

Nombre: _____

Nº. identificación de participante de BaM/Cb:

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

Instructor/es: _____

En caso de “otra respuesta”, describa: ¿Cómo se enteró de Becoming A Mom/Comenzando bien®?
(marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Familiar/amigo
- ☐ Centro de salud
- ☐ Hospital
- ☐ Escuela
- ☐ WIC
- ☐ Administrador de casos de KanCare
- ☐ Volante
- ☐ Otra respuesta

En caso de “otra respuesta”, describa:

¿Este es su primer embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso negativo:

-¿Ha tenido antes un parto prematuro (la edad gestacional del bebé fue menos de 37 semanas)?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo:

- ¿fue un embarazo único, es decir, estaba embarazada de un solo bebé?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo:

- ¿el parto prematuro fue espontáneo, es decir, entró en trabajo de parto de manera natural?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha tenido alguno de los siguientes?

- ☐ Un bebé que pesó menos de 5 libras.
- ☐ Más de un aborto espontáneo.
- ☐ Un bebé que no nació vivo.
- ☐ Un bebé que falleció durante su primer año de vida.

¿Qué tan avanzado está su embarazo en este momento?

- ☐ 1er trimestre (1 a 13 semanas)
- ☐ 2o trimestre (14 a 27 semanas)
- ☐ 3er trimestre (más de 28 semanas)

¿Cuál es la fecha de su parto? ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

¿Ha tenido su primera cita prenatal?

- ☐ Sí
- ☐ No

-En caso negativo, ¿ya programó su cita?

- ☐ Sí
- ☐ No

-En caso negativo, ¿cuál es el motivo por el que no ha programado su cita?

- ☐ No hay un proveedor disponible
- ☐ El proveedor no empezará su atención hasta más adelante (estoy en las primeras etapas del embarazo)
- ☐ No puedo faltar a la escuela o al trabajo
- ☐ No hay guardería disponible para mis otros hijos
- ☐ No tengo cobertura de seguro médico/no puedo pagarlo
- ☐ No tengo transporte
- ☐ Otra respuesta

En caso de “otra respuesta”, describa:

¿En qué trimestre comenzó a acudir con un proveedor de atención médica para este embarazo?

- ☐ 1er trimestre (1 a 13 semanas)
- ☐ 2o trimestre (14 a 27 semanas)
- ☐ 3er trimestre (más de 28 semanas)

¿Cuál es el nombre de su proveedor de atención médica/centro de salud?

¿Tenía alguna de las siguientes afecciones de salud ANTES DEL EMBARAZO?

- ☐ Anemia
- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Trastorno de coagulación de la sangre
- ☐ COVID-19
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes (antes del embarazo)
- ☐ Exceso de peso/ IMC elevado
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Enfermedad pulmonar/afección respiratoria
- ☐ Lupus/otra enfermedad autoinmune
- ☐ Convulsiones
- ☐ Anemia de células falciformes
- ☐ Trastorno de consumo de sustancias (incapacidad para controlar el consumo de fármacos legales o drogas, medicamentos, alcohol o nicotina)
- ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Otra respuesta
- ☐ Ninguna

En caso de otra respuesta, ¿qué enfermedad tenía antes de su embarazo?

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

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, indique las afecciones médicas 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?

¿Cuáles de los siguientes factores de alto riesgo presenta? (marque todas las opciones que correspondan)

Informe a su médico si presenta alguno de estos riesgos.

- ☐ Ha tenido preeclampsia anteriormente
- ☐ Está embarazada de mellizos o trillizos
- ☐ Tiene presión arterial alta, diabetes, enfermedad renal o una enfermedad autoinmune como el lupus
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Cuáles de los siguientes factores de riesgo moderado presenta? (marque todas las opciones que correspondan)

Informe a su médico si presenta más de uno de estos factores de riesgo.

- ☐ Nunca has tenido un bebé, o han pasado más de 10 años desde que tuviste un bebé.
- ☐ Tienes obesidad.
- ☐ Tu hermana o tu madre han tenido preeclampsia.
- ☐ Tuviste complicaciones en un embarazo anterior, como que tu bebé nació con un peso inferior a 2,5 kg (5 libras y 8 onzas).
- ☐ Tienes 35 años o más.
- ☐ Eres afroamericana.
- ☐ Te sometiste a fertilización in vitro para este embarazo o para uno anterior.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

¿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

¿Cuál de las siguientes situaciones le impide a veces acudir a sus 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 puede asistir a las citas prenatales:

¿Cuál de los siguientes motivos podría impedirle asistir a las seis clases de educación prenatal del programa "Convertirse en madre"? (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Ninguno
- ☐ Cuidado de niños
- ☐ Transporte
- ☐ Trabajo/Estudios
- ☐ Disponibilidad limitada de clases
- ☐ Otra respuesta

¿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 mi período menstrual.
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Debo hacer lo siguiente si tengo síntomas parto prematuro (antes de la semana 37):

(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 buscar 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
- ☐ Algo 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

Sí 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
- ☐ Algo 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 sí, describa el producto de tabaco/vapeo distinto de los cigarrillos que utiliza

-Sí anoto algún producto anteriormente, ¿cuáles la cantidad que lo utiliza?

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

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

Si estoy teniendo 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
- ☐ Algo 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
- ☐ Algo probable
- ☐ Nada probable

¿Qué método planea utilizar/hablar con su proveedor de atención médica?

(marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Diafragma
- ☐ Dispositivo intrauterino
- ☐ Píldora
- ☐ Planificación familiar natural
- ☐ Condón
- ☐ Inyección
- ☐ Implante en el brazo
- ☐ Ligadura de trompas/vasectomía
- ☐ No planeo hablar sobre esto con mi médico

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

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