

**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 distancia, ¿qué opción describe su motivo por el cual asistió a distancia?**

- Prefiero asistir a distancia
- Problemas de transporte
- Problemas para el cuidado de mis hijos
- 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:**

- 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 (mucosidad sanguinolenta) o un incremento considerable en su flujo vaginal.
- 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
- Interrumpir lo que estoy haciendo y descansar sobre mi lado izquierdo durante una hora
- Beber 2 a 3 vasos de agua o jugo
- 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

**Yo actualmente vapeé o uso productos de tabaco distintos de los cigarrillos.**

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Si no fumó ni vapeó durante este embarazo, ignore la siguiente pregunta.**

**Si usted fumó/vapeó durante su embarazo, a continuación, anotamos algunas cosas que un médico, enfermera u otro trabajador de la salud posiblemente podrían haber hecho durante sus visitas prenatales para que dejara de fumar/vapear (por favor seleccione todo lo que hicieron por usted):**

- 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: (marque todas las opciones que apliquen)**

- De Espalda
- De lado
- 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®:**

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

**¿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

**Me gustaría tener la oportunidad de participar en Becoming a Mom/Comenzando bien<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>, incluido, de haberlo, qué puede mejorar su experiencia con el programa:**