

Nombre: _____

Nº. identificación de participante de BAM: _____

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Fecha de actividad: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

¿Cuál es el nombre del hospital donde tuvo su parto?

¿A qué edad gestacional nació su bebé?

- Menos de 32 semanas
- 32 a 36 semanas
- 37 a 38 semanas
- 39 semanas o más

¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

- Menos de 3 lbs 4 oz (1500 gramos)
- Más de 3 lbs 4 oz (1,500 gramos), pero menos de 5 lbs 8 oz (2,500 gramos)
- 5 lbs 8 oz o más

¿Fue un parto inducido? (es decir, su proveedor de atención médica provocó el trabajo de parto en vez de que sucediera de manera natural)

- Sí
- No

Si fue inducida, ¿cuál fue el motivo?

- Medicamento necesario (el médico lo ordenó/sugirió)
- Opcional (a solicitud de la madre)
- Otra respuesta
- No sabe

En caso de "otra respuesta", explique:

¿Cómo nació su bebé?

- Parto vaginal
- Cesárea

Si fue por cesárea, ¿cuál fue el motivo?

- Medicamento necesario (el médico lo ordenó/sugirió)
- Opcional (a solicitud de la madre)
- No sabe

¿Desarrolló alguna afección de salud durante su embarazo?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique las afecciones de salud que desarrolló:

- Anemia
- Ansiedad
- Colestasis (enfermedad hepática que se presenta a finales del embarazo)
- Depresión
- Eclampsia (presión arterial alta que provoca convulsiones)
- Diabetes gestacional
- Presión arterial alta
- Placenta previa
- Preeclampsia
- Parto prematuro (entró en trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación)
- Convulsiones (que no son provocadas por presión arterial alta)
- Trastorno o recaída del consumo de sustancias (incapacidad para controlar el consumo de fármacos legales o drogas, medicamentos, alcohol o nicotina)
- Otra respuesta

En caso de otra respuesta, ¿qué otra afección de salud desarrolló?

¿Ha tenido/programado su primera revisión de posparto?

- Sí
- No, pero planeo hacerlo
- No planeo programar mi atención de posparto

¿A dónde acudirá/planea ir para recibir atención de posparto?

- Proveedor de atención médica privado
- Clínica de salud pública
- Proveedor militar
- Otra respuesta
- No recibe actualmente una atención de posparto

¿Le gustaría volver a embarazarse el próximo año?

- Sí
- No
- No estoy segura
- No importa

¿Ha hablado con su médico sobre las opciones para evitar un embarazo?

- Sí
- No

¿Está usando o planea usar algún método para evitar un embarazo?

- Sí
- No

¿Qué método está usando/planea usar? (marque todas las opciones que apliquen)

- Diafragma
- DIU (dispositivo intrauterino)
- Píldora
- Planificación familiar natural
- Condón
- Inyección
- Implante en el brazo
- Ligadura de trompas/vasectomía
- No lo sé
- Nada
- Otra respuesta

En caso de otra respuesta, especifique el otro método anticonceptivo:

¿Está tomando vitaminas prenatales o multivitamínicos que contienen ácido fólico?

- Todos los días
- 4-6 veces a la semana
- 1-3 veces a la semana
- No está tomando vitaminas

Actualmente fumo _____ cigarrillos al día.

- 0
- Menos de ½ cajetilla
- ½ cajetilla a una cajetilla completa
- Más de una cajetilla completa

A continuación, se enumeran algunos aspectos sobre dejar de fumar que un médico, enfermera u otro trabajador de salud pudiera haber mencionado durante cualquiera de sus visitas de atención prenatal (si fumó durante su embarazo, marque todas las opciones que se le ofrecieron):

- Pasaron tiempo conmigo hablando sobre cómo dejar de fumar
- Sugirieron que fijara una fecha específica para dejar de fumar
- Sugirieron que asistiera a una clase o programa para dejar de fumar
- Me ofrecieron folletos, videos u otros materiales para ayudarme a dejar de fumar por mi cuenta
- Me refirieron a asesoría para ayudarme a dejar de fumar
- Preguntaron si un miembro de la familia o amigo apoyaría mi decisión de dejar de fumar
- Me refirieron a una línea de ayuda nacional o estatal para dejar de fumar (como KanQuit)
- Me recomendaron usar una goma de mascar de nicotina
- Me recomendaron usar un parche de nicotina
- Me recetaron un aerosol nasal de nicotina o un inhalador de nicotina

- Me recetaron una píldora como Zyban (también conocida como Wellbutrin o bupropion) para ayudarme a dejar de fumar
- Me recetaron una píldora como Chantix (también conocida como vareniclina) para ayudarme a dejar de fumar

¿Ha tenido/programado la primera revisión de su bebé?

- Sí
- No

En caso negativo, ¿qué ha impedido que programe la primera revisión de su bebé?

- No tengo médico
- No tengo seguro ni manera de pagarlo
- No tengo transporte
- No hay guardería para mis otros hijos
- Otra respuesta

En caso de otra respuesta, describa el otro motivo:

¿Qué tipo de seguro tiene para su bebé?

- Seguro privado
- Medicaid (o lo ha solicitado)
- Tricare
- No tengo seguro
- Otra respuesta

Al nacer, ¿su bebé tuvo alguna afección/inquietud médica por lo que necesitó ser admitido a la NICU?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique las afecciones/inquietudes:

- Inquietud sobre la alimentación o aumento de peso
- Cardiopatía
- Ictericia
- Bajo peso al nacer
- Bajo nivel de azúcar en la sangre
- Nacimiento prematuro
- Afección respiratoria
- Convulsiones u otra afección neurológica
- Otra respuesta

En caso de otra afección, especifique:

¿Actualmente está amamantando a su bebé?

- Sí
- No

En caso negativo, ¿alguna vez lo amamantó?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo amamantó?

- Solo mientras estaba en el hospital
- Menos de una semana
- Una a seis semanas
- Más de seis semanas

¿Cuál de estas opciones está usando?

- Solo la leche materna (senos o biberón)
- Leche materna y fórmula

¿La información que aprendió en clase cambió su opinión acerca de alguna de estas opciones? (marque todas las opciones que apliquen)

- Si debía amamantar
- Por cuánto tiempo amamantar
- Su seguridad para amamantar
- Ninguna de estas opciones

Pongo a mi bebé a dormir sobre su: (marque todas las opciones que apliquen)

- Espalda
- Costado
- Boca abajo

Acuesto a mi bebé a dormir: (marque todas las opciones que apliquen)

- En una cuna o cuna portátil
- En una cama de adulto o sofá o sillón reclinable conmigo
- En un asiento para automóvil/portabebé o mecedora o columpio

_____ hablado/hablar sobre Safe Sleep (sueño seguro) con los otros proveedores de atención de mi hijo (miembros de la familia, proveedores de cuidados infantiles, etc.)

- He
- Planeo
- No planeo

Servicios de guardería (p.ej., Childcare Aware Departamento de Salud, Childcare Licensing, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Servicios para el abuso de sustancias:

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Medicaid/KanCare (p. ej., solicitud o elegibilidad a especialista):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Indique si se ha comunicado o planea comunicarse con los siguientes recursos de la comunidad:

Visitas a domicilio de MCH (p. ej., visitas prenatales o de posparto en el hogar o en otro lugar por parte del Departamento de Salud o el personal del programa BaM o bien otros **Servicios del programa de visitas a domicilio:**

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Cesación de tabaquismo(es decir, KS Quitline, recursos locales, programas de cesación u otros recursos en línea):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Servicios de prevención de violencia doméstica:

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Servicios de salud mental (p. ej., Postpartum Support International, The Pregnancy & Postpartum Resource Center of KS, su proveedor de ginecología, agencias y/o servicios de asesoría locales, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Kansas Infant Death and SIDS Network (información sobre Safe Sleep [sueño seguro]; servicios por la pérdida de un bebé/luto, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Servicios de apoyo para amamantamiento (ayuda de personal de apoyo local para el amamantamiento, voluntarios o grupos de apoyo, La Leche League, etc.)

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Instalación del asiento del automóvil:

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Servicios para padres/infancia temprana (p. ej., Parents as Teachers, Early Head Start, otros programas locales para padres y servicios de apoyo, servicios de evaluación del desarrollo de bebés-niños pequeños, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Transporte (p. ej., pagado a través de proveedor de Medicaid, autobús u otros servicios de transporte local, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Vivienda (p. ej., albergue para indigentes, Sección 8, asistencia para la vivienda, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

Otros recursos para embarazos (p. ej., Text-4-Baby, Count the Kicks, otros servicios locales para embarazos o clases para partos, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

En caso de “otro recurso sobre el embarazo”, especifique:

Otro (p. ej., programa local de alimentos/recursos diferentes a WIC, recursos para pañales de tela, etc.):

- Me he comunicado con ellos
- Planeo comunicarme con ellos
- No planeo comunicarme con ellos

En caso de “otro” recurso de la comunidad, especifique:
