

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? (Omitir si no es un parto multiple)

- ☐ 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:

Número de niños en la familia que están al día con sus vacunas y Kan Be Healthy (EPSDT): ____

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 completó las clases de educación para padres?

- ☐ Si
- ☐ No

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

Durante la participación del programa, el cliente se inscribió en:

- ☐ Escuela Secundaria
- ☐ Programa GED
- ☐ Escuela Vocacional/Técnica
- ☐ Colegio de la Comunidad
- ☐ Colegio de 4-Años o Universidad
- ☐ Ninguno

Servicios de Protección Infantil (CPS) involucrados con el cliente?

- ☐ Si
- ☐ No

En caso de Si, fue la participación de CPS resuelta con la custodia de los niños retenidos por los padres?

- ☐ Si
- ☐ No

Segundo embarazo después de la inscripción en el programa?

- ☐ Si
- ☐ No

En caso de Si, fecha del embarazo reportado:

____/____/____

Completó el cliente la educación básica u objetivos vocacionales antes del 2^{do} embarazo?

- ☐ Si
- ☐ No

Cliente abandonó el programa por la siguiente razón:

- ☐ N/A-sigue participando
- ☐ Completó Objetivos
- ☐ El cliente discontinuó participación
- ☐ Aborto espontáneo
- ☐ Infante edad de 12 meses

- Cliente alcanzó la edad límite (21 años de edad)
- Cliente perdió la elegibilidad para Medicaid
- Cliente ya no está en el área de servicio
- Cliente no puede ser localizado
- Otro

Especificar otra razón:

Fecha de Salida: / /

Notes:

[illegible]