

Nombre: _____

Nº. identificación de participante de BaM: _____

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

Resultados del Nacimiento del Infante

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____
(mm/dd/aaaa)

¿Cuál es el nombre del hospital donde tuvo su parto?

¿A qué edad gestacional nació su bebé?

- Menos de 32 semanas
- 32 a 36 semanas
- 37 a 38 semanas
- 39 semanas o más

¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

- Menos de 3 lbs 4 oz (1500 gramos)
- Más de 3 lbs 4 oz (1,500 gramos), pero menos de 5 lbs 8 oz (2,500 gramos)
- 5 lbs 8 oz o más

¿Fue un parto inducido? (es decir, su proveedor de atención médica provocó el trabajo de parto en vez de que sucediera de manera natural)

- Sí
- No

Si fue inducida, ¿cuál fue el motivo?

- Medicamento necesario (el médico lo ordenó/sugirió)
- Opcional (a solicitud de la madre)

¿Cómo nació su bebé?

- Parto vaginal
- Cesárea

Si fue por cesárea, ¿cuál fue el motivo?

- Medicamento necesario (el médico lo ordenó/sugirió)
- Opcional (a solicitud de la madre)

¿Ha tenido/programado la primera revisión de su bebé?

- Sí
- No

En caso negativo, ¿qué ha impedido que programe la primera revisión de su bebé?

- No tengo médico
- No tengo seguro ni manera de pagarlo
- No tengo transporte
- No hay guardería para mis otros hijos
- Otra respuesta

En caso de otra respuesta, describa el otro motivo:

¿Qué tipo de seguro tiene para su bebé?

- Seguro privado
- Medicaid (o lo ha solicitado)
- Tricare
- No tengo seguro
- Otra respuesta

Al nacer, ¿su bebé tuvo alguna afección/inquietud médica por lo que necesitó ser admitido a la NICU?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique las afecciones/inquietudes:

- COVID-19
- Inquietud sobre la alimentación o aumento de peso
- Cardiopatía
- Ictericia
- Bajo peso al nacer
- Bajo nivel de azúcar en la sangre
- Nacimiento prematuro
- Afección respiratoria
- Convulsiones u otra afección neurológica
- Otra respuesta

En caso de otra afección, especifique:

¿Actualmente está amamantando a su bebé?

- Sí
- No

En caso negativo, ¿alguna vez lo amamantó?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo amamantó?

- Solo mientras estaba en el hospital
- Menos de una semana
- Una a seis semanas
- Más de seis semanas

¿Cuál de estas opciones está usando?

- Solo la leche materna (senos o biberón)
- Leche materna y fórmula

¿La información que aprendió en clase cambió su opinión acerca de alguna de estas opciones? (marque todas las opciones que apliquen)

- Si debía amamantar
- Por cuánto tiempo amamantar
- Su seguridad para amamantar
- Ninguna de estas opciones

Pongo a mi bebé a dormir sobre su: (marque todas las opciones que apliquen)

- Espalda
- Costado
- Boca abajo

Acuesto a mi bebé a dormir: (marque todas las opciones que apliquen)

- En una cuna o cuna portátil
- En una cama de adulto o sofá o sillón reclinable conmigo
- En un asiento para automóvil/portabebé o mecedora o columpio

_____ hablado/hablar sobre Safe Sleep (sueño seguro) con los otros proveedores de atención de mi hijo (miembros de la familia, proveedores de cuidados infantiles, etc.)

- He
- Planeo
- No planeo

Si esta Tarjeta de Resultados del Nacimiento es para un bebé subsiguiente en un parto múltiple (es decir, el segundo de gemelos), por favor complete únicamente la sección de Resultados del Nacimiento del Infante arriba mencionada. La sección de Resultados Maternos debe completarse una sola vez, pero no es necesario completarla con cada bebé adicional.

Resultados maternos

¿Desarrolló alguna afección de salud durante su embarazo?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique las afecciones de salud que desarrolló:

- 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 condición de salud ha desarrollado?

¿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 POSPARTO.
- 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

¿Quién de los siguientes ha hablado con usted sobre las señales de advertencia POSPARTO (maternas)? (seleccione todas las que correspondan)

- Proveedor de atención prenatal (médico o partera)
 - Personal de enfermería en el consultorio de mi proveedor de atención prenatal
 - Visitante domiciliario
 - Instructora de clase prenatal
 - Personal de enfermería en el centro de maternidad en el que di a luz
 - Personal de WIC
 - Personal de planificación familiar
 - Doula
 - Otro educador de salud
 - No recibí esta información de nadie
 - Otro
- Si selecciona "Otro", explique:
-

¿Ha tenido/programado su primera revisión de posparto?

- Sí
- No, pero planeo hacerlo
- No planeo programar mi atención de posparto

¿A dónde acudirá/planea ir para recibir atención de posparto?

- Proveedor de atención médica privado
- Clínica de salud pública
- Proveedor militar
- Otra respuesta
- No recibe actualmente una atención de posparto

¿Le gustaría volver a embarazarse el próximo año?

- Sí
- No
- No estoy segura
- No importa

¿Ha hablado con su médico sobre las opciones para evitar un embarazo?

- Sí
- No

¿Está usando o planea usar algún método para evitar un embarazo?

- Sí
- No

¿Está tomando vitaminas prenatales o multivitamínicos que contienen ácido fólico?

- Todos los días
- 4-6 veces a la semana
- 1-3 veces a la semana
- No está tomando vitaminas

Actualmente fumo/vapeo _____.

- 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
- Vapeo o uso productos de tabaco que no sean cigarrillos en la siguiente cantidad (describa el producto que usa y cuánto usa):
