FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUANDO va DAR a LUZ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO de IDENTIFICACION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Note: Medical history and anthropometric information is available on OB-Medical History forms.)

(Note: Complete Diet Recall and weight gain grid at this time if not already completed.)

**Favor de responder las siguientes preguntas marcando con una  en el  o escribiendo en los espacios en blanco.** **STATUS**

1. ¿Qué idiomas habla usted?  inglés  español otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. L M H

2. ¿Qué idiomas lee usted?  inglés  español otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. L M H

3. ¿Cuántos años de escuela ha completado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años 3. L M H

4. ¿Tiene usted un trabajo?  sí  no ¿Qué tipo de trabajo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. L M H

5. ¿Tiene trabajo su pareja?  sí  no ¿Qué tipo de trabajo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. L M H

6. ¿Está usted llevando una dieta especial?  sí  no Si contestó “sí”, ¿indique qué tipo de dieta especial? 6. L M H

 para bajar de peso  baja en grasa/colesterol  baja en sal  para diabéticos

 otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. ¿Es usted vegetariana?  sí  no 7. L M H

Si contestó “sí”, ¿consume usted productos lácteos (queso, leche, yogurt) y/o huevos?  sí  no

8. ¿Es usted alérgica a algún alimento o existe algún alimento que evite comer?  sí  no 8. L M H

Si contestó “sí”, ¿cuáles son esos alimentos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. ¿Cuántas tazas, vasos o latas de los siguientes líquidos bebe usted diariamente? 9. L M H agua \_\_\_\_\_ leche \_\_\_\_\_ jugo \_\_\_\_\_ soda de dieta \_\_\_\_\_

refresco/”kool aid” \_\_\_\_\_ café \_\_\_\_\_ té \_\_\_\_\_ soda \_\_\_\_\_

10. ¿Cuántas veces al día come usted generalmente (incluyendo bocadillos)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10. L M H

11. Tiene usted: 11. L M H

náusea  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vómito  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mal apetito  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pérdida de peso  sí  no ¿Cuántas libras? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

diarrhea  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

estreñimiento  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acidez estomacal  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. ¿Qué remedios caseros, suplementos alimenticios y hierbas está usted tomando? 12. L M H

Ginseng/ ginsén  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ma Huang/ belcho (ephedra)  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manzanilla (camomile)  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hierbabuena (mint)  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Durante este embarazo, ¿ha comido usted lo siguiente? 13. L M H

maicena (cornstarch)  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

almidón  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tierra o barro  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

engrudo o yeso  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

escarcha del congelador  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Durante este embarazo, ¿está usted tomando lo siguiente? 14. L M H

aspirina  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

medicinas para resfriados/ catarros  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

medicinas para alergias/ sinusitis  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pastillas de dieta  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vitaminas prenatales  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

otras vitaminas  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pastillas de hierro  sí  no ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVIDER INFORMATION**:

Provider Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IEHP Provider Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**STATUS**

15. ¿Cómo planea usted alimentar a su nuevo bebé?  pecho  biberón ambos 15. L M H  no estoy segura

16. ¿Ha amamantado usted antes a un bebé?  sí  no 16. L M H

Si contestó “sí”, ¿por cuánto tiempo amamantó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. a. ¿Dónde está usted viviendo ahora?  casa  departamento  motel 17. L M H

 en la casa o departamento de un amigo(a)  carro  calle  otro

b. ¿Por cuánto tiempo ha vivido allí? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. ¿Cuántas personas viven con usted? 18. L M H  nadie  1-3 personas  4-6 personas  7 o más personas

¿Quién vive con usted?

 vivo sola  esposo/pareja  padres  suegros

 mis hijos  hijos ajenos  amigos(as)  otros familiares

¿Cuántos niños viven en su casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Cuando le preocupa algo, ¿con quién habla usted? 19. L M H  esposo/pareja  padres  abuelos  otros familiares

 amiga(o)  otra persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. ¿Tiene usted lo siguiente? (Indique con una  en el  si su respuesta es “sí”) 20. L M H  electricidad  agua caliente  refrigerador  estufa u horno

 transporte  teléfono  calefacción

21. Generalmente, ¿puede usted hacer lo siguiente? (Indique con una  en el  si su respuesta es “sí”) 21. 21. L M H

 comprar suficiente comida  pagar el alquiler  pagar otras cuentas

22. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas buscando un doctor o consiguiendo ayuda médica para usted 22. L M H

o su familia?  sí  no

Si contestó “sí”, favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. ¿Está usted inscrita en el programa WIC (programa para mujeres, infantes y niños)?  sí  no 23. L M H

24. ¿Tiene usted un asiento de seguridad para su bebé?  sí  no 24. L M H

25. ¿Usa usted los cinturones de seguridad de su carro?  sí  no 25. L M H

26. ¿Fue este embarazo planeado?  sí  no 26. L M H

27. ¿Cómo se siente el padre del bebé sobre este embarazo? 27. L M H

 no le importa  no sabe  molesto  feliz  triste

 otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. ¿Cómo se siente usted sobre este embarazo? 28. L M H

 no me importa  molesta  feliz  triste  otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. ¿Ha tenido usted alguna vez lo siguiente? 29. L M H

 aborto natural (malparto)  aborto provocado  parto de un feto muerto  muerte fetal

 muerte neonatal (de un recién nacido)  bebé prematuro

¿Cuándo sucedió? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué/quién la ayudó a afrontar esta situación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. ¿Tiene usted alguna costumbre tradicional, cultural o religiosa sobre el embarazo o el parto que quisiera 30. L M H

que respetemos?  sí  no

Si contestó “sí”, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Desde que usted se embarazó, ¿ ha estado teniendo o sintiendo lo siguiente? 31. L M H

(Indique con una en el  si su respuesta es “sí”)

 problemas para dormir  demasiada preocupación  llorando  depresión

 tristeza  ninguna  otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

32. ¿Está usted tomando medicina para los nervios?  sí  no Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 32. L M H

33. ¿Cuáles son los dos problemas en su vida que más le preocupan? 33. L M H 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

34. ¿Ha pensado, planeado o tratado usted alguna vez de hacerse daño?  sí  no 34. L M H

35. ¿Ha pensado, planeado o tratado usted alguna vez de hacerle daño a alguien más?  sí  no 35. L M H

36. Durante el transcurso del último año, ¿ha sido usted abofeteada, golpeada, pateada o lastimada 36. L M H

fisicamente por alguien?  sí  no

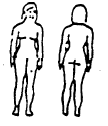
¿Por quién? (Marque todas las respuestas que correspondan)

 esposo/pareja  ex-esposo  padre/madre  padrastro/madrastra

 hermano(a)  desconocido  otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de veces que ha sido lastimada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**STATUS**



37. Indique en este dibujo el área del cuerpo donde usted ha sido lastimada: 37. L M H

38. ¿Por cuántos meses o años la ha lastimado a usted esta persona?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 38. L M H

39. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted por día? 39. L M H

 no fumo  menos de 1/2 cajetilla  1/2 cajetilla  1/2 - 1 cajetilla

 1-2 cajetillas  2-3 cajetillas  más de 3 cajetillas

40. ¿Vive usted con alguien que fuma?  sí  no 40. L M H

41. Marque todas las respuestas que correspondan:

a. ¿Usa el padre de su bebé drogas o bebidas alcohólicas?  sí  no 41a.L M H

¿Usan/usaron sus padres drogas o bebidas alcohólicas?  sí  no

¿Tiene/tuvo amigos que usan drogras o bebidas alcohólicas?  sí  no

b. ¿Cuáles drogras usó usted antes de este embarazo? 41b.L M H  cocaína  marihuana  metanfetaminas (speed)  PCP  heroína

 ninguna  otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. ¿Con qué frecuencia toma usted cerveza, vino, or licor? 41c.L M H

 diariamente  fines de semana  1-2 veces por mes  raramente o nunca

Desde que usted quedó embarazada ¿han cambiado sus hábitos de tomar bebidas alcohólicas?

 sí  no

Si contestó “sí”, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

42. ¿Ha recibido usted consejería sobre el VIH (SIDA) con el embarazo?  sí  no 42. L M H

43. Díganos sobre que temas usted ya sabe y sobre cuales le gustaría saber: 43. L M H

Me gustaría Me gustaría

Ya sé saber Ya sé saber

  El cuidado de un niño   Amamantando a un bebé

  Recorrido del hospital   Alimentación infantil

  El parto   El cuidado de un bebé

  Abuso sexual   Ejercicio

  Circuncisión   Dejando de fumar

  Abuso de substancias   Violencia en el hogar

  El crecimiento de un bebé   Enfermedades transmitidas sexualmente

  Guiando al niño en su   Cambios del cuerpo durante el embarazo comportamiento   Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Asiento de seguridad

  Señales de un parto prematuro

44. a. ¿De qué manera aprende usted mejor algo nuevo? (Marque todos las respuestas que correspondan) 44a.L M H

 leyendo  mirando un video  hablando cara a cara  yendo a clase

 dibujos o diagramas  demostración  otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. ¿Tiene usted algun problema de depresión, para oír, o para ver lo cual dificultaría el que 44b.L M H

pueda aprender cosas nuevas?  sí  no

Si contestó “sí”, favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

45. a. ¿Va ha tener usted algún problema para venir a las clases prenatales?  sí  no 45a.L M H

Si contestó “sí”, favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. ¿Quién le puede acompañar a las clases prenatales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 45b.L M H

46. Escriba una o dos cosas (metas) sobre las que quisiera enfocarse durante este embarazo? 46. L M H

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**If patient assisted by staff to complete assessment tool**

**Assessment Tool Completed by:**

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assessment Reviewed by:

Name (OB)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (H.E.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Nut.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Psych. Soc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2nd Trimester reassessment completed by:

Name (OB) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (H.E.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Nut.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Psych. Soc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3rd Trimester assessment completed by:

Name (OB) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (H.E.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Nut.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Psych. Soc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postpartum assessment completed by:

Name (OB) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (H.E.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Nut.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name (Psych. Soc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Copy Permission:

Riverside/San Bernardino County DOPH-CPSP Program