Kansas Department of Health and Environment

DAISEY

Formulario de Entrevista sobre Iniciativa de mantenimiento del embarazo (PMI)

PESTAÑA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

El cliente es un Cuidador/Adulto:

Nombre del cliente _____ **Fecha de actividad:** _____
(MM/DD/AAAA)

Domicilio del cliente: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Condado de residencia: _____ **Número de teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Cobertura de cuidado de la salud primaria:
- ○ Ninguna/Pago por cuenta propia
- ○ Seguro privado
- ○ Tricare
- ○ KanCare/Medicaid
- ○ CHIP
- ○ Medicare
- ○ Desconocida/No reportada

Cobertura de cuidado de la salud secundaria:
- ○ Ninguna/Pago por cuenta propia
- ○ Seguro privado
- ○ Tricare
- ○ KanCare/Medicaid
- ○ CHIP
- ○ Medicare
- ○ Desconocida/No reportada

Tamaño del grupo familiar: _____ **Ingresos anuales del grupo familiar: $** _____

¿El cliente tuvo una visita de una revisión médica de rutina durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)
- ○ No
- ○ Sí

¿Tiene usted un Hogar Médico?
- ○ No
- ○ Sí

Vaya a la pestaña Información de la visita

Formulario de Entrevista sobre Iniciativa de mantenimiento del embarazo (PMI)

PESTAÑA DE INFORMACIÓN DE LA VISITA

SÓLO CUIDADOR/ADULTO:

Programa:

- ☐ Iniciativa de mantenimiento del embarazo (PMI)

¿A usted le gustaría quedar embarazada (o a su pareja le gustaría que quede embarazada) el próximo año?

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No está segura
- ○ Le da igual
- ○ Actualmente embarazada

¿Tiene uno o más hijos?

- ○ No
- ○ Sí - **¿Tiene a alguien a quien recurrir para obtener apoyo diario en la crianza de los hijos?**
  - ○ No
  - ○ Sí

¿Está embarazada?

- ○ No - No estoy embarazada - **En el último año, ¿con qué frecuencia ha consumido:**

¿Alcohol? (Para los hombres, 5 o más tragos al día; para mujeres, 4 o más tragos al día.)

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

¿Tabaco, nicotina y/o productos para vapear?

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

¿Medicamentos con receta por motivos no médicos?

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

¿Drogas ilegales? (Incluida la marihuana)

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

¿Hay algún miembro de la familia que fume o utilice dispositivos de vapeo que contengan tabaco, nicotina u otras sustancias?

- ○ No
- ○ Sí

○ Sí, embarazada: **¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes sustancias desde que se enteró de que estaba embarazada?:**

¿Alcohol (desde que supo que estaba embarazada)?

- ○ Estoy consumiendo más alcohol.
- ○ Mi consumo de alcohol es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o la frecuencia del consumo de alcohol.
- ○ He dejado de consumir alcohol.
- ○ Nunca he consumido alcohol.

¿Tabaco, nicotina y/o productos para vapear (desde que supo que estaba embarazada?

- ○ Estoy consumiendo más tabaco, nicotina, y/o vapeo más.
- ○ Mi consumo de tabaco, nicotina, y/o el uso de dispositivos de vapeo es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o frecuencia de consumo de tabaco, nicotina, y/o uso de dispositivos de vapeo.
- ○ Yo dejé de consumir tabaco, nicotina, y/o productos de vapeo.
- ○ Yo nunca consumí tabaco, nicotina, y/o productos de vapeo.

¿Medicamentos con receta por motivos no médicos (desde que supo que estaba embarazada)?

- ○ Estoy consumiendo más medicamentos con receta.
- ○ Mi consumo de medicamentos con receta es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o la frecuencia de consumo de medicamentos con receta.
- ○ He dejado de consumir medicamentos con receta.
- ○ Nunca he consumido medicamentos con receta.

¿Drogas ilegales (desde que supo que estaba embarazada)?

- ○ Estoy consumiendo más drogas ilegales.
- ○ Mi consumo de drogas ilegales es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o la frecuencia de consumo de drogas ilegales.
- ○ He dejado de consumir drogas ilegales.
- ○ Nunca he consumido drogas ilegales.

¿Hay algún miembro de la familia que fume o utilice dispositivos de vapeo que contengan tabaco, nicotina u otras sustancias?

- ○ No
- ○ Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Poco interés en hacer las cosas.

- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Se sintió deprimida, desesperanzada o desanimada.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Se sintió nerviosa, ansiosa o inquieta
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Sin poder dejar de preocuparse.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

¿Tiene a alguien a quien recurrir para obtener apoyo en el día a día?
- ○ No
- ○ Sí

Ir a la pestaña PMI

Kansas Department of Health and Environment

DAISEY

Formulario de Entrevista sobre Iniciativa de mantenimiento del embarazo (PMI)

Pestaña PMI

La clienta está embarazada (visita prenatal)

¿Nueva inscrita? (Seleccione una opción)
- ○ Sí
- ○ No

¿Cuál es su fecha de parto? _____

Cuidados prenatales (PNC) iniciados: (Seleccione una opción)
- ○ Primer trimestre
- ○ Segundo trimestre
- ○ Tercer trimestre
- ○ No se inició ningún PNC

¿Cumplió con las citas de control prenatal recomendadas después de iniciar los cuidados? (Seleccionar una opción)
- ○ Sí
- ○ No

Durante este embarazo, ¿le realizaron pruebas de detección para lo siguiente (seleccione todas las opciones que correspondan)
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ No le han realizado pruebas de detección

Educación proporcionada (Complete solo si se proporcionó educación):
- ☐ Consejería/servicios de adopción
- ☐ Consumo de alcohol/drogas
- ☐ Salud del comportamiento (excepto trastornos del estado de ánimo perinatales y de ansiedad)
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Recursos para el cuidado infantil
- ☐ Desarrollo infantil/Evaluación del desarrollo
- ☐ Asiento de seguridad para el carro/instalación
- ☐ Continuación de la educación
- ☐ Count the Kicks
- ☐ Violencia familiar
- ☐ Participación del padre
- ☐ Asistencia alimentaria
- ☐ Cobertura de cuidado de la salud/Elegibilidad para Medicaid
- ☐ Navegación del sistema de cuidado de la salud
- ☐ Transición en el cuidado de la salud
- ☐ Vacunas
- ☐ Cuidados del bebé
- ☐ Prevención de lesiones/seguridad
- ☐ Trabajo de parto/Nacimiento del bebé
- ☐ Prevención sobre plomo
- ☐ Riesgo relacionado con factores del estilo de vida/exposiciones prenatales
- ☐ Señales de alerta materna
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Nutrición

- ☐ Salud bucal
- ☐ Crianza de los hijos
- ☐ Salud perinatal
- ☐ Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad perinatales
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Antes de la concepción/Entre embarazos
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Parto prematuro
- ☐ Salud reproductiva/Planificación familiar
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Dejar de fumar/Exposición al humo del tabaco de segunda mano
- ☐ Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud
- ☐ Recursos locales/estatales
- ☐ Prevención del suicidio
- ☐ Asistencia de transporte
- ☐ Asistencia para servicios públicos
- ☐ Control de peso
- ☐ Visita de revisión médica de rutina para adolescentes
- ☐ Visita de revisión médica de rutina para niños
- ☐ Visita de revisión médica de rutina para mujeres
- ☐ WIC
- ☐ Otros - **Especificar otra educación proporcionada:** _____

La clienta abandonó el programa por los siguientes motivos: (Seleccione una opción)

- ○ No corresponde- Sigue participando
- ○ Objetivos cumplidos
- ○ La clienta dio por terminada su participación.
- ○ Aborto espontáneo
- ○ Bebé de 6 meses de edad
- ○ La clienta abandonó el área de servicio.
- ○ No se puede localizar a la clienta.
- ○ Otros - **Especificar otros motivos:** _____

Fecha de salida: _____

Notas:

Ir a la pestaña Fin de la visita

Formulario de Entrevista sobre Iniciativa de mantenimiento del embarazo (PMI)

PESTAÑA PMI

La clienta NO está embarazada (Visita postnatal)

¿Nueva inscrita? (Seleccionar una opción)
- ○ Sí
- ○ No

Fecha de nacimiento del bebé: _____

¿Ha asistido a su visita postparto?
- ○ No
- ○ Sí - **Fecha de la visita postparto**: _____
- ○ Programada - **Fecha de la visita postparto:** _____

Durante y/o después del embarazo, ¿le realizaron las siguientes pruebas de detección? (Seleccione todas las que correspondan)
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ No le han realizado pruebas de detección

Método actual de alimentación del bebé:
- ○ Fórmula
- ○ Leche materna (lactancia materna/extracción de leche materna)
- ○ Ambos

¿Comenzó a darle el pecho al nacer?
- ○ No
- ○ Sí. **¿Durante cuánto tiempo le dio el pecho exclusivamente?**
  - ○ < 1 mes
  - ○ 1 mes
  - ○ 2 meses
  - ○ 3 meses
  - ○ 4 meses
  - ○ 5 meses
  - ○ 6 meses
  - ○ 7 meses
  - ○ 8 meses
  - ○ 9 meses
  - ○ 10 meses
  - ○ 11 meses
  - ○ 12 meses
  - ○ > 12 meses

Edad gestacional del bebé al nacer (en semanas) (Seleccione una opción)
- ○ < 32 semanas
- ○ 32-37 semanas
- ○ > 37 semanas

¿Qué tipo de parto tuvo?
- ○ Vaginal
- ○ Cesárea
- ○ Parto vaginal después de una cesárea (VBAC)

¿Parto múltiple? (mellizos/trillizos)
- ○ No
- ○ Sí

¿El bebé tuvo una visita al pediatra/médico una semana después de su nacimiento? (Seleccione una opción)
- ○ No
- ○ Sí

¿Bebé asignado en adopción? (Seleccionar una opción)
- ○ No
- ○ Sí - **Fecha de asignación en adopción:** _____

Edad de la madre en el momento de la adopción: _____

¿Muerte fetal/fallecimiento del bebé? (Seleccionar una opción)
- ○ No
- ○ Sí - **Fecha del fallecimiento:** _____

¿Edad/hora del fallecimiento? (Seleccionar una opción)
- ○ Aborto espontáneo
- ○ Muerte fetal/nacimiento de un feto muerto
- ○ < 7 días
- ○ 7-27 días
- ○ 28-364 días

Educación proporcionada (Complete solo si se proporcionó educación):
- ☐ Consejería/servicios de adopción
- ☐ Consumo de alcohol/drogas
- ☐ Salud del comportamiento (excepto trastornos del estado de ánimo perinatales y de ansiedad)
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Recursos para el cuidado infantil
- ☐ Desarrollo infantil/Evaluación del desarrollo
- ☐ Asiento de seguridad para el carro/instalación
- ☐ Continuación de la educación
- ☐ Count the Kicks
- ☐ Violencia familiar
- ☐ Participación del padre
- ☐ Asistencia alimentaria
- ☐ Cobertura de cuidado de la salud/Elegibilidad para Medicaid
- ☐ Navegación del sistema de cuidado de la salud
- ☐ Transición en el cuidado de la salud
- ☐ Vacunas
- ☐ Cuidados del bebé
- ☐ Prevención de lesiones/seguridad
- ☐ Trabajo de parto/Nacimiento del bebé
- ☐ Prevención sobre plomo
- ☐ Riesgo relacionado con factores del estilo de vida/exposiciones prenatales
- ☐ Señales de alerta materna
- ☐ Hogar Médico

- ☐ Nutrición
- ☐ Salud bucal
- ☐ Crianza de los hijos
- ☐ Salud perinatal
- ☐ Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad perinatales
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Antes de la concepción/Entre embarazos
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Parto prematuro
- ☐ Salud reproductiva/Planificación familiar
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Dejar de fumar/Exposición al humo del tabaco de segunda mano
- ☐ Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud
- ☐ Recursos locales/estatales
- ☐ Prevención del suicidio
- ☐ Asistencia de transporte
- ☐ Asistencia para servicios públicos
- ☐ Control de peso
- ☐ Visita de revisión médica de rutina para adolescentes
- ☐ Visita de revisión médica de rutina para niños
- ☐ Visita de revisión médica de rutina para mujeres
- ☐ WIC
- ☐ Otros - **Especificar otra educación proporcionada:** _____

La clienta abandonó el programa por los siguientes motivos: (Seleccione una opción)

- ○ No corresponde- Sigue participando
- ○ Objetivos cumplidos
- ○ La clienta dio por terminada su participación.
- ○ Aborto espontáneo
- ○ Bebé de 6 meses de edad
- ○ La clienta abandonó el área de servicio.
- ○ No se puede localizar a la clienta.
- ○ Otros - **Especificar otros motivos:** _____

Fecha de salida: _____

Notas:

Ir a la pestaña Fin de la visita

PESTAÑA DE FIN DE LA VISITA

¿Se realizaron derivaciones para esta visita? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Sin derivaciones
- ☐ Salud del comportamiento
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Evaluación del desarrollo
- ☐ Depresión
- ☐ Cuidados del bebé
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

¿Se administró alguna herramienta de detección de riesgos para la salud durante esta visita? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ No se administró ninguna prueba de detección
- ☐ ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias)
- ☐ CRAFFT-N (Prueba de detección de consumo de sustancias en adolescentes)
- ☐ EPDS (Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh)
- ☐ GAD-7 (Prueba de detección del trastorno de ansiedad generalizada)
- ☐ PHQ-A: Cuestionario de salud del paciente para adolescentes (depresión)
- ☐ PHQ-9 Cuestionario de salud del paciente (depresión)
- ☐ SDOH (Evaluación de los determinantes sociales de la salud)
- ☐ Otro – **Especifique otra herramienta de detección:** _____

Por favor, complete las herramientas de detección de riesgos indicadas.