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

SÓLO CUIDADOR/ADULTO:

Programa:

☐ Gestión de casos dirigida al embarazo adolescente (TPTCM)

¿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 TPTCM

PESTAÑA TPTCM

La clienta está embarazada (visita prenatal)

¿Nueva inscrita? (Seleccionar 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):
- ☐ Prenatal/Perinatal/Postparto
  - ☐ Cuidados prenatales
  - ☐ Salud perinatal
  - ☐ Cuidados postparto
  - ☐ Antes de la concepción/Entre embarazos
  - ☐ Parto prematuro
  - ☐ Count the Kicks
- ☐ Crianza/Cuidado de niños/Seguridad
  - ☐ Crianza de los hijos
  - ☐ Participación del padre
  - ☐ Cuidados del bebé
  - ☐ Desarrollo infantil/Evaluación del desarrollo
  - ☐ Recursos para el cuidado infantil
  - ☐ Sueño seguro
  - ☐ Asiento de seguridad para el carro/instalación
  - ☐ Prevención de lesiones/seguridad
  - ☐ Prevención sobre plomo
- ☐ Salud/Estilo de vida/Nutrición
  - ☐ Nutrición
  - ☐ Control de peso
  - ☐ Riesgo relacionado con factores del estilo de vida/exposiciones prenatales
  - ☐ Dejar de fumar/Exposición al humo del tabaco de segunda mano
  - ☐ Lactancia materna
  - ☐ Salud bucal

- ☐ Salud mental/salud del comportamiento
  - ☐ Salud mental/del comportamiento (excepto trastornos del estado de ánimo perinatales)
  - ☐ Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad perinatales
  - ☐ Consumo de alcohol/drogas
  - ☐ Prevención del suicidio
- ☐ Acceso al cuidado de la salud/Navegación del sistema de cuidado de la salud
  - ☐ Cobertura de cuidado de la salud/Elegibilidad para Medicaid
  - ☐ Navegación del sistema de cuidado de la salud
  - ☐ Transición en el cuidado de la salud
  - ☐ Hogar Médico
- ☐ Recursos/Asistencia
  - ☐ WIC
  - ☐ Asistencia alimentaria
  - ☐ Asistencia para servicios públicos
  - ☐ Asistencia de transporte
  - ☐ Recursos locales/estatales
  - ☐ Consejería/servicios de adopción
  - ☐ Continuación de la educación
- ☐ Cuidados preventivos/Revisión médica de rutina
  - ☐ Visita de revisión médica de rutina para adolescentes
  - ☐ Visita de revisión médica de rutina para niños
  - ☐ Visita de revisión médica de rutina para mujeres
  - ☐ Vacunas
  - ☐ Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud
- ☐ Salud reproductiva/Planificación familiar
- ☐ Otros - **Especificar otra educación proporcionada:** _____

Durante el programa, la clienta se inscribió en: (Seleccione una opción)

- ○ Escuela secundaria
- ○ Programa GED
- ○ Escuela Vocacional/Técnica
- ○ Universidad Comunitaria
- ○ Carrera universitaria o en universidad comunitaria de 4 años
- ○ No se inscribió

¿Hubo un segundo embarazo después de inscribirse en el programa? (Seleccione una opción)

- ○ No
- ○ Sí - **Fecha de embarazo reportada:** _____

¿La clienta completó su educación básica o alcanzó sus objetivos vocacionales antes del segundo embarazo?

- ○ No
- ○ Sí

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

- ○ Sigue participando en el programa.
- ○ Objetivos cumplidos
- ○ La clienta dio por terminada su participación.
- ○ Aborto espontáneo
- ○ Bebé de 12 meses de edad
- ○ La clienta abandonó/se mudó del área de servicio.
- ○ No se puede localizar a la clienta.
- ○ Otros - **Especificar otros motivos:** _____

Fecha de salida: _____

Comentarios/Notas:

Ir a la pestaña Fin de la visita

PESTAÑA TPTCM

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 el embarazo, ¿le realizaron las siguientes pruebas de detección? (seleccione todas las opciones 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? (Seleccionar 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/momento 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):
- ☐ Prenatal/Perinatal/Postparto
  - ☐ Cuidados prenatales
  - ☐ Salud perinatal
  - ☐ Cuidados postparto
  - ☐ Antes de la concepción/Entre embarazos
  - ☐ Parto prematuro
  - ☐ Count the Kicks
- ☐ Crianza/Cuidado de niños/Seguridad
  - ☐ Crianza de los hijos
  - ☐ Participación del padre
  - ☐ Cuidados del bebé
  - ☐ Desarrollo infantil/Evaluación del desarrollo
  - ☐ Recursos para el cuidado infantil
  - ☐ Sueño seguro
  - ☐ Asiento de seguridad para el carro/instalación
  - ☐ Prevención de lesiones/seguridad
  - ☐ Prevención sobre plomo
- ☐ Salud/Estilo de vida/Nutrición
  - ☐ Nutrición
  - ☐ Control de peso
  - ☐ Riesgo relacionado con factores del estilo de vida/exposiciones prenatales
  - ☐ Dejar de fumar/Exposición al humo del tabaco de segunda mano
  - ☐ Lactancia materna
  - ☐ Salud bucal
- ☐ Salud mental/salud del comportamiento
  - ☐ Salud mental/del comportamiento (excepto trastornos del estado de ánimo perinatales)
  - ☐ Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad perinatales
  - ☐ Consumo de alcohol/drogas
  - ☐ Prevención del suicidio

- ☐ Acceso al cuidado de la salud/Navegación del sistema de cuidado de la salud
  - ☐ Cobertura de cuidado de la salud/Elegibilidad para Medicaid
  - ☐ Navegación del sistema de cuidado de la salud
  - ☐ Transición en el cuidado de la salud
  - ☐ Hogar Médico
- ☐ Recursos/Asistencia
  - ☐ WIC
  - ☐ Asistencia alimentaria
  - ☐ Asistencia para servicios públicos
  - ☐ Asistencia de transporte
  - ☐ Recursos locales/estatales
  - ☐ Consejería/servicios de adopción
  - ☐ Continuación de la educación
- ☐ Cuidados preventivos/Revisión médica de rutina
  - ☐ Visita de revisión médica de rutina para adolescentes
  - ☐ Visita de revisión médica de rutina para niños
  - ☐ Visita de revisión médica de rutina para mujeres
  - ☐ Vacunas
  - ☐ Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud
- ☐ Salud reproductiva/Planificación familiar
- ☐ Otros - **Especificar otra educación proporcionada:** _____

¿Hubo un segundo embarazo después de inscribirse en el programa? (Seleccione una opción)

- ○ No
- ○ Sí - **Fecha de embarazo reportada:** _____

¿La clienta completó su educación básica o alcanzó sus objetivos vocacionales antes del segundo embarazo?

- ○ No
- ○ Sí

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

- ○ Sigue participando en el programa.
- ○ Objetivos cumplidos
- ○ La clienta dio por terminada su participación.
- ○ Aborto espontáneo
- ○ Bebé de 12 meses de edad
- ○ La clienta abandonó/se mudó del área de servicio.
- ○ No se puede localizar a la clienta.
- ○ Otros - **Especificar otros motivos:** _____

Fecha de salida: _____

Comentarios/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.