Comenzando bien® - Encuesta inicial

Nombre: _____

N°. 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 <u>ANTES DEL EMBARAZO</u>?

- ☐ Anemia
- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Trastorno de coagulación de la sangre
- ☐ COVID-19
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes (antes del embarazo)
- ☐ Exceso do 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 <u>DURANTE SU EMBARAZO</u>:

- ☐ 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 <u>prematuro</u> (antes de la semana 37):
(marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Llamar a mi proveedor de atención médica
- ☐ Ir al hospital si no puedo communicarme con mi provedor
- ☐ 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
- ○ 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 elproducto de tabaco/vapeó distinto de loscigarrillos 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 <u>dormir</u> sobre su:
(marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Espalda
- ☐ Costado
- ☐ Boca abajo

En casa, mi bebé <u>dormirá</u>:
(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