



# EXAMEN DE FACTORES DE RIESGO PRENATALES

Fecha de hoy (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Si no desea participar en el proceso de investigación, complete solamente la sección de información del paciente y firme a continuación:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PATIENT INFORMATION	Nombre: _____	Apellido _____	Inicial del 2 <sup>do</sup> Nombre _____	Número de Seguro Social: XXX-XX-____	Fecha nacimiento (m/d/a): _____	17. Edad: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <18	
	Domicilio (número/nombre de la calle, complejo de apartamentos): _____			Condado: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
	Cuidado prenatal está cubierto por: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado _____ <input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico <input type="checkbox"/> Otro _____			El mejor momento para contactarme es: _____	Número de Teléfono primario _____ Número de Teléfono secundario _____		

Por favor conteste las siguientes preguntas para determinar si algo en su vida podría afectar su salud o la salud de su bebé. Sus respuestas son confidenciales. Usted puede reunir los requisitos para recibir servicios gratuitos de los programas Healthy Start o Healthy Families, no importa cuál de su nivel de ingresos. (Completar en tinta).

	YES	NO	
1. ¿Completó la escuela secundaria o recibió un diploma de estudios generales (GED)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	11. ¿Cuál es su raza? Marque una o más opciones. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Negra <input type="checkbox"/> Otra _____
2. ¿Está casada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	12. Durante el último mes, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomó por semana? _____ bebidas <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> no bebió
3. ¿Viven en su hogar niños menores de 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Durante el último mes, ¿cuántos cigarrillos fumó por día? (cada paquete contiene 20 cigarrillos) _____ cigarrillos <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> no fumó
4. ¿Viven en su hogar niños con necesidades médicas o especiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Si se remonta a antes de quedar embarazada, ¿deseaba usted... <input type="checkbox"/> quedar embarazada ahora? <input type="checkbox"/> quedar embarazada más adelante? <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> no estar embarazada?
5. ¿Es este un buen momento para estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Es este su primer embarazo? <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, proporcione la fecha de terminación de su último embarazo : Date: (mes/año) _____
6. Durante el último mes, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanzas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	16. Marque las siguientes situaciones que le hayan ocurrido. <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Tuvo un bebé que nació sin vida <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Tuvo un bebé que nació 3 semanas o más antes de la fecha de parto prevista <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Tuvo un bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores
7. Durante el último mes, ¿se ha sentido sin apoyo al enfrentar a problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Alguna vez recibió consejería o servicios de salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Durante el último año, ¿ha intentado alguna persona conocida lastimarla o la ha amenazado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Tiene dificultades para pagar sus cuentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Yo autorizo el intercambio de mi información de salud entre el programa Healthy Start, los proveedores de Healthy Start, Healthy Start Coalitions, Healthy Families Florida, el WIC, el Departamento de Salud de Florida y mis proveedores de cuidados de la salud para los siguientes fines: prestación de servicios, pago de servicios, mejora de la calidad de los servicios o elegibilidad para el programa. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Coloque sus iniciales: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Yo también autorizo el intercambio de información de salud específica conforme se describió anteriormente, que incluye toda información con respecto a salud mental, tuberculosis, abuso de alcohol/drogas, enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA.

PROVIDER ONLY	LMP (mo/day/yr): _____	EDD (mo/day/yr): _____	18. Pre-Pregnancy: Wt: _____lbs. Height: _____ft. _____in. BMI: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> < 19.8 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> > 35.0
	Provider's Name: _____	Provider's ID: _____	19. Pregnancy Interval Less Than 18 Months? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Yes
	Provider's Phone Number: _____	Provider's County: _____	20. Trimester at 1st Prenatal Visit? _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2nd
	Healthy Start Screening Score: _____	Check One: <input type="checkbox"/> Referred to Healthy Start. If score <6, specify: _____ <input type="checkbox"/> Not Referred to Healthy Start.		
	Provider's/Interviewer's Signature and Title _____		Date (mo/day/yr) _____	