

**Qué Cuidador/Adulto o Niño participó (Nombre del Cliente)?**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Actividad:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha probable de parto:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nueva Inscripción? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Tipo de Visita: (Seleccione uno)**

- Prenatal
- Post-Natal

**Preguntas de Seguimiento para la Visita Pre-Natal**

**Inició Cuidado Prenatal (PNC): (Seleccione uno)**

- 1er Trimestre
- 2do Trimestre
- 3er Trimestre
- No PNC iniciado

**Cumplió con las citas PNC recomendadas después de iniciar el cuidado? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Preguntas del Seguimiento para la Vista Post-Natal**

**Asistió por lo menos a una visita de cuidado postnatal (médica)? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Fecha de nacimiento del bebé:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Edad gestacional del bebé al nacer (en semanas) (Seleccione uno)**

- <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? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Fue el bebé colocado para adopción? (Seleccione uno)**

- 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? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**En caso de Si, fecha de muerte:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Edad/Hora de la muerte? (Seleccione uno)**

- 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):** \_\_\_\_\_

**Le gustaría (y/o a su pareja) quedar embarazada el próximo año? (Seleccione uno)**

- Si
- No
- Cliente no está segura
- Cliente está bien de cualquier manera

**La cliente fuma? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Alguien más en el hogar fuma? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Utiliza el cliente otros productos de nicotina? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**El cliente toma alcohol o usa otras sustancias? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Servicios Directos Proporcionados: (Seleccione todo lo que aplique)**

- Consejería/Servicios de Adopción
- Servicios de Abuso de Alcohol/Substancias
- 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/ Planeación 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/Substancia
- Salud de Comportamiento (Aparte de la depresión Pos-parto)
- Lactancia
- Intimidación (Bullying)
- Desarrollo Infantil
- Seguridad/instalación del asiento del carro
- Violencia Familiar
- Participación del Padre
- Cobertura Médica/Elegibilidad para Medicaid
- Vacunas
- Atención al Infante
- Prevención de Lesiones/ Seguridad
- Parto /Nacimiento del niño
- Factores de riesgo de estilo de vida/ exposición prenatal
- Hogar Médico
- Nutrición
- Salud Oral
- Crianza de los hijos
- Cuidado Pos-parto
- Depresión 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
- Control de Peso
- Visita de Niño Sano

- Visita bien adolescente
- Mujer Sana
- Otro

**Especificar otra educación proporcionada:**

---

**Cliente completó las clases de educación para padres? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**En caso de Si, fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Durante la participación del programa, el cliente se inscribió en: (Seleccione uno)**

- 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? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**En caso de Si, fue la participación de CPS resuelta con la custodia de los niños retenidos por los padres? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Segundo embarazo después de la inscripción en el programa? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**En caso de Si, fecha del embarazo reportado:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Completó el cliente la educación básica u objetivos vocacionales antes del 2<sup>do</sup> embarazo? (Seleccione uno)**

- Si
- No

**Cliente abandonó el programa por la siguiente razón: (Seleccione uno)**

- N/A-sigue participando
- Completó Objetivos
- El cliente descontinuo participación
- Aborto espontáneo
- Infante edad de 12 mese
- Cliente alcanzó la edad límite (21 años de edad)
- Cliente perdió la elegibilidad para Medicaid
- Cliente dejó el área de servicio
- Cliente no puede ser localizado
- Otro

**Especificar otra razón:**

---

**Fecha de Salida:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_