

Nombre: _____

Nº. identificación de participante de BAM:

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

Instructor/es: _____

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

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

¿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

¿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

- ¿Alguna vez ha tenido un bebé que pesó menos de 5 lbs 8 oz?

- Sí
- No

- ¿Ha tenido más de un aborto espontáneo?

- Sí
- No

- ¿Ha tenido un bebé que no haya nacido vivo?

- Sí
- No

- ¿Ha tenido un bebé que haya fallecido durante su primer año de vida?

- Sí
- No

¿Tiene otros hijos viviendo en casa?

- Sí
- No

En caso afirmativo:

- Indique el número de hijos en el hogar menores de 1 año _____

- Indique el número de hijos en el hogar de 1 año a 11 años _____

- Indique el número de hijos en el hogar de 12 años a 22 años _____

Número de estos hijos que necesitan cuidados especiales: _____

¿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)
- Enfermedad cardíaca
- Presión arterial alta
- Enfermedad pulmonar/afección respiratoria
- Lupus/otra enfermedad autoinmune
- Obesidad
- 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:

- 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

Asisto a las visitas de atención prenatal programadas con mi proveedor de atención médica (médico o enfermera partera):

- 1 vez al mes
- Más de 1 vez al mes
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca he asistido a una visita de atención prenatal

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 puede asistir a las citas prenatales:

¿Cuál de las siguientes opciones son signos de un parto prematuro/parto?

(marque todas las opciones que apliquen)

- Hemorragia 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 (antes de las 37 semanas):

(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

En cada uno de los siguientes síntomas POSPARTO (señales de advertencia), marque la acción que sea la mejor o la más apropiada que debe tomar si experimenta este síntoma:

Sangrado que empapa una toalla femenina por hora o más

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Coágulos del tamaño de un huevo o más grandes

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Dolor en el pecho

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Enrojecimiento en la herida que se extiende a la piel alrededor de la herida o secreción turbia con mal olor

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Pierna enrojecida o hinchada, dolorosa o caliente al tacto

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Respiración obstruida o dificultad para respirar

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Temperatura de 100.4 °F o más

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Sudores nocturnos sin fiebre

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Dolor de cabeza que no mejora con medicamentos o dolor de cabeza intenso con cambios en la visión

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Convulsiones

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Sentimientos de depresión o poco interés en las cosas que solía disfrutar.

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Pensamientos de hacerse daño o hacerle daño a otra persona

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Sentirse fuera de contacto con la realidad (es posible que vea o escuche cosas que otras personas no ven)

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Necesidad de tomar una siesta

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada

- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)

- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Sentirse pesimista y sin esperanza

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Tener pensamientos atemorizantes y perturbadores que no desaparecen

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

Sentimientos de ansiedad intensa, que incluyen preocupaciones y miedos extremos

- Los síntomas son normales; no se necesita hacer nada
- Llame a su proveedor de atención médica (si no puede comunicarse con su proveedor de atención médica, vaya a un departamento de emergencias para una evaluación)
- Llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano para obtener ayuda inmediata

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

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
- 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 _____ cigarrillos al día.

- 0
- Menos de ½ cajetilla
- ½ cajetilla a una cajetilla completa
- Más de una cajetilla completa

En el último año, ¿con qué frecuencia ha consumido lo siguiente?

Alcohol: 4 o más vasos al día

- Nunca
- Una o dos veces
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente o casi diariamente

Cualquier producto de tabaco

- Nunca
- Una o dos veces
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente o casi diariamente

Medicamentos con receta **por razones no médicas**

- Nunca
- Una o dos veces
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente o casi diariamente

Drogas ilegales

- Nunca
- Una o dos veces
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente o casi diariamente

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

¿Un médico, enfermera u otro trabajador de la salud o educador de salud ha hecho alguna de las siguientes cosas? (marque todo lo que corresponda)

- Hablé conmigo sobre la vacuna contra COVID-19
- Me recomendó que me pusiera la vacuna contra COVID-19
- Me ofreció ponerme la vacuna contra COVID-19
- Me refirió a otro lugar para recibir la vacuna contra COVID-19

¿Ha recibido al menos una inyección o dosis de la vacuna contra COVID-19?

- No
- Sí

Si la respuesta es no, ¿cuál opción describe mejor sus razones para no recibir la vacuna contra COVID-19? (Marque todas las opciones que correspondan)

- La vacuna no estaba disponible o se agotó en mi área.
- No pude conseguir una cita o me pusieron en una lista de espera
- No tenía transporte para llegar a un centro de vacunación.
- El personal del sitio de vacunación no quiso ponerme la vacuna porque estaba embarazada.
- Me preocupaban los posibles efectos secundarios de la vacuna contra COVID-19 para mi bebé.
- Me preocupaban los posibles efectos secundarios de la vacuna contra COVID-19 para mí.
- Tengo una alergia o un problema de salud que me impidió recibir la vacuna.
- Mi médico o proveedor de atención médica me dijo que no me pusiera la vacuna.
- Ya tuve COVID-19.
- No tenía suficiente información sobre la vacuna para sentirme cómoda al recibirla.

- Me preocupaba que la vacuna contra COVID-19 se desarrolló demasiado rápido.
 - No pensé que la vacuna me protegería contra la COVID-19.
 - No pensé que la COVID-19 fuera una enfermedad grave.
 - No pensé que estuviera en riesgo de enfermarme de COVID-19.
 - Preferí usar mascarillas y otras precauciones en lugar de vacunarme.
 - No creo que las vacunas sean beneficiosas.
 - Mi pareja/persona(s) de apoyo no apoyan que me ponga la vacuna.
 - Otro motivo
- Por favor, indíquelo aquí:
-

Por su estado de vacunación, ¿algún médico, enfermero u otro trabajador de la salud o educador de salud ha hecho alguna de las siguientes cosas? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Habló conmigo sobre el refuerzo de la vacuna contra COVID-19.
- Me recomendó que me pusiera el refuerzo de la vacuna contra COVID-19.
- Me ofreció ponerme el refuerzo de la vacuna contra COVID-19.
- Me remitió a otro lugar para que recibiera el refuerzo de la vacuna contra COVID-19.
- Me dio el refuerzo de la vacuna contra COVID-19.
- No estoy vacunada contra COVID-19 y, por lo tanto, no soy elegible para el refuerzo.

¿En cuáles DOS de estas fuentes confía más para recibir información sobre la vacuna contra COVID-19? (marque dos respuestas)

- Mi médico, enfermera u otro proveedor de atención médica
 - Mi farmacéutico
 - Sitio web o informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
 - Sitio web o informes de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
 - Mi departamento de salud estatal o local
 - Visitador domiciliario u otro educador de salud
 - Clase de educación prenatal
 - Familiares o amigos
 - Mi pareja
 - Informes de noticias (como noticias de televisión o radio)
 - Sitios de redes sociales como Facebook
 - Sitios web sobre salud u otros temas
- Indíquenos cuáles sitios:

-
- Alguna otra fuente
- Por favor, indique cuál fuente:
-