

Qué Cuidador/Adulto o Niño participó (Nombre del Cliente)?

Fecha de Actividad: ____/____/____

Fecha probable de parto: ____/____/____

Nueva Inscripción?

- Si
- No

Tipo de Visita:

- Prenatal
- Post-Natal

Preguntas de Seguimiento para la Visita Pre-Natal

Inició Cuidado Prenatal (PNC):

- 1er Trimestre
- 2do Trimestre
- 3er Trimestre
- No PNC iniciado

Cumplió con las citas PNC recomendadas después de iniciar el cuidado?

- Si
- No

Preguntas del Seguimiento para la Vista Post-Natal

Asistió por lo menos a una visita de cuidado postnatal (médica)?

- Si
- No

Fecha de nacimiento del bebé: ____/____/____

Edad gestacional del bebé al nacer (en semanas)

- <32 semanas
- 32-27 semanas
- >37 semanas

Parto Múltiple?

- Si
- No

El bebé hizo la visita de una-semana al pediatra/doctor?

- Si
- No

Fue el bebé colocado para adopción?

- Si
- No

Si el bebé fue colocado para adopción, fecha de colocación adoptiva:

____/____/____

Edad de la madre en el momento de la colocación adoptiva: _____

Muerte Fetal/infantil?

- Si
- No

En caso de Si, fecha de muerte: ____/____/____

Edad/Hora de la muerte?

- Aborto involuntario
- Muerte Fetal /Nació muerto
- <7 días
- 7-27 días
- 28-364 días

Indique el número de niños del cliente y de la pareja en la casa de edad < 1: _____

Indique el número de niños del cliente y de la pareja en la casa de 1-11: _____

Indique el número de niños del cliente y de la pareja en la casa de 12-22: _____

Servicios Directos Proporcionados: (Seleccione todo lo que aplique)

- Consejería/Servicios de Adopción
- Servicios de Abuso de Alcohol/Sustancias
- Servicios de Salud de Comportamiento
- Presupuesto
- Asistencia para Guarderías
- Información/Servicios de Protección Infantil
- Consejería, otro tipo no especificado
- Información/Servicios de Violencia Doméstica
- Educación
- Asistencia de Empleo
- Asistencia de Alimentos
- Información de Cobertura de Salud
- Asistencia de Vivienda
- Información sobre Continuación de Educación
- Bienes materiales
- Detección de depresión materna
- Apoyo para Padres
- Apoyo Prenatal
- Información de Salud Reproductiva/Planificación Familiar
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Asistencia de Transporte
- Asistencia de Utilidades
- Otro **Especificar otro servicio:**

Educación Proporcionada (complete solo si la educación fue proporcionada)

- Abuso de Alcohol/Sustancias
- Salud de Comportamiento (Aparte de la depresión Pos-parto)
- Lactancia materna
- Intimidación (Bullying)
- Recursos de guardería
- Desarrollo Infantil/Evaluación de desarrollo
- Información de protección infantil
- Seguridad/instalación del asiento del carro
- Continuación de Educación
- Count the Kicks
- Violencia Familiar
- Participación del Padre
- Asistencia de Alimentos
- Cobertura Médica/Elegibilidad para Medicaid
- Vacunas
- Atención al Infante
- Prevención de Lesiones/ Seguridad
- Parto /Nacimiento del niño
- Prevención del Plomo
- Factores de riesgo de estilo de vida/ exposición prenatal
- Señales de advertencia maternal
- Hogar Médico
- Nutrición
- Salud Oral
- Crianza de los hijos
- Trastornos perinatales del estado de ánimo y ansiedad.
- Cuidado Pos-parto
- Preconcepción/Interconcepción
- Cuidado Prenatal
- Trabajo de Parto Prematuro
- Salud Reproductiva/ Planeación Familiar
- Seguro al Dormir
- Dejar de Fumar /Exposición de segunda mano
- Recursos Estatales/locales
- Prevención del Suicidio
- Prevención de Embarazo en Adolescentes
- Transición
- Asistencia de Transporte
- Asistencia de servicios públicos
- Control de Peso
- Visita de Niño Sano
- Visita bien adolescente
- Mujer Sana
- WIC
- Otro **Especificar otra educación proporcionada:**

Se administro una herramienta de evaluación de riesgos para la salud? (Seleccione todas las que correspondan)

- EPDS
 - PHQ-9
 - PGQ-A
 - GAD-7
 - ASSIST
 - CRAFFT
 - AUDIT
 - DAST
 - Otro **Especificar otra educación:**
-
- N/A – No se administró ninguna herramienta de evaluación.

Cliente abandonó el programa por la siguiente razón:

- N/A-sigue participando
 - Completó Objetivos
 - Terminó la Participación del Cliente
 - Aborto espontáneo
 - Infante edad de 6 meses
 - Cliente ya no está en el área de servicio
 - Cliente no puede ser localizada
 - Otro. **Especificar otra razón:**
-

Fecha de Salida: ____/____/____

Necesita alguna referencia?

- Si (En caso de si, llene el formulario de referencia)
- No

Notas:
