Formulario prenatal 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(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 embarazada que se ha inscrito para obtener cuidados prenatales.

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.
- Tanto este formulario prenatal como el nuevo formulario de información de antecedentes deberán ser completados cuando la mujer embarazada se inscriba o al momento de confirmar si la inscrita está embarazada. Solo las mujeres inscritas que se encuentren en estado de embarazo deben completar este formulario.
- 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 G1.
- 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.

- 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

INSTRUCCIONES: ACTUALIZACIÓN DEL FORMULARIO

Seguimiento postparto

Este formulario prenatal contiene una sección de seguimiento sobre el postparto al finalizar.

- Cuando la mujer da a luz o el embarazo finaliza, complete:
  - *Información general:* Pregunta G5 (seleccione "el embarazo finaliza")
  - *Seguimiento postparto:* Todas las preguntas (Q1-Q5)

  Nota: El formulario de antecedentes de la participante también debe ser actualizado siguiendo los pasos descritos en la sección de instrucciones del formulario de información de antecedentes.

Otras actualizaciones del formulario

- Cuando una mujer deja de participar en HS antes de que su embarazo culmine, complete:
  - *Información general:* Pregunta G5 ("Otra actualización")

  Y, verifique las siguientes preguntas
  - *Información general:* Pregunta G2
  - *Embarazo y salud:* Preguntas 1-3, 5, 5a (si corresponde), 6
  - *Vida en el hogar:* Pregunta 10 (si corresponde)
  - *Tabaco y alcohol:* Preguntas 11-13

  Nota: El formulario de antecedentes del participante también debe ser actualizado siguiendo los pasos descritos en las instrucciones del formulario de información de antecedentes.

- Para otras actualizaciones: Para actualizar preguntas específicas o secciones, como cuando a una participante le ocurre un cambio significativo en su vida o experimenta un cambio significativo en su salud, por favor complete la pregunta G5, "Otra actualización", y revise las preguntas o secciones relevantes.

Actualizaciones de otros participantes principales vinculados

- Para agregar a otro "participante principal vinculado", complete "otra actualización" en la pregunta G5, y agregue el número de identificación único UID del otro participante principal vinculado en la pregunta G3. La información en el formulario de antecedentes de la participante también debe ser actualizada para que exista una concordancia.
- 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.

Formulario prenatal Healthy Start | Diciembre de 2020

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

Reinscripción del participante

Para reinscribir a una participante embarazada que dejó de participar en el programa antes durante el mismo embarazo, por favor:

- Seleccione "otra actualización" en la pregunta G5 del formulario prenatal y agregue la fecha de la actualización/reinscripción. Para indicar la razón de la actualización, diga "reinscripción después de haber dejado el programa"
- Elimine la información sobre el por qué dejó el programa en la pregunta G5
- Ninguna otra pregunta debe ser actualizada o modificada. Una vez la participante dé a luz, siga las instrucciones del seguimiento postparto ubicadas en la parte superior de este formulario.
- ***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 formulario prenatal:]

G1. # DE IDENTIFICACIÓN ÚNICO DEL PARTICIPANTE PRINCIPAL: **_____**
[ingréselo como un número: Código org del recipiente de fondos + PP + el ID único del cliente (por ejemplo., 123PP45678)]

G2. 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 G1):

☐ **# 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**

G3. FECHA DE INSCRIPCIÓN EN HEALTHY START:

☐ **Fecha de inscripción del participante principal _____**

G4. FORMULARIO COMPLETADO INICIALMENTE POR EL PARTICIPANTE PRINCIPAL:

⇨ **Fecha en la que este formulario prenatal fue completado: _____**

[Miembros del personal: en esta fecha se completó la sección sobre el posparto. Cuando la mujer embarazada da a luz o el embarazo finaliza, por favor complete un nuevo formulario hasta el final donde aparece la sección sobre las preguntas acerca del posparto e ingrese la fecha de la actualización en la pregunta G5].

G5. ESTE FORMULARIO HA SIDO ACTUALIZADO DESPUÉS DE COMPLETARLO DE MANERA INICIAL EN BASE A [seleccione a continuación lo que corresponda]:

☐ **El embarazo finaliza [Miembros del personal: completar el seguimiento posparto al finalizar este formulario]**

- ⇨ ***Fecha en la que el seguimiento posparto se llevó a cabo:*** **_____**
  [Miembros del personal: esta fecha debe coincidir con la fecha ingresada en la sección de las preguntas posparto en la página 7].

☐ **Otra actualización (por ejemplo., la mujer decide dejar HS antes del término de su embarazo, agregó/removió el otro participante vinculado)**

- ⇨ ***Fecha de la actualización:*** **_____**
- ⇨ ***Especifique la razón de la actualización:*** **_____**

[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 10 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.

Formulario prenatal Healthy Start | Diciembre de 2020

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

Embarazo y salud

[Miembros del personal: Solamente las mujeres embarazadas deben completar este formulario].

Para este cuestionario, me gustaría empezar con algunas preguntas sobre su embarazo.

1. ***Primero, ¿conoce la fecha estimada del parto?***
   [Miembros del personal: si la mujer desconoce la fecha estimada del parto esta información debe agregarse o completarse cuando lo sepa].
   - ☐ Fecha probable de parto: [mes/día/año]_____/____/_____
   - ☐ No lo sabe
   - ☐ Se niega a responder

2. ***¿Cuántas semanas de embarazo tiene?***
   [Miembros del personal, si una mujer no sabe cuántas semanas de embarazo tiene, ofrézcale ayuda determinando las semanas basadas en la fecha probable de parto y la fecha de hoy. Si ella aún no sabe la fecha probable de parto, agregue esta información cuando lo sepa].
   - ☐ _____semanas
   - ☐ No pudo determinar, especifique el motivo: _____

3. **[Miembros del personal, basado en cuántas semanas de embarazo tiene, ¿en qué trimestre se encuentra?]**
   - ☐ Primer trimestre (semanas 0-13)
   - ☐ Segundo trimestre (semanas 14-27)
   - ☐ Tercer trimestre (semanas 28-40)
   - ☐ No se pudo determinar (basado en la respuesta a la pregunta #2))

4. **[Miembros del personal, ¿cuándo se inscribió la participante en Healthy Start?]**
   - ☐ Antes del embarazo
   - ☐ Durante el primer trimestre de este embarazo (semanas 0-13)
   - ☐ Durante el Segundo trimestre de este embarazo (semanas 14-27)
   - ☐ Durante el tercer trimestre de este embarazo (semanas 28-40)
   - ☐ No se pudo determinar

5. ***¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando tuvo su primera cita de cuidado prenatal?***
   [Miembros del personal, por favor indicar a los cuántos meses].
   - ☐ _____meses
   - ☐ Todavía no he tenido ninguna cita de cuidado prenatal
   - ☐ No lo sabe
   - ☐ Se niega a responder

5a. [Miembros del personal: si la participante aún no ha tenido su primera cita de cuidado prenatal, pregunte:] ***¿Tiene una cita programada?***
- ☐ Sí, indique la fecha: _____
- ☐ No

- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

6. **[Miembros del personal, por favor indicar el trimestre correspondiente de la primera cita de cuidado prenatal]:**

- ☐ Primer trimestre (0-13 semanas)
- ☐ Segundo trimestre (14-27 semanas)
- ☐ Tercer trimestre (28-40 semanas)
- ☐ Aún no ha tenido citas de cuidado prenatal
- ☐ No se pudo determinar (basado en la respuesta a la pregunta # 5)

6a. ¿Sabe si es un embarazo es múltiple? (Por ejemplo, gemelos/mellizos, trillizos), o no?

- ☐ No es un embarazo múltiple
- ☐ Sí es un embarazo múltiple
  - Cantidad de fetos: _____
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

[Miembros del personal: si la madre aún no ha tenido su primera cita prenatal o no sabe si es un embarazo múltiple, entonces la información acerca de cuándo empezó los cuidados prenatales y si es un embarazo múltiple debe ser completada en las preguntas 5, 5a, 6 y 6a cuando tenga la visita prenatal].

7. En los 3 meses previos a su embarazo actual, ¿presentó alguna de las siguientes condiciones? En cada casilla, marque NO si la participante no presentó la condición o marque SÍ en caso de afirmación.

	Health Condition	Sí	No	No está segura	Se niega a responder
a.	Diabetes tipo 1 o 2 (no incluye diabetes gestacional, es decir la diabetes que se presenta durante el embarazo)	☐	☐	☐	☐
b.	Presión arterial alta o hipertensión	☐	☐	☐	☐
c.	Depresión	☐	☐	☐	☐
d.	Alguna condición crónica o enfermedad, especifique según corresponda: _____ _____ _____	☐			

8.* [Miembros del personal, si la madre tiene otro hijo aparte de su embarazo, pregunte:] *Teniendo en cuenta a su otro hijo, ¿qué edad tenía su hijo cuando se enteró de este embarazo actual?

- ☐ 0 a 12 meses
- ☐ 13 a 18 meses
- ☐ 19 a 24 meses
- ☐ Más de 2 años
- ☐ Este es mi primer embarazo
- ☐ No lo sabe
- ☐ Se niega a responder

Vida en el hogar

A continuación, tenemos algunas preguntas sobre su hogar y sobre los planes para el bebé.

9. ¿Qué método planifica utilizar para alimentar a su bebé durante las primeras semanas?
[Seleccione una solamente].

- ☐ Lactancia humana exclusivamente (no le dará formula al bebé)
- ☐ Fórmula exclusivamente
- ☐ Tanto lactancia humana como fórmula
- ☐ Aún no lo sabe
- ☐ Se niega a responder

10. Usted describiría a su pareja o al padre de su hijo como:
[Seleccione una solamente].

- ☐ Involucrado en mi embarazo y apoyándome tanto a mi como al bebé
- ☐ Involucrado con todo lo que tenga que ver con el bebé, pero no conmigo
- ☐ Involucrado y pendiente de mi pero no del bebé
- ☐ No está muy involucrado en mi embarazo, pero me apoya y también apoya al bebé que llevo en mi vientre
- ☐ No está muy involucrado/no me apoya ni a mí ni al bebé
- ☐ No sabe que estoy embarazada
- ☐ Se niega a responder

Tabaco y alcohol

Para finalizar, me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su consumo actual de tabaco y alcohol.

11. En promedio, ¿cuántos cigarrillos diarios fuma actualmente? Una cajetilla 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 cigarrillos

☐ No fumo
☐ No lo se
☐ Me niego a responder

12. En promedio, ¿cuán frecuentemente consume otro tipo de productos con nicotina o tabaco?

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 produce 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.

	Productos de tabaco o 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 em grano, tabaco para enrollar o dip	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Cigarros, cigarrillos, o pequeños cigarrillos de filtro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Desde que se enteró que estaba embarazada, ¿qué tan seguido ha consumido bebidas alcohólicas?

☐ Casi todos los días
☐ Varias veces a la semana
☐ Varias veces al mes
☐ Menos de una vez al mes
☐ Nunca
☐ No lo sabe
☐ Se niega a responder

El formulario prenatal ha sido completado
(El seguimiento postparto continua en la página siguiente)

Formulario prenatal Healthy Start | Junio de 2020

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

SEGUIMIENTO POSTPARTO

[Miembros del personal: completen esta sección cuando la mujer embarazada dé a luz o cuando el embarazo finalice].

Fecha: _____
[Miembros del personal: Esta fecha debe coincidir con la fecha ingresada en la pregunta G5 en la página 2].

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

[Miembros del personal: por favor completen las preguntas que aparecen a continuación acerca de los resultados del embarazo una vez hayan confirmado todos los detalles.

- **<u>Es importante agregar los datos de los resultados</u> del embarazo de cada mujer participante en Healthy Start durante la fase prenatal, incluso si decide dejar de participar en el programa.**
- **<u>No le lea estas preguntas a la participante.</u> Determine el resultado del embarazo de una manera sensible a los sentimientos de la participante y complete los detalles a continuación:]**

1) **[Miembros del personal: registren los resultados iniciales de este embarazo]**
   [Seleccione todas las que correspondan].
   - ☐ Nacimiento con vida
     - Indique cuántos nacimientos con vida tuvo en este embarazo: _____
   - ☐ Embarazo ectópico o tubárico
   - ☐ Aborto espontáneo (el embarazo terminó de manera espontánea antes de las 20 semanas)
   - ☐ Parto de un bebé muerto o pérdida fetal (el embarazo terminó a las 20 semanas o después)
     - Indique cuántas muertes fetales han ocurrido con este embarazo: _____
   - ☐ Interrupción del embarazo
   - ☐ Se desconoce el resultado
     - Describa los métodos que utiliza para llevar un registro de los resultados del embarazo:
       _____
       _____

2) **[Miembros del personal: Si este embarazo terminó con un(os) bebé(s) vivo(s) ahora inscrito(s) en HS, indique el número de identificación único del niño inscrito (EC)]:**
   [Ingréselo como un número: Código org del recipiente de fondos + EC + el ID único del cliente (por ejemplo., 123PP45678)] (a continuación, las siglas se refieren a los números de identificación únicos de cada niño inscrito)

   a. **UID del primer EC (niño inscrito): _____**
   b. **UID del segundo EC (niño inscrito): _____**
   c. **UID del tercer EC (niño inscrito): _____**

d. UID del cuarto EC (niño inscrito): _____

3) [Miembros del personal: Entre los bebes que nacieron vivos en este embarazo, ¿alguno terminó en muerte neonatal? (esto quiere decir cuando un bebé nace vivo y muere entre los 0 y los 27 días de nacido)]

☐ Sí
- Indique cuántas muertes neonatales en este embarazo:
  - Número _____
- Describa el método que utiliza para llevar el registro de las muertes neonatales:
  _____
  _____

☐ No
☐ No se pudo determinar

4) [Miembros del personal: por favor indiquen si el parto terminó en mortalidad materna].

☐ Sí
- Describa los métodos que utiliza para llevar el registro de la mortalidad materna:
  _____
  _____

☐ No
☐ Se desconocen los resultados

5) [Fuentes de información para los resultados del embarazo registrados en esta sección]
[Marque todas las que correspondan]:

☐ Historial clínico
☐ Registros vitales
☐ Participante principal
☐ Otro miembro de la familia
☐ Otra fuente, especifique:
_____

[INSTRUCCIONES PARA EL SEGUIMIENTO – si el embarazo resultó en:

- **<u>Madre y bebé sanos,</u> entonces complete el formulario para padres/hijos tan pronto como le sea posible con la participante principal enlazada al niño y actualice el formulario de información de antecedentes de la madre.**
- **Si el resultado fue <u>mixto</u> e <u>incluyó un bebe vivo y una muerte fetal o neonatal, o un bebé o madre muy enfermos</u>, sea consciente de los sentimientos de la participante y posiblemente posponga el formulario para padres/hijos para el bebé vivo, o actualice el formulario de información de antecedentes, (por ejemplo., durante la próxima visita)**
- **<u>Si el embarazo no resulto en un nacimiento vivo</u> (por ejemplo, aborto espontáneo, embarazo ectópico o tubárico, muerte fetal, Interrupción del embarazo, muerte neonatal), los miembros del personal deben ser conscientes de los sentimientos de la participante y potencialmente posponer la**

actualización del formulario de información de antecedentes de la madre, por ejemplo, hasta la próxima visita.