

Nombre: _____

Nº. identificación de participante de BAM: _____

Fecha de actividad: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Instructor/es: _____

Asistió a las sesiones grupales de Becoming a Mom/Comenzando bien®: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ En persona
- ☐ A distancia (Skype, Zoom, FaceTime, etc.)

Si asistió a virtualmente, ¿qué opción describe su motivo por el cual asistió a virtualmente?

- ☐ Prefiero asistir a virtualmente
- ☐ Problemas de transporte
- ☐ Problemas para el cuidado de mis hijos
- ☐ COVID-19
- ☐ Otra respuesta

En caso de “otra respuesta”, describa:

¿Ha desarrollado alguna afección de salud hasta el momento en su embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, indique las afecciones de salud que ha desarrollado DURANTE SU EMBARAZO:

- ☐ Anemia
- ☐ Ansiedad
- ☐ Colestasis (enfermedad hepática que se presenta a finales del embarazo)
- ☐ COVID-19
- ☐ Depresión
- ☐ Eclampsia (presión arterial alta que provoca convulsiones)
- ☐ Diabetes gestacional
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Placenta previa
- ☐ Preeclampsia
- ☐ Parto prematuro (entró en trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación)
- ☐ Convulsiones (que no son provocadas por presión arterial alta)
- ☐ Trastorno o recaída del consumo de sustancias (incapacidad para controlar el consumo de fármacos legales o drogas, medicamentos, alcohol o nicotina)
- ☐ Otra respuesta

En caso de otra respuesta, ¿qué otra afección de salud ha desarrollado hasta el momento en su embarazo?

¿Su proveedor de atención médica le informó que tiene un embarazo de “alto riesgo”?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, indique los motivos:

¿Está inscrita en el Programa WIC?

- ☐ Sí
- ☐ No

Lo siguiente algunas veces me impide asistir a mis citas prenatales: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Nada
- ☐ Guardería
- ☐ Transporte
- ☐ No tengo documentos
- ☐ No tengo proveedor de atención médica
- ☐ Me preocupa el pago
- ☐ Trabajo/escuela
- ☐ Otra respuesta

Especifique “otros” obstáculos por los que no pudo asistir a las citas prenatales:

¿Cuál de las siguientes opciones son signos de un parto prematuro/parto? (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Un cambio en el flujo vaginal (acuoso, mucoso o con sangre) o más flujo vaginal de lo habitual)
- ☐ Aumento de presión vaginal o la sensación de que su bebé está empujando hacia abajo
- ☐ Dolor difuso en la parte baja de la espalda
- ☐ Calambres abdominales con o sin diarrea
- ☐ Calambres que se sienten como la menstruación
- ☐ Ninguna de las anteriores

Debo hacer lo siguiente si estoy teniendo un parto prematuro: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Llamar a mi proveedor de atención médica
- ☐ Ir al hospital si no puedo comunicarme con mi proveedor
- ☐ No tomaré ninguna medida y esperaré a ver si mis síntomas desaparecen.
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Cuáles de las siguientes son señales de advertencia POSPARTO? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Respiración obstruida o dificultad para respirar
- ☐ Convulsiones
- ☐ Pensamientos de lastimarme a mí misma o a alguien más
- ☐ sudoración nocturna sin fiebre
- ☐ Ninguna de las anteriores

Debo hacer lo siguiente si experimento señales de advertencia POSPARTO: (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Llamar al 911 si tengo señales de advertencia POSPARTO URGENTES o que ponen en peligro mi vida
- ☐ Llamar a mi proveedor de atención médica (o acudir a la SALA de URGENCIAS si no puedo comunicarme con mi proveedor de atención médica) si tengo otras señales de advertencia POSTPARTO.
- ☐ Confiar siempre en mis instintos y busco atención médica si no me siento bien o tengo dudas.
- ☐ Informar al 911 o a mi proveedor de atención médica que estuve embarazada recientemente
- ☐ Ninguna de las anteriores

Si tengo depresión y/o ansiedad durante o después de mi embarazo, tengo _____ sobre los recursos disponibles en mi comunidad.

- ☐ Mucho conocimiento
- ☐ Conocimiento
- ☐ Un poco de conocimiento
- ☐ Nada de conocimiento

Si tengo depresión y/o ansiedad durante o después de mi embarazo, es _____ que hable con mi proveedor de atención médica y/o acceda a los recursos disponibles:

- ☐ Muy probable
- ☐ Probable
- ☐ Poco probable
- ☐ Nada probable

He hablado con mi proveedor de atención médica sobre los medicamentos que estoy tomando (recetados y/o de venta libre, herbolarios, etc.):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ N/A; no estoy tomando ningún medicamento

Si estoy considerando tomar medicamentos (recetados y/o de venta libre, herbolarios, etc.), es _____ que hable con mi proveedor de atención médica antes de tomarlos.

- ☐ Muy probable
- ☐ Probable
- ☐ Poco probable
- ☐ Nada probable

Actualmente tomo vitaminas prenatales o multivitamínicos que contienen ácido fólico:

- ☐ Todos los días
- ☐ 4-6 veces a la semana
- ☐ 1-3 veces a la semana
- ☐ Nunca

Camino o hago al menos 30 minutos de actividad física moderada y de bajo impacto _____ días a la semana.

- ☐ 0
- ☐ 1-3
- ☐ 4-6
- ☐ 7

Actualmente fumo _____.

- ☐ 0
- ☐ Menos de ½ cajetilla de cigarrillos al día
- ☐ ½ cajetilla a una cajetilla completa de cigarrillos al día
- ☐ Más de una cajetilla completa de cigarrillos al día

Actualmente consumo cigarrillos electrónicos o productos de tabaco distintos de los cigarrillos convencionales.

- ☐ Sí
 - ☐ No
- En caso de haber contestado si, describa el product de tabaco/vapeó distinto de los cigarrillos que utiliza.

-Si anto algún producto anteriormente, ¿cuál es la cantidad que lo utiliza?

Si no fumó ni usó cigarrillos electrónicos durante este embarazo, por favor, omita la siguiente pregunta.

Si fumaste o usaste cigarrillos electrónicos durante el embarazo, a continuación se enumeran algunas de las cosas que un médico, enfermero u otro profesional de la salud podría haber hecho durante tus consultas prenatales para ayudarte a dejar de fumar/vapear (marca todas las opciones que se aplicaron en tu caso):

- ☐ Pasó tiempo conmigo hablando sobre cómo dejar de fumar/vapear
- ☐ Sugerirme que establezca una fecha específica para dejar de fumar/vapear
- ☐ Sugerirme que asista a una clase o programa para dejar de fumar/vapear
- ☐ Proporcionarme folletos, videos u otros materiales que me ayuden a dejar de fumar/vapeo por mi cuenta
- ☐ Remitirme a un consejero para que me ayude a dejar de fumar/vapear
- ☐ Preguntó si un familiar o amigo apoyaría mi decisión de dejar de fumar/vapear
- ☐ Remitirme a una línea telefónica de ayuda nacional o estatal (como KanQuit)
- ☐ Recomendó el uso de chicles de nicotina
- ☐ Recomendó el uso de un parche de nicotina
- ☐ Recetó un aerosol nasal de nicotina o un inhalador de nicotina
- ☐ Recetó una pastilla como Zyban (también conocida como Wellbutrin o bupropión) para ayudarme a dejar de fumar/vapear
- ☐ Recetó una pastilla como Chantix (también conocida como vareniclina) para ayudarme a dejar de fumar/vapear

Es ____ que desarrolle un plan de parto y hable de él con mi proveedor de atención médica.

- ☐ Muy probable
- ☐ Probable
- ☐ Poco probable
- ☐ Nada probable

Un embarazo es de término completo cuando llega a las ____ semanas.

- ☐ 34-36
- ☐ 37-38
- ☐ 39-40

Los siguientes son los beneficios de un embarazo de término completo: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ El desarrollo y crecimiento del cerebro del bebé
- ☐ El desarrollo y la madurez de los pulmones del bebé
- ☐ Es menos probable que sea admitido a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)
- ☐ Mejora la capacidad de amamantar

Lo siguiente es cierto sobre el amamantamiento: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Será menos probable que mi bebé tenga diabetes más adelante en su vida
- ☐ Disminuirá mi riesgo de padecer algunos tipos de cánceres
- ☐ El amamantamiento no debe ser doloroso
- ☐ La frecuencia con la que amamanto en las primeras 48 horas después del parto puede afectar mi capacidad de producir suficiente leche para mi bebé.

Es ____ que amamante a mi bebé.

- ☐ Muy probable
- ☐ Probable
- ☐ Poco probable
- ☐ Nada probable
- ☐ No estoy segura

Si tengo problemas para amamantar a mi bebé o si tengo dudas sobre cómo amamantar, conozco ____ recurso(s) disponible(s) en mi comunidad.

- ☐ Uno
- ☐ Más de uno
- ☐ No conozco ninguno

Me siento ____ de mi capacidad para amamantar.

- ☐ Muy segura
- ☐ Segura
- ☐ Poco segura
- ☐ Nada segura

Después del parto, planeo tomar vitaminas prenatales o multivitamínicos que contienen ácido fólico:

- ☐ Todos los días
- ☐ 4-6 veces a la semana
- ☐ 1-3 veces a la semana
- ☐ Nunca

Pondré a mi bebé a dormir sobre su: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Espalda
- ☐ Costado
- ☐ Boca abajo

En casa, mi bebé dormirá: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ En una cuna o cuna portátil
- ☐ En una cama de adulto, sofá o sillón reclinable conmigo
- ☐ En un asiento para automóvil, portabebé, mecedora o columpio

Es ____ que hable sobre Safe Sleep (sueño seguro) con los otros proveedores de atención de mi hijo (miembros de la familia, proveedores de cuidados infantiles, etc.).

- ☐ Muy probable
- ☐ Probable
- ☐ Poco probable
- ☐ Nada probable

Es ____ que hable con mi proveedor de atención médica durante mi atención prenatal acerca de los métodos para evitar un embarazo después del nacimiento de mi bebé:

- ☐ Muy probable
- ☐ Probable
- ☐ Poco probable
- ☐ Nada probable

Creo que hay ____ para mi salud y la salud de mi siguiente bebé si espero un mínimo de 18 meses antes volver a embarazarme.

- ☐ Un gran beneficio
- ☐ Un poco de beneficio
- ☐ Ningún beneficio

Mientras asistía al programa Becoming a Mom/Comenzando bien®, he aprendido sobre los recursos comunitarios que pueden brindarme información y apoyo (algunos ejemplos de recursos comunitarios son programas/servicios como WIC, apoyo a la lactancia materna, salud mental, instalación del asiento de seguridad, visitas domiciliarias, consumo de sustancias, cesación del tabaco, servicios para padres y de primera infancia como PAT, etc.):

- ☐ 1-2 recursos
- ☐ 3-4 recursos
- ☐ 5 o más recursos
- ☐ No aprendí sobre ningún recurso

Tengo o planeo contactar o usar:

- ☐ 1-2 recursos
- ☐ 3-4 recursos
- ☐ 5 o más recursos
- ☐ No planeo contactar ni utilizar ninguno de los recursos comunitarios que se compartieron conmigo durante el programa Becoming a Mom/Comenzando bien®

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

¿Cómo fue su experiencia en general con el programa Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- ☐ Excelente
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

Sentí una relación y el apoyo de las otras mujeres embarazadas en las clases.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

Sentí una relación y el apoyo de mi maestro/instructor de la clase o líder del grupo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

¿Qué tan difícil de entender fue la información en las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ni fácil ni difícil
- ☐ Fácil
- ☐ Muy fácil

¿Cuánta información nueva aprendió en el programa Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- ☐ Nada
- ☐ Un poco
- ☐ Mucha

¿Qué tan útil/valiosa fue la información proporcionada a lo largo del programa Convertirse en Mamá/Comenzado bien®?

- ☐ No es útil/valioso
- ☐ Un poco útil/valioso
- ☐ Algo útil/valioso
- ☐ Muy útil/valioso
- ☐ Extremadamente útil/valioso

El maestro/instructor de Becoming a Mom/Comenzando bien®: (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Fue muy dinámico
- ☐ Fue muy aburrido
- ☐ No conocía bien los temas
- ☐ Me ayudó con mis problemas
- ☐ Me trató con respeto
- ☐ Me animó a hacer preguntas
- ☐ Fue difícil de entender
- ☐ Conocía bien los temas

A continuación, proporcione cualquier comentario que pueda tener acerca del programa Becoming a Mom/Comenzando bien®:

¿Qué tipo de dispositivo electrónico utilizó para participar en las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- ☐ Teléfono móvil
- ☐ Tableta
- ☐ Computadora portátil
- ☐ Computadora de escritorio
- ☐ Computadora en un lugar público (p. ej., una biblioteca)

¿Qué tipo de servicio de Internet utilizó para conectarse a distancia a las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- ☐ Internet/datos del teléfono móvil
- ☐ Área local de cobertura
- ☐ Wi-Fi de casa
- ☐ Wi-Fi público

¿Qué dificultades tuvo con su participación a distancia? (marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Problemas con la conectividad de Wi-Fi (interrupciones en la conexión a Internet)
- ☐ Sin Wi-Fi en casa, tuve que usar la conexión de un amigo o familiares o el Wi-Fi público
- ☐ Interrupciones en el entorno familiar impidieron que me concentrara
- ☐ No me sentí tan relacionada con el instructor debido a mi participación a distancia
- ☐ No me sentí tan relacionada con las otras participantes debido a mi participación a distancia
- ☐ No tuve ninguna dificultad relacionada con la participación a distancia
- ☐ Otras dificultades

En caso de "otras dificultades", describa:

¿Qué tan satisfecha está con su experiencia de asistir a las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien® a distancia?

- ☐ Nada satisfecha
- ☐ Un poco satisfecha
- ☐ Algo satisfecha
- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Extremadamente satisfecha

Si asistió a cualquier sesión a distancia, responda las siguientes preguntas de evaluación:

Me gustaría tener la oportunidad de participar en Becoming a Mom/Comenzando bien® y otros servicios útiles a distancia en el futuro

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

Proporcione cualquier comentario adicional que pudiera tener acerca de su participación a distancia en Becoming a Mom/Comenzando bien®, incluido, de haberlo, qué puede mejorar su experiencia con el programa: