Formulario de información de antecedentes de Healthy Start |

Diciembre de 2020

OMB Control No. 0915-0338, fecha de vencimiento 09/30/2026

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

Nombre de 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 (en edad reproductiva) que se ha inscrito para recibir cuidados de salud previos al embarazo, prenatales, posparto, de crianza/Interconcepción; un padre inscrito/compañero o pareja; u otro adulto inscrito que tiene la responsabilidad principal/custodia del niño inscrito.

Declaración de carga pública: El propósito de esta recolección de información es obtener datos de resultados y de contexto para lo siguiente: Beneficiarios de subsidios y acuerdos de cooperación de la HRSA, resultados de la HRSA y evaluaciones. Además, estos datos facilitarán la capacidad de demostrar la alineación entre los programas discrecionales del MCHB y el Programa Healthy Start para cuantificar los resultados en todo el MCHB. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. El número de control de la OMB para esta recolección de información es 0906-0076 y es válido hasta el 31 de agosto de 2024. Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 0.37 horas en promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos disponibles y completar y revisar la recolección de información. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este cálculo a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o a 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.
- 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 G2.
- 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.

- Independientemente de la fase reproductiva en la que ella/él se encuentre, cada participante debe completar este formulario de acuerdo con sus experiencias propias.
- Complete las secciones acerca del 'embarazo/antecedentes del parto' y 'partos previos' de las madres inscritas solamente; no complete la de los padres/compañeros o parejas u otros adultos inscritos con responsabilidad/custodia de los niños inscritos.
- Los artículos en cursiva son preguntas o declaraciones para el participante. Las instrucciones para el personal tendrán [corchetes].

En la siguiente página encontrará instrucciones sobre cómo actualizar el formulario

Actualización del formulario

- Cuando un participante experimenta un cambio de fases, se le debe realizar el examen anual, deja de participar en el programa o continúa con la inscripción después de que el niño inscrito deja de participar en el programa, complete:
  - *Información general*: pregunta G8 (y G9, si va a dejar de participar en el programa)

  y, verifique las siguientes preguntas/secciones:

  - *Información general:* Preguntas G3, G4 y G10
  - *Información general del participante:* Pregunta 2
  - *Salud del participante:* Todas las preguntas (Q6-Q10)
  - *Bienestar personal:* Todas las preguntas (Q11-Q20)
  - *Planificación familiar:* Todas las preguntas (Q21-Q26)
  - *Antecedentes del embarazo y el parto:* Para mujeres inscritas solamente – Todas las preguntas (Q27-Q28)
- Para otras actualizaciones: Para actualizar preguntas específicas o secciones, como cuando a un participante le ocurre un cambio significativo en su vida o experimenta un cambio significativo en su salud, por favor complete la pregunta G8, "Otra actualización," y revise las preguntas o las secciones relevantes.

Reexaminación anual

- Reexaminación anual – Un participante debe ser reexaminado según las instrucciones que se indican en la parte superior cuando ya ha pasado un año desde el último examen y no hubo un cambio de fase. Si el participante experimenta un cambio de fase, deben ser reexaminados tan pronto como sea posible según las instrucciones que aparecen en la parte superior, y completar todos los formularios de recolección de datos que corresponden con su fase actual (por ejemplo, si una mujer queda en embarazo, debe ser reexaminada siguiendo los procedimientos que aparecen en la parte superior y completar el formulario prenatal).

Otras actualizaciones de los participantes vinculados o de los adultos que tienen custodia

- Para agregar a "otro participante principal vinculado", complete la pregunta G8, "otras actualizaciones", y agregue el número de identificación único del otro participante vinculado o UID en la pregunta G3.
- Para cambiar/remover a "otro participante vinculado", envíe un correo electrónico a HealthyStartData@hrsa.gov con el asunto, "Technical Support Request for HSMED-II" (solicitud de soporte técnico para HSMED-II) con su solicitud de cambio/remoción.
- Si el adulto que tiene la custodia u otro participante vinculado cambia, se debe completar otro formulario de antecedentes con un nuevo número de identificación único o UID para esa persona.

Reinscripción del participante

Si el participante deja de participar en el programa y luego se reinscribe más adelante, el formulario de antecedentes debe ser completado y rellenado como si fuese una actualización. Para "reinscribir" a un participante:

- Seleccione "otra actualización" en la pregunta G8 del formulario de antecedentes
  - Agregue la fecha de la actualización ("reinscripción")
  - Para dar razones de la actualización, indique "reinscripción después de haber dejado el programa"
  - Elimine la información acerca del por qué dejó de participar en el programa en la pregunta G9
  - Verifique todas las secciones del formulario ***excepto*** las preguntas G2, G5-G8, 1-1a, y 3-5
- ***Nota: El PPUID del participante nunca debe cambiar, siempre use el mismo PPUID que utilizó la primera vez que se inscribió***

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

G1. TIPO DE PARTICIPANTE:

Participante principal

☐ ***Mujer inscrita (la persona principal que recibe apoyo/se identifica bajo el género femenino)***

☐ ***Hombre inscrito (la persona principal que recibe apoyo/se identifica bajo el género masculino)***

☐ ***Otro adulto que tiene la custodia del niño inscrito especifique_____***

G2. # DE IDENTIFICACIÓN ÚNICO DE ESTE PARTICIPANTE_____

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

G3. 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 G2)

- ☐ **# 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**

G4. ESTE PARTICIPANTE TIENE AL MENOS UN HIJO INSCRITO VINCULADO A ESTE FORMULARIO:

- ☐ **Si, actualmente [Miembros del personal: Completen el formulario para padres/hijos]**
- ☐ **No, nunca**
- ☐ **En el pasado, pero ya no aplica**

***G5. FECHA EN LA QUE EL PARTICIPANTE PRINCIPAL SE INSCRIBIÓ* EN HEALTHY START:**

⇨ **Fecha _____ [Miembros del personal: dejar en blanco si no se ha inscrito]**

G6. ¿EN QUÉ ETAPA DE REPRODUCCIÓN SE ENCONTRABA EL PARTICIPANTE PRINCIPAL CUANDO ÉL/ELLA SE INSCRIBIÓ EH HS? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

Momentos previous al embarazo

- ☐ **Mujer (no tuvo embarazos previos)**
- ☐ **Hombre (no tiene hijos)**

Prenatal

- ☐ **Actualmente embarazada**
- ☐ **La pareja se encuentra en embarazo**

Postparto

- ☐ **Tiene un bebé menor de 6 meses**
- ☐ **La pareja tiene un bebé menor de 6 meses**
- ☐ **Sufrió una pérdida hace menos de 6 meses**
- ☐ **La pareja sufrió una pérdida hace menos de 6 meses**

Paternidad/Interconcepción

- ☐ **Tiene hijo(s) entre 6-18 meses inscrito(s) en HS**
- ☐ **Tiene hijo(s) pero no está(n) inscritos o no califican para recibir los servicios de HS**
- ☐ **Una mujer que no tiene hijos(s) pero sufrió una pérdida hace 6 meses o más**
- ☐ **Un hombre que no tiene hijo(s) pero cuya pareja sufrió una pérdida hace 6 meses o más**
- ☐ **Un adulto que no está inscrito pero que tiene la responsabilidad principal/custodia de un niño inscrito**

G7. ESTE FORMULARIO FUE COMPLETADO INICIALMENTE:

⇨ **Fecha de cuando se completó el formulario de información de antecedentes: _____**

[Miembros del personal: Esta es la fecha en la que este formulario (todas las secciones que aplican) fue completado].

G8. ESTE FORMULARIO HA SIDO ACTUALIZADO CON LA INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE PRINCIPAL DE ACUERDO CON LA PRIMERA VEZ QUE FUE COMPLETADO [seleccione a continuación según corresponda]:

☐ **La participante inicia la fase prenatal**

⇨ ***Fecha de actualización:*** **_____**

☐ **La participante finaliza la fase prenatal**

⇨ ***Fecha de actualización:*** **_____**

☐ **El niño ya inscrito cumple 6 meses**

⇨ ***Fecha de actualización:*** **_____**

☐ **Otras actualizaciones (es decir, el participante principal continúa con la inscripción después de que el niño inscrito abandona el programa, la reexaminación anual ocurre sin cambios de fase de parte del participante principal o eventos de vida tales como muerte del esposo/pareja o divorcio, cambio significativo en tanto a la salud, si se agrega o remueve el otro participante principal vinculado)**

⇨ ***Fecha de actualización:*** **_____**

⇨ ***Especifique el porqué de la actualización:*** **_____**

G9. ACTUALICE ESTE FORMULARIO CUANDO EL PARTICIPANTE ABANDONE HS:

⇨ **Fecha cuando dejó los servicios de HS: _____**

⇨ **Razón por la que deja el programa de HS:_____**

G10. CLASIFICACIÓN DE EDAD:

- **Basado en la fecha de nacimiento que ingresó en la primera página, por favor indique en que grupo de edad clasifica el participante:**

☐ **10-14 años**
☐ **15-19 años**
☐ **20-24 años**
☐ **25-34 años**
☐ **35-44 años**
☐ **45+ años**

[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.

Formulario de información de antecedents de Healthy Start |

Diciembre de 2020

OMB Control No. 0915-0338, fecha de vencimiento 09/30/2026

Este cuestionario tomará aproximadamente 25 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.

Información general sobre el participante

[Miembros del personal: Por favor leer lo siguiente]:

En primer lugar, me gustaría hacerle algunas preguntas generales. Estas preguntas nos darán una mejor idea acerca de la personalidad de los participantes de Healthy Start y de esta manera poder servirle mejor.

1. ¿Cuál es su sexo?

[Seleccione una solamente].

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

1a. [Miembros del personal: Indique si el participante se siente incómodo o se niega a responder en la clasificación binaria femenino/masculino].

- ☐ El participante prefiere no utilizar la clasificación binaria masculino/femenino (incluyendo respuestas como 'no estoy seguro/no lo sé/no quiero responder)
- ☐ No, el participante se veía cómodo con la clasificación masculino/femenino
- ☐ No se pudo determinar

2. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su educación. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que alcanzó?

- ☐ No tuvo educación formal
- ☐ 8 º grado o menor
- ☐ Algo de escuela secundaria/superior (Grados 9, 10, 11 y 12)
- ☐ Diploma de escuela secundaria/superior (Completó 12 º grado)
- ☐ G.E.D.
- ☐ Algo de Universidad o un curso de dos años
- ☐ Escuela técnica o de oficios
- ☐ Título de licenciatura (Bachillerato)
- ☐ Escuela de profesional o de posgrado (Maestría)
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

3. ¿Usted es de origen hispano o latino?

[Seleccione una solamente].

- ☐ Sí, hispano o latino
- ☐ No, ni hispano ni latino

- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

4. ¿Cuál es su raza?

[Marque todas las que correspondan].

- ☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

5. ¿Con CUÁL de las siguientes clasificaciones raciales se identifica más?

[Seleccione una solamente].

- ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ Más de una raza/birracial/multirracial
- ☐ Otra: _____
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

Atención de salud del participante

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su atención de salud actual. Recopilar esta información nos ayuda a entender mejor las experiencias y las necesidades de nuestros participantes y así mejorar los servicios que ofrecemos.

6. ¿Hay algún lugar en particular al que usted USUALMENTE asiste para obtener cuidados de salud cuando se encuentra enfermo o necesita alguna opinión sobre su salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

7. ¿USUALMENTE a dónde va primero?

[Seleccione una solamente].

- ☐ Consultorio médico
- ☐ Sala de emergencia del hospital
- ☐ Hospital de cuidados ambulatorios
- ☐ Clínica o centro de salud
- ☐ Clínica local o "Minute Clinic" (ventanilla o. clínica de farmacia)
- ☐ Escuela (oficina de la enfermera, oficina del entrenador atlético dentro de la escuela)
- ☐ Algún otro lugar* _____
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

[Miembros del personal: si el participante dice 'atención de urgencia', seleccione la opción 'algún otro lugar' y escriba en 'atención de urgencia'. Si el participante no sabe qué es una clínica de farmacia (Minute Clinic), explíquele que es una ventanilla o clínica que no requiere de cita previa y se encuentra localizada dentro de la farmacia local o en una tienda].

8. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿estuvo cubierto ALGUNA VEZ por CUALQUIER TIPO de seguro médico o plan de seguro?

- ☐ Sí, tuve cobertura durante los 12 meses
- ☐ Sí, pero tuve una pausa en la cobertura
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

9. ¿Qué tipo de seguro médico tiene en este momento?

[Marque todas las que correspondan].

	Tipo de seguro	**Marque la casilla si está cubierto actualmente**
a.	Seguro médico privado a través de mi trabajo o a través de mi esposo o pareja	☐
b.	Seguro médico privado a través de mis padres	☐
c.	Seguro médico privado del <Estado> del Marketplace o <página web del estado> o HealthCare.gov	☐
d.	Medicaid (Título XIX) (obligatorio: Medicaid, nombre del estado _____)	☐
e.	CHIP (Título XXI)	☐

f.	Plan ACA subsidiado (también conocido como 'premium subsidiado o cobertura subsidiada a través de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio')	☐
g.	TRICARE u otro tipo de seguro militar	☐
h.	*Servicio de salud para indígenas o tribal **[También seleccione la opción 'actualmente no tengo seguro médico' en la parte inferior si el participante no tiene otro tipo de seguro]**	☐
i.	Otro tipo de seguro médico, escriba los detalles: _____	☐
j.	No tengo seguro médico en este momento	☐
k.	No lo sabe	☐
l.	Se niega a responder	☐

[Nota para el personal: si el participante utiliza el servicio de salud para indígenas (Indian Health Service), por favor agregue los detalles en la parte superior. Sabemos que el servicio de salud para indígenas no constituye un seguro. Si el participante utiliza IHS, por favor marque la casilla que dice IHS y la casilla 'no tengo seguro médico en este momento`, si el participante no tiene otro tipo de seguro. Esto le permitirá a HS rastrear IHS como un artículo separado además de marcar la opción que no tiene seguro médico].

10. ***Durante los últimos 12 meses vio a algún doctor(a), enfermero(a) u otro tipo de profesional de la salud para cuidados médicos PREVENTIVOS, ¿tales como exámenes físicos o visitas de rutina? Una visita preventiva ocurre cuando el paciente no está enfermo o lastimado, como un examen anual o un examen físico, o una visita de rutina.***

    [Seleccione una solamente].

    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No lo sabe
    - ☐ Se niega a responder

[Miembros del personal: una visita médica PREVENTIVA NO incluye cuidados prenatales]

Bienestar personal

A continuación, le haré algunas preguntas sobre sus rutinas, con esto me refiero a su bienestar personal. Empezaré con un par de preguntas acerca de sus ingresos ya que los recursos económicos disponibles en nuestra vida tienen un gran impacto en el estrés que sentimos en nuestra vida diaria.

11. ***En primer lugar, ¿podría decirme, durante los últimos 12 meses cuál fue el total de ingreso anual en su hogar antes de pagar impuestos? Por favor incluya todo tipo de ingresos, incluyendo el suyo, el de su***

esposo o pareja, el de sus padres (si viven en la misma casa), y otro tipo de ingreso que haya recibido. Toda esta información se mantendrá confidencial y no afectará ningún servicio que esté recibiendo actualmente.

[Seleccione una solamente].

- ☐ $0 a $16,000
- ☐ $16,001 a $20,000
- ☐ $20,001 a $24,000
- ☐ $24,001 a $28,000
- ☐ $28,001 a $32,000
- ☐ $32,001 a $40,000
- ☐ $40,001 a $48,000
- ☐ $48,001 a $57,000
- ☐ $57,001 a $60,000
- ☐ $60,001 a $73,000
- ☐ $73,001 a $85,000
- ☐ $85,001 o más
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

12. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas personas, incluyéndose, dependen de estos ingresos?

[Miembros del personal: Ingresen el número de personas].

- ☐ _____personas
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

13. De las personas que dependían de estos ingresos durante los últimos 12 meses, cuántos son:

- ☐ Adultos de 18 años de edad o mayores: _____ [Nota: Una mujer embarazada cuenta como una persona]
- ☐ Niños(as) de 17 años o menores: _____
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

14.* [Miembros del personal: Si el participante ya tiene hijos, pregunte:] *¿Tiene hijos(as) menores de 18 meses que están inscritos en Healthy Start o le gustaría inscribirlos?

[Seleccione una respuesta únicamente].

- ☐ Sí ¿Cuántos? _____**[Miembros del personal: El participante debe completar el formulario para padres/hijos si el(la) niño(a) se va a inscribir en HS]**,

- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

A continuación, le haré algunas preguntas acerca de su estado de ánimo.

15. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le afectan los siguientes problemas?

[MIEMBROS DEL PERSONAL: Lean en voz alta cada opción o alternativa al participante y seleccionen una respuesta en cada campo. Un puntaje total de 3 o más indica la necesidad de una evaluación adicional y un referido].

	Estado de animo	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	TOTAL	Se niega a responder
a.	Falta de interés o placer en hacer cosas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐
b.	Se siente triste, deprimido o sin esperanza	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐
	PUNTAJE TOTAL						

16. **[Miembros del personal: ¿este participante contestó las preguntas sobre la evaluación de depresión en la pregunta anterior?]**

- ☐ ***Sí, las dos preguntas***
- ☐ Sí, pero solo una pregunta
- ☐ No, no pude administrar la pregunta

17. **[Miembros del personal: Por favor indicar cuál de estas respuestas refleja la necesidad de proveer un referido o servicios de seguimiento en relación con una posible depresión].**

- ☐ El puntaje total del participante fue menos de 3 y no indica la necesidad de un referido.
- ☐ El puntaje total del participante fue de 3 o más e indica que se requiere evaluación adicional, se necesita referido y fue PROVISTO
- ☐ El puntaje total del participante fue de 3 o más e indica que se requiere evaluación adicional y referido, pero NO SE BRINDÓ la información del referido porque:
  - ☐ El cliente ya estaba recibiendo servicios por una posible depresión
  - ☐ El cliente no aceptó la información del referido

Las siguientes preguntas son particularmente sensibles y podrían ser difíciles de responder. Quiero que sepa que estas preguntas se las hacemos a todos(as) los participantes. Es importante que responda con honestidad, para que de esta manera podamos brindarle los mejores servicios. Sus respuestas no van a cambiar mi percepción sobre usted ni la forma en la que trabajamos juntos. Sus respuestas no afectarán nuestra relación ni la manera en la que es percibido o la manera en la que lo tratamos.

La primera pregunta tiene que ver con su experiencia con el alcohol, los cigarrillos y otros tipos de drogas. Algunos de los tipos de sustancias de las que hablaremos son recetadas por un médico (como los analgésicos), pero solo anotaré estas medicinas si las ha tomado por alguna razón diferente o en dosis distintas a las recetadas.

18. Durante los últimos 13 meses, ¿con qué frecuencia…? [MIEMBROS DEL PERSONAL: Lean en voz alta las sustancias al participante e ingresen una respuesta para cada tipo de sustancia].

	Tipo de sustancias	A diario o casi a diario	Semanal mente	Mensual mente	Menos de una vez al mes	Nunca	Se niega a responder
a.	¿Consumió algún producto de tabaco, (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos o tabaco sin humo?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b.	**Para mujeres:** ¿ha tomado más de 4 bebidas alcohólicas en un día? **Para hombres**: ¿ha tomado más de 5 bebidas alcohólicas en un día? Una bebida estándar es una copa pequeña de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 onzas) o un shot de licor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c.	¿Ha consumido marihuana?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d.	¿Ha consumido alguna droga ilícita incluyendo cocaína, crack, heroína, metanfetaminas (meth), alucinógenos, éxtasis/MDMA?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e.	¿Ha utilizado algún medicamento recetado solo porque quería, o consumió más de la dosis sugerida o tomó medicamentos que no habían sido recetados para usted? Los medicamentos recetados que pueden ser utilizados de esta manera incluyen: analgésicos opioides (por ejemplo, OxyContin, Vicodin, Percocet, Metadona), Medicamentos para la ansiedad o para dormir (por ejemplo, Xanax, Ativan, Klonopin), Medicamentos para TDAH (por ejemplo, Adderall or Ritalin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nos preocupa la seguridad de todos los participantes. Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle la ayuda que necesita.

19. Durante los últimos meses, alguien…

	Durante los últimos 12 meses alguien…	**Pareja íntima actual o expareja**	**Otro miembro de la familia**	**Alguien más**	**Nadie**	**Se niega a responder**
a.	¿le amenazó o le hizo sentir inseguro de alguna manera?	☐	☐	☐	☐	☐
b.	¿le hizo sentir temeroso por su seguridad o por la seguridad de su familia a causa de sus amenazas o ira?	☐	☐	☐	☐	☐
c.	¿trató de controlar sus actividades de rutina, por ejemplo, controlar con quién habla o a dónde va?	☐	☐	☐	☐	☐
d.	¿le empujó, le pegó, le pateó, le ahorcó o le lastimó físicamente de alguna manera?	☐	☐	☐	☐	☐
e.	¿le obligó a tocarlo o a tener alguna actividad sexual en la que usted no estaba interesado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

20. [Miembros del personal, indiquen el estado de la evaluación IPV a continuación]:

☐ Evaluación completada (se respondieron todas las preguntas)
☐ La evaluación no se llevó a cabo debido a que…
- ☐ La pareja estaba presente
- ☐ Un miembro de la familia o un amigo estaban presentes
- ☐ La participante se negó a responder una o varias preguntas
- ☐ Otra razón, especifique_____

[Miembros del personal: si ninguna de las evaluaciones mencionadas anteriormente fueron completadas, por favor realizarlas durante la próxima cita].

Planificación familiar

A continuación, tengo algunas preguntas acerca de sus planes de tener (más) hijos. Esta información me ayudará a brindarle el apoyo que necesita a la hora de tomar decisiones acerca de si desea tener (más) hijos y cuándo.

21. ¿Le gustaría tener (más) hijos?

- ☐ Sí **[pase a la pregunta siguiente]**
- ☐ No **[pase a la pregunta 24]**
- ☐ No puede concebir **[pase a la pregunta 25]**
  [Marque la opción "No" y responda la pregunta 24 si el participante ha intentado o planea buscar procedimientos de esterilización]
- ☐ No lo sé **[pase a la pregunta 24]**
- ☐ Se niega a responder **[pase a la pregunta 24]**

22. → *Si desea tener (más) hijos... ¿Cuántos hijos (más) le gustaría tener?*

- ☐ _____(# de hijos)
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

23. → *Si desea tener (más) hijos… ¿Cuánto planifica esperar hasta embarazarse (de nuevo)?*

- ☐ _____(# de hijos)
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

24. → Para todos los participantes... ¿Qué tipo de método anticonceptivo está usando en este momento para no quedar embarazada antes de estar lista? O, si se encuentra embarazada actualmente, ¿qué método anticonceptivo planifica usar para evitar quedar embarazada de nuevo antes de estar lista?

[Marque todas las que correspondan].

- ☐ Trompas de falopio ligadas u obstruidas (esterilización femenina o Essure®)
- ☐ Vasectomía (esterilización masculina)
- ☐ Pastillas anticonceptivas
- ☐ Condones

- ☐ Inyecciones (Depo-Provera®)
- ☐ Parcho anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- ☐ IUD (incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta®,or Skyla®)
- ☐ Anticonceptivo implantado en el brazo (Nexplanon® or Implanon®)
- ☐ Método reproductivo familiar (incluyendo el método del ritmo)
- ☐ Salirse (antes de la eyaculación)
- ☐ No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- ☐ Otra, especifique _____
- ☐ Ninguna
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

***25. Para todos los participantes… ¿Utiliza condones para prevenir infecciones de transmisión* sexual? [Seleccione una solamente].**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ N/A—no es sexualmente activo
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

26. [Miembros del personal: ¿El participante respondió todas las preguntas de esta sección, según corresponda, para crear un Plan de Reproducción Familiar (PRF, por sus siglas en inglés)? [es decir, si ella no desea tener (más) hijos, ha identificado un método anticonceptivo para prevenir el embarazo (pregunta 24); o si desea tener (más) hijos, ha pensado en cuántos le gustaría tener (pregunta 22), el tiempo que le gustaría dejar pasar entre un hijo(a) y el otro (pregunta 23) y cómo prevenir el embarazo si ella no está lista aún (pregunta 24)].

- ☐ Sí, el participante completó todas las preguntas relevantes para crear un PRF satisfactorio
- ☐ El participante respondió al menos algunas de las preguntas, pero el plan PRF la/lo deja vulnerable frente a embarazos no planificados
- ☐ No, no fue posible administrar el formulario

[Miembros del personal: si el participante aún no ha creado un plan PRF satisfactorio, marque la sección y complétela en otro momento (por ejemplo, durante la próxima cita) hasta que pueda crearlo, y luego actualicen todas estas preguntas según corresponda].

[Miembros del personal: Por favor revisar las siguientes instrucciones basadas en el tipo de participante:

- **Hombres inscritos y personas no inscritas que tengan la custodia de un niño inscrito: este formulario ha sido completado. Complete el formulario para padres/hijos si el/ella tiene un hijo inscrito.**
- **Mujeres inscritas: Continúen en la siguiente sección.]**

Embarazo y antecedentes del parto

[Miembros del personal: Completar esta sección con las mujeres inscritas solamente]

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su embarazo y sobre sus antecedentes de parto.

27. ¿Está embarazada en este momento?
[Seleccione una solamente].

- ☐ Sí [**la participante debe completar el formulario prenatal]**
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

28. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes casos?
Marque todas las que correspondan.

- ☐ Nacimiento con vida, número_____
- ☐ Embarazo que no culminó en un nacimiento con vida
  - ☐ Embarazo tubárico o ectópico, número _____
  - ☐ Aborto espontáneo (el embarazo termina de manera espontánea antes de las 20 semanas), número _____
  - ☐ Mortinato, natimuerto o muerte fetal (el embarazo terminó a las 20 semanas o después), Número _____
  - ☐ Interrupción del embarazo, número _____
- ☐ Ninguna de las anteriores (no hubo embarazo previo)
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

[Miembros del personal: Por favor revisar las siguientes instrucciones basadas en la respuesta a la pregunta 28:

- **Si la participante no ha tenido nacimientos con vida (pregunta 28), este formulario ha sido completado.**
  - **Si la participante se encuentra en embarazo actualmente, complete el formulario prenatal.**
- **Si la participante ha tenido nacimientos con vida (pregunta 28), continúe en la siguiente sección].**

Embarazos previos

[Miembros del personal: Solamente mujeres inscritas que tuvieron nacimientos con vida (pregunta 28} deben completar esta sección].

[Miembros del personal: si la participante en algún momento se ve angustiada, demuestre empatía y bríndele apoyo emocional. De ser necesario, complete cualquier formulario en una próxima oportunidad, por ejemplo, durante la próxima visita.

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de sus embarazos anteriores.

29. ***Un parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo. Hasta donde usted tiene conocimiento, ¿ha tenido algún parto prematuro en el pasado?***
    [Seleccione una solamente].
    - ☐ Sí, número de partos prematuros: _____
    - ☐ No, número de partos a término completo: _____
    - ☐ No lo sabe
    - ☐ Se niega a responder

30. ***¿Alguno de sus bebés pesó MENOS de 5 libras, 8 onzas [2500 gramos] al nacer?***
    [Seleccione una solamente].
    - ☐ Sí, cuántos bebés: _____
    - ☐ No
    - ☐ No lo sabe
    - ☐ Se niega a responder

31. **[Miembros del personal: Omita esta pregunta si la madre no ha tenido bebés que hayan pesado menos de 5 libras, 8 onzas] Teniendo en cuenta a los bebés que nacieron pesando menos de 5 libras, 8 onzas, *¿cuántos pesaron MENOS de 3 libras, 5 onzas [1500 gramos] al nacer?***
    [Seleccione una solamente].
    - ☐ Sí, cuántos bebés: _____
    - ☐ No
    - ☐ No lo sabe
    - ☐ Se niega a responder

32. ***¿Alguno de sus bebés pesó más de 9 libras 4 onzas [4500 gramos] al nacer?***
    [Seleccione una solamente].
    - ☐ Sí, cuántos bebés: _____
    - ☐ No

- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

33. ¿Alguno de sus bebés se quedó en el hospital después de que usted regresara a casa? (después de recibir el alta del hospital)
[Seleccione una solamente].

- ☐ Sí, cuántos_____, especifique el motivo _____
- ☐ No
- ☐ Se niega a responder

34. Algunas veces los padres pierden a sus hijos(as) después de que nacen. Esta puede ser una experiencia desgarradora para las familias. Para poder ofrecerle el mejor servicio que podamos, ¿podría decirnos si usted ha perdido algún bebé o hijo después del nacimiento?

- ☐ Sí **[vaya a la pregunta siguiente]**
- ☐ No **[este formulario ha sido completado]**
- ☐ Se niega a responder **[este formulario ha sido completado]**

35. **[Miembros del personal, si la madre indica que ha perdido un hijo(a) en la pregunta anterior, de manera delicada y sensible pregúntele por la <u>cantidad</u> de bebés/hijos que ha perdido]**

- ☐ Número de bebes/hijos que ha perdido: _____

36. **[Miembros del personal, de manera delicada y sensible pregúntenle que edades tenían los niños(as) y agregue esta información en la sección que aparece a continuación:]**

- ☐ Cantidad de niños que murieron **entre los 0 y los 27 días** de vida (neonatal):_____
- ☐ Cantidad de niños que murieron entre los **28 y los 364 días después del parto** (bebé):_____
- ☐ Cantidad de niños que murieron entre los **12 meses de edad o mayores** (niños): _____

[Miembros del personal: Tengan en cuenta las siguientes indicaciones basadas en la fase del ciclo reproductivo de la mujer:

- **Si la mujer se encuentra en embarazo actualmente, debe completar el formulario prenatal.**
- **Si la mujer tiene un hijo inscrito, debe completar el formulario para padres/hijos].**

El formulario de información de antecedentes de Healthy Start ha sido completado.

¡Gracias!