses |  |  |  |
| **Hijo 4** |  Días Semanas \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses  |  |  |  |

## 3. Por favor, dígame cuántas días usted o un miembro de su familia le leyó a su hijo en la última semana. Esto incluye leerle libros con palabras o imágenes pero no libros de audio grabados en cinta, CD o computadora.

**PERSONAL: Anote la cantidad total de días, desde 0 días (ningún día) hasta 7 días (todos los días**).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Días por semana (Anote la cantidad)** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |

## 4. El desarrollo de su hijo es importante. Tengo algunas preguntas sobre el desarrollo de su hijo. Por favor, cuénteme si a usted o alguna otra persona le preocupa lo siguiente.

**PERSONAL: Por favor, lea cada una de las siguientes preguntas y seleccione una respuesta para cada pregunta.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P No. | **¿Usted o alguna otra persona está preocupada por:** | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| 4.1 | la forma en que su hijo habla, pronuncia o entiende? |  |  |  |  |
| 4.2 | la forma en que su hijo usa sus brazos o piernas? |  |  |  |  |
| 4.3 | la forma en que su hijo usa sus manos o dedos para hacer cosas? |  |  |  |  |
| 4.4 | la forma en que su hijo aprende a hacer cosas por sí mismo? |  |  |  |  |
| 4.5 | la forma en que su hijo se comporta o lleva con los demás? |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre el desarrollo infantil**
* **Se ha ofrecido información sobre la crianza**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Se ha ofrecido asesoramiento sobre la crianza**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Centro de recursos informativos para padres
* Grupo de apoyo para padres
* Clases de crianza
* Otro: especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# Seguridad de los hijos

## Los buenos hábitos de sueño son importantes para la salud física y emocional de su/s hijo/s. El lugar donde duerme su hijo, la posición en la que duerme, el tipo de cuna o cama y el tipo de colchón son importantes para su seguridad.

## PERSONAL: Realice las preguntas 5, 6, 7 solo sobre la forma en que duermen los hijos menores de 12 meses.

## 5. ¿En qué posición suele acostar a su/s bebé/s para dormir?

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante. Seleccione una sola respuesta para cada hijo.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **De costado**  | **Boca arriba**  | **Boca abajo**  | **No contesta**  |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |

## 6. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia durmió/durmieron su/s hijo/s solo/s en su propia cuna o cama? ¿Diría que siempre, a menudo, a veces, pocas veces o nunca?

*Seleccionar solo una respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Respuestas** | **Siempre** | **A menudo** | **A veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |  |  |  |

## 7. Por favor, cuéntenos cómo durmió/durmieron su/s hijo/s en las últimas 2 semanas.PERSONAL: POR FAVOR, LEA cada lugar a la participante y seleccione una respuesta para cada lugar y cada hijo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar donde durmió** | **Hijo 1** | **Hijo 2** | **Hijo 3** | **Hijo 4** |
| En una cuna, cuna portátil o practicuna |  |  |  |  |
| En un colchón o cama doble o más grande |  |  |  |  |
| En un sillón o sofá |  |  |  |  |
| En un asiento infantil para auto o moisés |  |  |  |  |
| Con una manta |  |  |  |  |
| Con juguetes, almohadones, almohadas, incluidos los almohadones para amamantar |  |  |  |  |
| Con protector para cuna (de malla o no) |  |  |  |  |
| En una bolsa o saco de dormir  |  |  |  |  |

## 8. Cuando su/s hijo/s viaja/n en auto, camión o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja/n en un asiento infantil? ¿Diría que siempre, muchas veces, a veces, pocas veces o nunca?

*Seleccionar una sola respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Siempre** | **Muchas veces** | **A veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |  |  |  |

## 9. ¿Le han hecho a su/s hijo/s el análisis de plomo en sangre?

*Seleccionar una sola respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |

## PERSONAL: Si se lo han hecho a alguno de los hijos, vaya a la pregunta 9.1; de lo contrario, vaya a la pregunta 10.

## 9.1 ¿El nivel de plomo en sangre de su hijo preocupó al doctor?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |

***10. En promedio, ¿cuántas horas por día pasa/n su/s hijo/s en la misma habitación o vehículo en la/el que hay otra persona fumando?***

*Por favor, ingresar la cantidad de horas que el bebé pasa en la misma habitación o vehículo en la/el que hay otra persona fumando, o seleccionar solo una respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cantidad de horas por día** | **Menos de una hora por día** | **Nunca está en la misma habitación o vehículo en la/el que hay una persona fumando** | **No contesta** |
| Hijo 1 |  |  |  |  |
| Hijo 2 |  |  |  |  |
| Hijo 3 |  |  |  |  |
| Hijo 4 |  |  |  |  |

***11. ¿Tiene armas en su casa?***

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:** * Posiciones seguras para dormir
* Seguridad del asiento para el auto (instalación, colocación en el auto, orientación hacia atrás, verificación de los límites de peso y altura)
* Envenenamiento con plomo
* Efectos de la exposición al tabaco
* Uso seguro de las armas

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se ofreció:** * Cuna
* Asiento para auto
* Análisis de plomo

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Cuna
* Armado de la cuna
* Asiento para auto
* Instalación del asiento para auto
* Cómo instalar el asiento para auto

**Nombre de la organización local que proporcionó los servicios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Médico de atención primaria que realizó el análisis de plomo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Seguro médico del hijo / Acceso a la atención médica / Atención médica primaria

## Un médico o enfermera personal es un profesional de la salud que conoce bien y está familiarizado con la historia clínica de su hijo. Puede ser un médico clínico, un pediatra, un especialista, una enfermera o un asistente médico.

## 12. ¿Tiene a alguien que considere como el médico o enfermera personal de su/s hijo/s?

*Seleccionar una sola respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí, una persona** | **Sí, más de una persona** | **No** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |  |

## 13. ¿Hay algún lugar al que lleve HABITUALMENTE a su/s hijo/s cuando no se siente/n bien o cuando usted u otro cuidador necesitan hacer una consulta sobre la salud de su/s hijo/s?

*Seleccionar una sola respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **Hay más de un lugar** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |  |

## Si el/los hijo/s tiene/n más de un lugar de atención médica habitual, vaya a la pregunta 13.1

## Si el/los hijo/s no tiene/n un lugar de atención médica habitual o la participante responde “No sabe” o “No contesta”, vaya a la pregunta 14.

## 13.1. ¿A qué tipo de lugar suele llevar a su/s hijo/s cuando no se siente/n bien o necesita hacer una consulta sobre su salud? ¿Lo/s lleva a un consultorio médico, a una sala de emergencias, al departamento ambulatorio de un hospital, a una clínica o a algún otro lugar?

*Seleccionar una sola respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hijo 1** | **Hijo 2** | **Hijo 3** | **Hijo 4** |
| 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 |  |  |  |  |
| No sabe |  |  |  |  |
| No contesta |  |  |  |  |

## 14. Por favor, dígame qué tipo de seguro médico tiene/n su/s hijo/s:

*Seleccionar todas las respuestas que correspondan para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hijo 1** | **Hijo 2** | **Hijo 3** | **Hijo 4** |
| 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 tiene/n seguro |  |  |  |  |
| No sabe |  |  |  |  |
| No contesta |  |  |  |  |

## 15. ¿Cuándo fue la última vez que llevó a su/s hijo/s al médico, enfermería u otro prestador médico para un control de rutina?

*Seleccionar solo una respuesta para cada**hijo.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha de la última visita** | **No sabe** | **No contesta** |
| **Hijo 1** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Hijo 2** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Hijo 3** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |
| **Hijo 4** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |  |  |

## 15.1 Durante esta visita, ¿se le/s aplicó alguna vacuna de acuerdo a su edad?

 *Seleccionar solo una respuesta para cada hijo.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | **No sabe**  | **No contesta** |
| **Hijo 1** |  |  |  |  |
| **Hijo 2** |  |  |  |  |
| **Hijo 3** |  |  |  |  |
| **Hijo 4** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:** * La importancia de hacer visitas regulares al médico de atención primaria
* La importancia de recibir las vacunas del calendario
* La elegibilidad para Medicaid

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Inscripción en Medicaid**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se le ofrecieron las siguientes vacunas:** * Hepatitis B
* Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)
* Haemophilus influenzae Tipo B (Hib)
* Pneumococo
* Poliovirus inactivada (IPV)
* Influenza (Gripe)
* Sarampión, paperas, rubeola (MMR)
* Varicela
* Hepatitis A

 **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Inscripción en Medicaid
* Médico de atención primaria
* Pediatra

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

# Planificación de la vida reproductiva

## 16. ¿Está embarazada en este momento?

Seleccionar solo una respuesta.

* Sí **(Saltee las preguntas 17 – 58, vaya a las preguntas 59 - 59.1, luego realice la Herramienta de evaluación prenatal)**
* No (Vaya a la pregunta 17)
* No sabe (Vaya a la pregunta 17)
* No contesta (Vaya a la pregunta 17)

***Tenemos algunas preguntas para conocer lo que piensa acerca de tener más hijos. Esta información nos permitirá ayudarla a tomar decisiones con respecto al hecho de volver a ser madre y cuándo podría tener más hijos***.

## 17. ¿Planea tener más hijos?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 17.1)
* No (Vaya a la pregunta 18)
* No puedo quedar embarazada (Vaya a la pregunta 19)
* No sabe (Vaya a la pregunta 18)
* No contesta (Vaya a la pregunta 18)

## 17.1 ¿Cuántos hijos le gustaría tener?

**PERSONAL: Por favor, ingrese la cantidad de hijos.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hijos

* No sabe
* No contesta

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

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 18)
* No (Vaya a la pregunta 18)
* Me da lo mismo (Vaya a la pregunta 17.3)
* No sabe (Vaya a la pregunta 18)
* No contesta (Vaya a la pregunta 18)

## 17.3 ¿Cuánto le gustaría esperar para volver a quedar embarazada?

*Seleccionar solo una respuesta.*

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

## ***18.***  ¿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 18.1)
* No (Vaya a la pregunta 19)
* No contesta (Vaya a la pregunta 19)

## 18.1. ¿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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Determinantes sociales de la salud

## Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas generales sobre usted.

## 19. ¿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

## 20. Actualmente es …

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas en voz alta 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

**PERSONAL: NO LEA EN VOZ ALTA**

* No contesta

## 21. ¿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

## 22. ¿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

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

## Ahora, me gustaría preguntarle por su vivienda actual**.**

## 24. ¿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.

## 25. ¿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 25.1)
* Alquila o comparte su propia casa o apartamento (Vaya a la pregunta 25.1)
* Vive en una vivienda social (recibe ayuda para pagar el alquiler, como en la Sección 8) (Vaya a la pregunta 25.1)
* Vive con sus padres o algún familiar (Vaya a la pregunta 25.1)
* No tiene hogar (Vaya a la pregunta 25.2)
* Otra alternativa (Especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vaya a la pregunta 25.1)
* No contesta (Vaya a la pregunta 25.2)

## 25.1 ¿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 26)
* No (Vaya a la pregunta 26)
* No sabe (Vaya a la pregunta 26)
* No contesta (Vaya a la pregunta 26)

## 25.2 ¿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 (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

## 26. ¿Tiene algún problema de vivienda?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 26.1)
* No (Vaya a la pregunta 27)
* No sabe (Vaya a la pregunta 27)
* No contesta (Vaya a la pregunta 27)

## 26.1 ¿Qué problemas le preocupan con respecto a su situación de vivienda?

*Seleccionar todas las respuestas 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

## 27. 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.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de apoyo** | **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) |  |  |  |  |  |

## 28. ¿Tiene actualmente alguna causa abierta en los Servicios de Protección de Menores?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe

□ No contesta

|  |
| --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Se la derivó 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

## 29. 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** |
| 29.1 | La gente de mi vecindario o comunidad se ayuda mutuamente |  |  |  |  |
| 29.2 | En este vecindario o comunidad nos cuidamos a nuestros hijos mutuamente |  |  |  |  |
| 29.3 | Si mi hijo se lastima o asusta cuando está jugando en la calle, hay adultos de mi confianza que pueden ayudarlo. |  |  |  |  |
| 29.4 | Me siento cómoda dejando a mi hijo jugar solo en la calle. |  |  |  |  |

## 30. 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

31. ***¿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

## 32. ¿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

## 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.

## 33. ¿Tiene a alguien que considere su médico o enfermera personal?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí, una persona
* Sí, más de una persona
* No
* No sabe (~~Vaya a la pregunta 34~~)
* No contesta (~~Vaya a la pregunta 34~~)

***34. ¿Hay algún lugar al que vaya HABITUALMENTE cuando no se siente bien o necesita hacer una consulta sobre su salud?***

* Sí (Vaya a la pregunta 34.1)
* No (Vaya a la pregunta 35)
* Hay más de un lugar (Vaya a la preg. 34.1)
* No sabe (Vaya a la pregunta ~~34~~ 35)
* No contesta (Vaya a la pregunta ~~34~~ 35)

## 34.1. ¿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

## 35. 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

## 36. En los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún médico, enfermera u otro prestador médico para hacerse un control de rutina?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No sabe
* No contesta

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Se ha ofrecido información sobre:** * La importancia de los cuidados preventivos regulares
* La importancia de tener un médico habitual o personal
* Elegibilidad para Medicaid
* El espaciamiento entre los embarazos

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se le ha ofrecido el servicio de:** * Inscripción en Medicaid

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Inscripción en Medicaid
* Obstetra/Ginecólogo
* Médico de atención primaria

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

# Salud de la madre

## 37. 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

## 38. 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

## 39.1 ¿Cuánto mide sin zapatos?

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas

* No sabe
* No contesta

## 39.2 ¿Cuánto pesa?

*Por favor, ingrese el peso en libras.*

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

* No sabe
* No contesta

## 40. ¿Se realizó un control de postparto después del nacimiento de su hijo más joven?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí (Vaya a la pregunta 40.1)
* No (Vaya a la pregunta 41)
* No contesta (Vaya a la pregunta 41)

## 40.1. ¿Aproximadamente cuántas semanas después del parto se realizó el control?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cantidad de semanas

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

*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

**Diabetes gestacional**

* 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 (Vaya a la pregunta 41.1)
* No (Vaya a la pregunta 42)
* No sabe (Vaya a la pregunta 42)
* No contesta

 (Vaya a la pregunta 42)

## PERSONAL: Si la participante tiene actualmente alguno de estos problemas, vaya a la pregunta 41.1.

## Si la participante no tiene actualmente ninguno de estos problemas, vaya a la pregunta 42.

## 41.1 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 respuestas 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)
* Diabetes gestacional
* 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)

## 42. ¿Tiene algún dolor actualmente?

*Seleccionar solo una respuesta.*

* Sí
* No
* No contesta

**43. ¿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) |   |   |   |   |

## 44. ¿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 sabe
* No □ No contesta
* No estoy tomando ningún medicamento

## 45. 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 tome 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

## 46. ¿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

## 47. ¿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** |
| 47.1 | Vacuna MMR (sarampión, paperas, rubeola)  |  |  |  |  |
| 47.1.1 | **Si no la recibió,** ¿le han hecho la prueba de inmunidad a la rubeola? |  |  |  |  |
| 47.2 | Vacuna de la Hepatitis B (3 dosis) |  |  |  |  |
| 47.3 | Las 3 aplicaciones de la vacuna Gardasil (virus de VPH)  |  |  |  |  |
| 47.4 | ¿Alguna vez tuvo varicela o herpes zóster? |  |  |  |  |
| 47.4.1 | **Si no ha tenido,** ¿recibió las dos dosis de la vacuna contra la varicela? |  |  |  |  |
| 47.5 | En los últimos 10 años, ¿ha recibido la vacuna Tdap (tétanos, difteria y tos ferina)? |  |  |  |  |

***48. ¿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: |  |  |  |  |  |  |

## 49. ¿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: |  |  |  |  |

## 50. ¿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 aplicación de vacunas
* La aplicación de la vacuna antigripal
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Médico de atención primaria
* Nutricionista
* Dentista
* Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# Salud mental

## 51. 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** |
| 51.1 | Falta de interés o placer al hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 51.2 | 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 locales para casos de depresión

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se ha realizado:** * Más evaluaciones usando herramientas empíricas, como la evaluación PHQ-9
* Terapia

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó 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.

## 52. 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) |  |  |  |  |  |

## 53. ¿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

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Se la derivó 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

## 54. 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** |
| 54.1 | ¿Su esposo o pareja la amenazó o la hizo sentir insegura de alguna manera? |  |  |  |
| 54.2 | ¿Temió por su seguridad o la de su familia por las actitudes agresivas o las amenazas de su esposo o pareja? |  |  |  |
| 54.3 | ¿Su esposo o pareja intentó controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlar con quién hablaba o a dónde iba? |  |  |  |
| 54.4 | ¿Su esposo o pareja la empujó, golpeó, abofeteó, pateó, la tomó del cuello o la lastimó físicamente de alguna otra forma? |  |  |  |
| 54.5 | ¿Su esposo o pareja la obligó a tocarlo o a tener relaciones sexuales cuando usted no quería? |  |  |  |
| 54.6 | ¿Alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma? |  |  |  |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre qué hacer si usted o alguien que conoce tiene una pareja que la lastima físicamente**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Se la derivó a un programa de violencia doméstica local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

# Estrés y discriminación

## 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.

## 55. 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** |
| 55.1 | Un familiar cercano se enfermó gravemente y tuvo que ser hospitalizado |  |  |
| 55.2 | Me separé o divorcié de mi esposo o pareja |  |  |
| 55.3 | Me mudé a otra casa |  |  |
| 55.4 | No tenía hogar y tuve que dormir en la calle, en un auto o en un refugio |  |  |
| 55.5 | Mi esposo o pareja / padre o tutor perdió su trabajo |  |  |
| 55.6 | Perdí mi trabajo aunque quería continuar trabajando |  |  |
| 55.7 | Mi esposo, pareja, padre, tutor tuvo, o yo tuve una reducción del horario laboral o sueldo |  |  |
| 55.8 | Estuve separada de mi esposo o pareja / padre o tutor por un despliegue militar o por un viaje laboral prolongado |  |  |
| 55.9 | Discutí con mi esposo o pareja/padre o tutor más de lo habitual |  |  |
| 55.10 | Mi esposo o pareja/padre o tutor me dijo que no quería que yo quedara embarazada |  |  |
| 55.11 | Tuve problemas para pagar el alquiler, la hipoteca u otras cuentas |  |  |
| 55.12 | Mi esposo, pareja, padre o tutor fue, o yo fui a prisión |  |  |
| 55.13 | Alguien muy cercano a mí tuvo problemas con la bebida o las drogas |  |  |
| 55.14 | Alguien muy cercano a mí falleció |  |  |

## 56. 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** |
| 56.1 | La tratan con menos amabilidad o respeto que a los demás. |  |  |  |  |  |  |  |
| 56.2 | La atienden peor que a las demás personas en los restaurantes, tiendas o servicios sociales. |  |  |  |  |  |  |  |
| 56.3 | La gente la trata como si no fuera inteligente. |  |  |  |  |  |  |  |
| 56.4 | La gente la trata como si le tuvieran miedo. |  |  |  |  |  |  |  |
| 56.5 | La amenazan u hostigan. |  |  |  |  |  |  |  |

**​**

**PERSONAL: Si la participante responde “unas pocas veces al año” o una frecuencia mayor en cualquiera de los casos mencionados, vaya a la pregunta 57. Si la participante responde “menos de una vez al año”, “nunca”, o no contesta en todos los casos mencionados, vaya a la pregunta 58.**

## 57. ¿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

|  |
| --- |
| **SEGUIMIENTO** |
| * **Se ha ofrecido información sobre recursos para el manejo del estrés**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **Se brindó asesoramiento sobre el manejo del estrés**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Centro de salud mental
* Médico de atención primaria
* Otro: especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# Apoyo social/Participación del padre o 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.

## 58. 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** |
| 58.1 | le dé un apoyo financiero temporario?  |  |  |  |  |  |
| 58.2 | haga algo placentero con usted?  |  |  |  |  |  |
| 58.3 | la ayude con las tareas domésticas?  |  |  |  |  |  |
| 58.4  | la ayude si se enferma? |  |  |  |  |  |
| 58.5 | la aconseje sobre algún problema personal?  |  |  |  |  |  |
| 58.6 | cuide a su hijo? |  |  |  |  |  |

## PERSONAL: Por favor, haga las dos preguntas siguientes solo si el hijo está vivo.

## 59. Diría que su pareja o el padre de su/s hijo/s:

***PERSONAL: Por favor, lea las respuestas a la participante y seleccione solo una respuesta*.**

* Se involucra y la apoya a usted y a su/s hijo/s
* Se involucra pero no la apoya a usted ni a su/s hijo/s
* No se involucra

**PERSONAL: NO LEA EN VOZ ALTA:**

## □ No contesta 59.1. ¿Cuál es el rol de su pareja o el padre de su/s hijo/s en su vida?

**PERSONAL: seleccione las respuestas que mejor coincidan con la respuesta de la participante.**

* Mi pareja o el padre de mi/s hijo/s ha fallecido
* Mi pareja o el padre de mi/s hijo/s está preso
* Se ocupa del hijo/los hijos (le/s da de comer, lo/s baña, etc.)
* Ayuda con las tareas domésticas y/o hace los mandados (ej: hace las compras)
* Asiste a las consultas médicas
* Brinda apoyo emocional
* Brinda apoyo financiero
* Mi pareja o el padre de mi/s hijo/s no cumple ningún rol / no participa en nada
* Otro (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta

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

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Se la derivó a:** * Asistente social
* Línea de ayuda para padres
* Grupo de apoyo para padres
* Otro: Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# La herramienta de evaluación de inter-concepción/crianza de Healthy Start está completa