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

LA INFORMACIÓN QUE APARECE EN ESTA SECCIÓN ES PARA EL A SOLAMENTE — NO SUBIR	ARCHIVO DEL RECIPIENTE DE FONDOS
Nombre del participante principal:	Fecha de nacimiento:
Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los otros participantes procorresponde):	incipales vinculados (hasta 2 personas, si
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 s de fondos y <u>no deben ser enviados a HRSA</u> . La participante principal de 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.

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

• 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:
 - o 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
 - o Información general: Pregunta G2
 - o 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 <u>HealthyStartData@hrsa.gov</u> con el asunto, "Technical Support Request for HSMED-II" (solicitud de soporte técnico para HSMED-II) con su solicitud de cambio/remoción.

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

☐ El embarazo finaliza [Miembros del personal: completar el seguimiento posparto al finalizar

BASE A [seleccione a continuación lo que corresponda]:

este formulariol

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

	⇒ 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.

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,
pr	egunte:] ¿Tiene una cita programada?
	\square Sí, indique la fecha:
	\sqcap No

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

		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
		o 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
а.	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:				

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

8. [Miembros del personal, si la madre tiene otro hijo apa cuenta a su otro hijo, ¿qué edad tenía su hijo cuando se e	
□ 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	
A continuación, tenemos algunas preguntas sobre su hog	ar 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	e 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 c	ото:
[Seleccione una solamente].	
 Involucrado en mi embarazo y apoyándo 	ome tanto a mi como al bebé
 Involucrado con todo lo que tenga que v 	ver con el bebé, pero no conmigo
 Involucrado y pendiente de mi pero no o 	del bebé
 No está muy involucrado en mi embaraz Ilevo en mi vientre 	o, pero me apoya y también apoya al bebé que
☐ No está muy involucrado/no me apoya r	ni a mí ni al bebé
☐ No sabe que estoy embarazada	
☐ Se niega a responder	
Tabaco y a	cohol
·	
Para finalizar, me gustaría hacerle algunas preguntas adi alcohol.	cionales sobre su consumo actual de tabaco y
11. En promedio, ¿cuántos cigarrillos diarios fuma actu	almente? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.
41 cigarrillos o más	☐ 6 a 10 cigarrillos
☐ 21 a 40 cigarrillos	☐ 1 a 5 cigarrillos
☐ 11 a 20 cigarrillos	☐ Menos de 1 cigarrillos

□ No fumo

□ No lo se

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

Me niego a responder

	Ina hookah es una pipa a base de agu ookah electrónica o una hookah bolíg	•	tiliza paı	ra fumar t	tabaco. N	o es lo n	nismo qu	ie una
	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							
, D e	Casi todos los días 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	razada, ¿q	ué tan s	eguido ho	a consum	ido beb	idas alco	hólicas?

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

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

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	a 2].
# de ID único de la participante principal [Ingréselo como un número: Código org del recipiente de fondos + PP + el ID único del cliente (po ejemplo., 123PP45678)]	or
[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.	
 Es importante agregar los datos de los resultados del embarazo de cada mujer participante en Healthy St durante la fase prenatal, incluso si decide dejar de participar en el programa. No le lea estas preguntas a la participante. Determine el resultado del embarazo de una manera sensible sentimientos de la participante y complete los detalles a continuación:] 	
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 semanos parto de un bebé muerto o pérdida fetal (el embarazo terminó a las 20 semanas o despontánea un bebé muerto este embarazo: 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) er 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 (po ejemplo., 123PP45678)] (a continuación, las siglas se refieren a los números de identificación úni de cada niño inscrito) a. UID del primer EC (niño inscrito): b. UID del segundo EC (niño inscrito): 	or
c. UID del tercer EC (niño inscrito):	

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

	d. l	JID del cuarto EC (niño inscrito):
3)	-	os del personal: Entre los bebes que nacieron vivos en este embarazo, ¿alguno terminó en eonatal? (esto quiere decir cuando un bebé nace vivo y muere entre los 0 y los 27 días de
		Indique cuántas muertes neonatales en este embarazo:
		 Número Describa el método que utiliza para llevar el registro de las muertes neonatales:
	0	No
	0	No se pudo determinar
4)	[Miembro	os 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 No
		Se desconocen los resultados
5)		de información para los resultados del embarazo registrados en esta sección] ue 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 mixto e incluyó un bebe vivo y una muerte fetal o neonatal, o un bebé o madre muy enfermos, 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 (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</u>

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

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