Formulario para padres/hijos 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 del participante principal: _____ **Fecha de nacimiento:_____**

Nombre del niño inscrito: _____ **Fecha de nacimiento:_____**

Nombre(s) y fechas de otro(s) Participante(s) principal(es) vinculado(s) **_____** **Fecha de nacimiento:_____**

_____ **Fecha de nacimiento:_____**

_____ **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 que complete este formulario es una mujer inscrita (en edad reproductiva) con un hijo inscrito y que recibe servicios de salud posparto o de paternidad/Interconcepción, un padre inscrito con un hijo inscrito, u otro adulto inscrito que tiene la responsabilidad principal/custodia de un hijo inscrito. Complete un formulario por cada hijo 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 administrado por algún miembro del personal que no haya sido capacitado.

- Este formulario para padres/hijos debe ser completado con los participantes principales que tienen un bebe o niño (niño inscrito o "EC" por sus siglas en inglés) menor de 18 meses inscrito en Healthy Start (HS, por sus siglas en ingles); el participante principal también debe completar un formulario de información de antecedentes o actualizarlo según corresponda. Este formulario debe ser completado tan pronto como sea posible después del nacimiento del niño en HS, o al momento de la inscripción del niño en HS.

Formulario para padres/hijos de Healthy Start

Diciembre de 2020

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

- Un formulario para padres/hijos debe ser completado por el participante principal por cada hijo (vivo) inscrito en HS.
- Cada formulario debe incluir el número de identificación único de cada participante principal ("UID", por sus siglas en ingles). 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 las preguntas G2 y G3. Los números de identificación únicos del participante principal, el niño inscrito, y otros participantes principales vinculados deben aparecer juntos en este formulario para que los números de identificación puedan ser vinculados a la base de datos.
- El participante principal completa la sección sobre los "hijos" de este formulario. Al finalizar este formulario encontraran dos preguntas para las madres inscritas solamente.
- Si la mujer inscrita que complete este formulario está embarazada, entonces debe completar el formulario prenatal.
- Los artículos en cursiva son preguntas o declaraciones para el participante. Las instrucciones para el personal tendrán [corchetes]

INSTRUCCIONES: ACTUALIZACIÓN DE FORMULARIOS

Actualización de formularios

- Cuando un niño cumple 6 meses o el niño deja de participar en el programa, complete:
  - *Información general:* pregunta G7 (y G8, si va a dejar de participar en el programa)

  Y verifique las siguientes preguntas /secciones:

  - *Información general:* Preguntas G4 y G10
  - *Cuidado de salud del bebé:* Todas las preguntas (Q10-Q14a)
  - *Alimentación del bebé:* Todas las preguntas (Q15-Q18)
  - *Sueño del bebé:* Para bebés menores de 12 meses solamente – Todas las preguntas (Q19-Q20a)
  - *Vida en el hogar:* Todas las preguntas (Q21-Q22)
  - *Salud durante el embarazo de la mujer inscrita:* Para mujeres inscritas solamente - pregunta 23
- Para otras actualizaciones: Para actualizar una(s) pregunta(s) específica(s) o sección(es), como cuando la participante deja de amamantar u otros cambios significativos, complete la pregunta G7, "otra actualización", y revise la(s) pregunta(s) relevante(s) o sección(es).
  - Si la actualización reflejada en el formulario de padres/hijos está relacionada con un cambio de vida significativo o un cambio en el estado de salud del participante principal (mujer inscrita, hombre inscrito u otro adulto con la custodia principal del niño inscrito), el formulario de información de antecedentes del participante principal debe ser actualizado siguiendo los procedimientos indicados en las instrucciones del formulario de información de antecedentes.
- Si pierde un hijo, complete la pregunta G7, "otra actualización", y revise la pregunta G11.

Otro participante principal vinculado u otras actualizaciones relacionadas con la custodia

- Para agregar a "otro participante principal vinculado", complete la pregunta G7, "otra actualización", y agregue el UID del otro participante principal vinculado en la pregunta G4.
- Para cambiar/remover a "otro participante principal 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 cambia, se debe completar un nuevo formulario de antecedentes con un nuevo número de identificación único para poder registrar todos los cambios en los documentos del niño durante el tiempo que estuvo inscrito en HS.

Reinscripción del participante

Para reinscribir a un niño que ha dejado de participar en el programa, haga lo siguiente:

- Seleccione "otra actualización" en la pregunta G7 del formulario para padres/hijos e ingrese la fecha de la actualización/reinscripción. Bajo la razón de la actualización, indique "reinscripción después de haber dejado el programa"
- Elimine la información sobre el por qué dejó el programa de la pregunta G8
- Complete otras actualizaciones tal como se indica en la parte inferior basada en la edad del niño o de la circunstancia
- ***Nota: El PPUID del participante nunca debe cambiar, siempre use el mismo PPUID que utilizó la primera vez que se inscribió.***

Formulario para padres/hijos de Healthy Start

Diciembre de 2020

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

[INFORMACIÓN GENERAL que debe ser completado por el personal antes de subir esta información sobre este formulario para padres/hijos:]

G1. TIPO DE PARTICIPANTE PRINCIPAL:

- ☐ **Madre inscrita (persona principal que recibe apoyo y es la madre del niño inscrito)**
- ☐ **Padre inscrito (persona principal que recibe apoyo y es el padre del niño inscrito)**
- ☐ **Otro adulto con la custodia principal/responsabilidad del niño inscrito especifique_____**

G2. # DE IDENTIFICACIÓN DE ESTE PARTICIPANTE PRINCIPAL:

_____

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

G3. # DE IDENTIFICACIÓN ÚNICO DEL NIÑO INSCRITO : **_____**

[ingréselo como un numero: Código org del recipiente de fondos + EC + el ID único de este niño (e.g., 123EC45678)]

G4. LOS NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN ÚNICOS DE LOS OTROS PARTICIPANTES (SI CORRESPONDE) QUE DEBEN SER VINCULADOS AL NIÑO INSCRITO (INGRESE HASTA TRES Y UTILICE EL FORMATO INDICADO EN LA PREGUNTA G2):

- ☐ **# de ID del otro participante vinculado: _____**
- ☐ **# de ID del otro participante vinculado: _____**
- ☐ **# de ID del otro participante vinculado: _____**
- ☐ **O, ningún otro participante está vinculado al niño inscrito.**

G5. FECHAS DE INSCRIPCIÓN EN HEALTHY START:

- ⇨ **Participante principal_____ [Miembros del personal: dejar en blanco si no está inscrito]**
- ⇨ **Niño inscrito _____**

G6. FORMULARIO COMPLETADO INICIALMENTE POR EL PARTICIPANTE PRINCIPAL:

- ⇨ **Fecha en la que este formulario para padres/hijos fue completado: _____**

  [Miembros del personal: Esta es la fecha en la que el formulario (todas las partes que aplican) fue completado. Los hombres deben completar el formulario hasta la parte de los hijos (página 11) y las mujeres deben completarlo hasta el final].

G7. ESTE FORMULARIO HA SIDO ACTUALIZADO DESPUÉS DE COMPLETARLO DE MANERA INICIAL EN BASE A [seleccione a continuación lo que corresponda]:

☐ **El niño inscrito cumple 6 meses**

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

☐ **Otra novedad (por ejemplo, el reporte anual ocurre sin cambios en las fases, sin participantes principales agregados o removidos, la madre deja de lactar o tuvo cita posparto desde la última vez que completó el formulario, otros cambios significativos)**

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

⇨ ***Especifique el cambio/motivos de la actualización*** _____

G8. ACTUALICE ESTE FORMULARIO CUANDO EL NIÑO DEJE HS:

⇨ **Fecha en la que el niño dejó de recibir los servicios de HS:** _____

⇨ **Razón por la que se va del programa:** _____

G9. EL NIÑO ES DE GÉNERO:

☐ **Femenino**

☐ **Masculino**

G10. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE NACIMIENTO QUE APARECE EN EL RECUADRO DE LA PARTE SUPERIOR, EL NIÑO TIENE ACTUALMENTE:

☐ **Menos de 6 meses de edad**

☐ **Entre 6 y 12 meses de edad**

☐ **Entre 13 y 18 meses de edad**

G11. EL NIÑO ESTABA INSCRITO EN HS PERO DESPUÉS MURIÓ:

☐ **Entre 0 a 27 días de vida (neonato)**

☐ **Entre 28 a 364 días de nacido (bebé)**

☐ **12 meses o mas (niño)**

☐ **No aplica**

[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. Este cuestionario tomará aproximadamente 25 minutos. Cualquier información que brinde será confidencial. Puede rehusar a responder cualquier pregunta y puede finalizar la entrevista en cualquier momento sin repercusión alguna ni tampoco perderá sus beneficios.

EL NIÑO: preparando el terreno

A lo largo de este cuestionario, le haré algunas preguntas acerca de su hijo(a) inscrito en el programa. las mujeres participantes también responderán algunas preguntas al final del cuestionario acerca de la salud durante el parto del niño.

[Miembros del personal, si la participante tiene más de un niño(a) inscrito menor de 18 meses de edad, diga:]

Completaremos un formulario por separado para sus bebés/hijos. Ya que tiene más de un hijo menor de 18 meses inscrito en el programa de Healthy Start, le pedimos que se enfoque en un niño(a) a la vez. Luego completaremos un cuestionario por separado por cada uno de sus hijos(as) menores de 18 meses de edad.

Formulario para padres/hijos de Healthy Start

Diciembre de 2020

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

Información general acerca del niño(a) inscrito

Esta sección se centra alrededor del niño(a) y su salud.

En primer lugar, me gustaría empezar con algunas preguntas generales acerca de su hijo (a).

1. ***Su hijo(a) estaba:***
   [Seleccione una solamente]
   - ☐ Recibiendo servicios de HS desde antes de nacer (es decir, 'nacido dentro del programa)
   - ☐ Parte de una familia participante para recibir servicios 30 días después del nacimiento del niño(a)
   - ☐ Parte de una familia participante para recibir servicios más de 30 días después del nacimiento del niño (a)
     - si se inscribió 30 días después del parto, por favor indique la edad del niño (en meses) al momento de la inscripción _____

2. ***¿Este niño (a) es de origen hispano o latino?***
   [Seleccione una solamente].
   - ☐ Sí, de origen hispano/latino
   - ☐ No, no es de origen hispano/latino
   - ☐ No lo sabe
   - ☐ Se niega a responder

3. ***¿Cuál es la raza del niño (a)?***
   [Marque todas las que correspondan]
   - ☐ Indígena estadounidense 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

4. ***¿Con cuál de las siguientes clasificaciones raciales usted identifica a su hijo(a)?***
   [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

Salud del bebé al nacer

A continuación, le haremos algunas preguntas acerca de la salud de su hijo (a) al nacer.

5. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía [la madre] cuando nació el niño (a)?

[MIEMBROS DEL PERSONAL: Por favor ingresar el número de semanas. Si la participante no sabe el número de semanas, ayúdela a calcular a partir de la fecha estimada de nacimiento para determinar la semana gestacional al nacer].

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

***6.* [Miembros del personal, ¿este niño(a) nació prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo)?]**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No se pudo determinar

7. ¿Cuánto peso al nacer?

- ☐ _____libras, _____onzas [O gramos _____]
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

***8.* [Miembros del personal: Por favor marquen la opción según corresponda para el peso del bebé al nacer]:**

- ☐ Peso muy bajo (Menos de 3 libras 5 onzas o 1500 gramos)
- ☐ Peso bajo (Al menos 3 libras 5 onzas, pero menos de 5 libras 8 onzas o 2500 gramos)
- ☐ Dentro del rango de peso normal (5 libras 8 onzas a 9 libras 4 onzas)
- ☐ Peso elevado al nacer (Más de 9 libras 4 onzas o 4500 gramos)
- ☐ No lo sabe (basado en la respuesta a la pregunta 7)
- ☐ Se niega a responder (basado en la respuesta a la pregunta 7)

9. ¿Este fue el único hijo(a) del que estaba embarazada [la madre] en aquel entonces o fue un embarazo múltiple, es decir, con gemelos, trillizos o más?

- ☐ Parto único (un embarazo con un bebé solamente)
- ☐ Gemelos
- ☐ Trillizos o más
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

Cuidado de la salud del bebé

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado de salud de su hijo(a).

10. ¿Hay algún lugar en particular al que usted o el cuidador USUALMENTE lleva al niño cuando está enfermo o cuando necesita alguna opinión sobre su salud?

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

11. ¿USUALMENTE a dónde lleva al niño 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 clínica dentro de una 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 clínica que no requiere de cita previa y se encuentra localizada dentro de la farmacia o en una tienda].

12. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el niño(a) ALGUNA VEZ estuvo cubierto por CUALQUIER tipo de seguro médico o plan de seguro?

- ☐ Sí, este niño estuvo cubierto durante los 12 meses
- ☐ Sí, pero el niño tuvo una pausa en la cobertura
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

13. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a) en este momento?

[Marque todas las que correspondan].

	Tipo de seguro	Marque la casilla si está cubierto ahora
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 'en este momento este niño no tiene 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.	En este momento este niño no tiene seguro médico	☐
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 'en este momento este niño no tiene seguro médico', 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].**

14. ¿Qué edad tenía el niño(a) durante su última visita de bienestar? _____ (meses)

[Miembros del personal: a continuación, aparece el horario recomendado por la AAP (Asociación Americana de Pediatría, AAP por sus siglas en inglés) para las visitas de bienestar durante los primeros 18 meses de vida].

- La cita de la primera semana (entre 3 y 5 días de nacido)
- 1 mes de edad
- 2 meses de edad
- 4 meses de edad
- 6 meses de edad
- 9 meses de edad
- 12 meses de edad
- 15 meses de edad
- 18 meses de edad

14a. [Miembros del personal: comparen la edad actual del niño (a) con su más reciente visita de bienestar, y determinen: ¿la visita ocurrió dentro del marco recomendado para la edad del niño (por ejemplo, *¿un bebé* de diez meses ya tuvo su primera cita de los 9 meses)]?

☐ Sí
☐ No
☐ No se pudo determinar

Alimentación del bebé

Las siguientes preguntas son acerca de la lactancia humana.

15. ¿ALGUNA VEZ usted [o la madre biológica] amamantó* (lactó) *o se extrajo leche para alimentar al niño después de nacer, así fuera durante un período corto de tiempo?

[Seleccione una solamente].

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

16. ¿Actualmente amamanta (lacta) a este niño o le da leche extraída?

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

17. ¿Durante cuántos meses [hasta la fecha actual] amamantó (lactó) o le brindó leche extraída al bebé?

☐ Para nada
☐ Durante menos de 1 mes

- ☐ ____ meses (para madres que aún amamantan, indiquen cuántos meses llevan hasta el momento)
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

18. **[Miembros del personal: ¿a este bebé lo amamantaron *(lactaron)* o le brindaron leche extraída durante los primeros 6 meses de su vida?]**
[Seleccione una solamente].

- ☐ Sí
- ☐ Aún no. El niño (a) actualmente tiene menos de 6 meses y es amamantado
- ☐ No, el niño (a) no fue amamantado durante los primeros 6 meses de vida
- ☐ No lo sabe
- ☐ No se pudo determinar

[Miembros del personal: Si la madre está amamantando (lactando), asegúrense de actualizar las preguntas G7, 17 y 18 una vez ella confirme que ya no lo hace para registrar un cambio en el estatus y capturar el tiempo total que pasó amamantando].

Sueño del bebé

[Para niños de 12 MESES O MAYORES, marquen la opción 'no aplica' en cada recuadro y pasen a la siguiente sección.]

[Para bebés MENORES DE 12 meses digan:]

A continuación, le haremos algunas preguntas sobre el sueño de su hijo(a).

Tener buenos hábitos de sueño es importante tanto para la salud física y el bienestar emocional de su bebé. Una parte importante del sueño seguro tiene que ver con el lugar donde su bebé duerme, la posición, el tipo de cuna o cama y el tipo de colchón.

19. ¿En qué posición acuesta a su bebé normalmente?
[Seleccione una solamente].

- ☐ De lado
- ☐ Boca arriba
- ☐ Boca abajo
- ☐ No aplica **[El niño tiene 12 meses o más]**

20. Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha dormido su bebé solo en su propia cuna o cama?
Nota: esto sucede cuando el bebé es la única persona en la cuna o cama; la cuna o cama puede estar en el cuarto de los padres]

- ☐ Siempre
- ☐ A menudo

- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca
- ☐ No aplica **[el niño tiene 12 meses o más]**

20a. ***¿La cuna del bebé se encuentra libre de almohadas, cobijas (sábanas) o peluches?***

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder
- ☐ No aplica **[el niño tiene 12 meses o más]**

Vida en el hogar

A continuación, tenemos algunas preguntas sobre su hijo(a) y la vida en el hogar. Estas son las últimas preguntas que giran alrededor del niño (a). Después de esto, le preguntaremos a las participantes algunas preguntas adicionales sobre el embarazo.

21. En la última semana, ¿cuántos días usted o algún miembro de la familia leyó o miró libros con su hijo (a)? **[Miembros del personal: Leer incluye libros con palabras o dibujos o texturas para que el bebé pueda ver y sentir, pero NO libros en versión audio, disco, CD o libros para computadora].**

- ☐ No le leímos al bebé durante la última semana
- ☐ 1-2 días en la última semana
- ☐ 3 días en la última semana
- ☐ 4-7 días en la última semana
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

22. A continuación, tenemos una pregunta acerca de las relaciones que el bebé/niño vive en el hogar. Usted describiría al segundo padre principal como:

- ☐ Involucrado y me apoya tanto a mi como al niño(a)
- ☐ Involucrado con el niño(a), pero no me apoya a mi
- ☐ Involucrado y me apoya a mí pero no al niño(a)
- ☐ No está involucrado con el niño, pero me apoya a mí y al niño
- ☐ Realmente no nos apoya ni se involucra con ninguno de los dos
- ☐ No hay un segundo padre
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

Fin de las preguntas sobre el niño

[Miembros del personal: Tengan en cuenta las siguientes indicaciones basadas en el tipo de participante:

- **Hombres inscritos y personas no inscritas con custodia de un niño inscrito: este formulario ha sido completado.**
- **Mujeres inscritas: Continúen en la siguiente sección.**

SALUD DE LA PARTICIPANTE DURANTE EL EMBARAZO

[Miembros del personal, continúen con la participante y digan]:

En esta última sección, nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de cómo transcurrió su embarazo con este niño(a).

23. La siguiente pregunta es acerca de los cuidados posparto que recibió después del parto más reciente. Recientemente, los médicos han estado discutiendo lo que ahora conocemos como 'el cuarto trimestre,' y esto incluye mantener el contacto con los profesionales en obstetricia (por ejemplo, ginecólogo obstetra, partera) durante los 12 meses después del parto. Los cuidados posparto son importantes para mantener la buena salud. ¿Recibió cuidados posparto de un profesional en obstetricia tras su parto más reciente?

Marque todas las que correspondan.

- ☐ Sí, dentro de las 3 semanas después del parto
- ☐ Sí, entre las 4 y las 6 semanas después del parto
- ☐ Sí, entre las 7 semanas y las 8 semanas después del parto
- ☐ Sí, entre las 9 semanas y las 12 semanas después del parto **[Nota: si el participante responde, "Sí, después de 12 semanas", explique que no se le considera visita posparto después de 12 semanas]**
- ☐ Aún no, pero tengo una cita programada en la siguiente fecha: _____
- ☐ Aún no, especifique la razón
- ☐ No, no tuve una visita posparto con un profesional en obstetricia dentro de las 12 semanas del parto de mi hijo más reciente
- ☐ No lo sé
- ☐ Se niega a responder

[Miembros del personal: Si la madre se encuentra en las primeras 12 semanas del parto pero aun no ha tenido una cita posparto, por favor actualicen las preguntas G7 y 23 una vez asista a su cita posparto o cuando hayan pasado las 12 semanas después del parto].

Las siguientes dos preguntas son acerca del consumo de tabaco y nicotina durante los últimos tres meses de su embarazo con este niño.

24. Durante los últimos 3 meses de su embarazo con este niño, ¿cuántos cigarrillos fumó en un día promedio? Una cajetilla o caja tiene 20 cigarrillos.

- ☐ 41 cigarrillos o más
- ☐ 21 a 40 cigarrillos
- ☐ 11 a 20 cigarrillos
- ☐ 6 a 10 cigarrillos
- ☐ 1 a 5 cigarrillos
- ☐ Menos de 1 cigarrillo
- ☐ No fumaba en ese entonces
- ☐ No lo sabe

☐ Se niega a responder

25. Durante los últimos 3 meses de su embarazo con este niño (a), en promedio, ¿con qué frecuencia consumió productos de tabaco y nicotina?

E-cigarettes (cigarrillos electrónicos) y otros productos de vapeo con nicotina (como cigarrillos electrónicos, hookahs electrónicas, pipas electrónicas) son dispositivos que funcionan a base de batería y utilizan nicotina líquida en vez de hojas de tabaco, y producen vapor en vez de humo.

Una **hookah** es una pipa a base de agua que se utiliza para fumar tabaco. No es lo mismo que una hookah electrónica o una hookah bolígrafo.

	Tabaco o productos de nicotina	**Más de una vez al día**	**Una vez al día**	**2-6 días a la semana**	**1 día a la semana o menos**	**Para nada**	**No lo sabe**	**Se niega a responder**
a.	Cigarrillos y otros productos electrónicos con nicotina							
b.	Hookah							
c.	Tabaco masticable, tabaco en grano, tabaco para enrollar o dip							
d.	Cigarros, cigarrillos, o pequeños cigarrillos de filtro							

El formulario para padres/hijos de Healthy Start ha sido completado