

Nombre: _____

Nº. identificación de participante de BAM: _____

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

Instructor/es: _____

Asistió a las sesiones grupales de Becoming a Mom/Comenzando bien®: (marque todas las opciones que apliquen)

- En persona
- A distancia (Skype, Zoom, FaceTime, etc.)

Si asistió a distancia, ¿qué opción describe su motivo por el cual asistió a distancia?

- Prefiero asistir a distancia
- Problemas de transporte
- Problemas para el cuidado de mis hijos
- COVID-19
- Otra respuesta

En caso de “otra respuesta”, describa:

¿Ha desarrollado alguna afección de salud hasta el momento en su embarazo?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique las afecciones de salud que ha desarrollado:

- 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 ha desarrollado hasta el momento en su embarazo?

¿Su proveedor de atención médica le informó que tiene un embarazo de “alto riesgo”?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique los motivos:

¿Está inscrita en el Programa WIC?

- Sí
- No

Asistió a las visitas de atención prenatal programadas con mi proveedor de atención médica (médico o enfermera partera):

- 1 vez al mes
- Más de 1 vez al mes
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca he asistido a una visita de atención prenatal

Lo siguiente algunas veces me impide asistir a mis citas prenatales: (marque todas las opciones que apliquen)

- Nada
- Guardería
- Transporte
- No tengo documentos
- No tengo proveedor de atención médica
- Me preocupa el pago
- Trabajo/escuela
- Otra respuesta

Especifique “otros” obstáculos por los que no pudo asistir a las citas prenatales:

Actualmente tomo vitaminas prenatales o multivitamínicos que contienen ácido fólico:

- Todos los días
- 4-6 veces a la semana
- 1-3 veces a la semana
- Nunca

¿Cuál de las siguientes opciones son signos de un parto prematuro/parto? (marque todas las opciones que apliquen)

- Hemorragia vaginal

- Aumento de presión vaginal o la sensación de que su bebé está empujando hacia abajo
- Dolor difuso en la parte baja de la espalda
- Calambres abdominales con o sin diarrea
- Calambres que se sienten como la menstruación
- Ninguna de las anteriores

Debo hacer lo siguiente si estoy teniendo un parto prematuro: (marque todas las opciones que apliquen)

- Llamar a mi proveedor de atención médica
- Interrumpir lo que estoy haciendo y descansar sobre mi lado izquierdo durante una hora
- Beber 2 a 3 vasos de agua o jugo
- Ninguna de las anteriores

Debo llamar a mi proveedor de atención médica si tengo los siguientes síntomas después del parto: (marque todas las opciones que apliquen)

- Hemorragia vaginal que llena por completo una toalla sanitaria por hora o más
- Coágulos de sangre del tamaño de una moneda de 25 centavos o más pequeño
- Coágulos de sangre del tamaño de un huevo o más grande
- Incisión está sensible al tacto o al moverme
- Incisión con enrojecimiento que se extiende a la piel alrededor de la incisión
- Incisión con drenado turbio de olor desagradable
- Incisión con una pequeña cantidad de drenado acuoso rosado
- Una pierna enrojecida o inflamada que es dolorosa o tibia al tacto
- Fiebre de 100.4 °F o más
- Sudores nocturnos sin fiebre
- Dolores de cabeza que se alivian con un analgésico
- Dolor de cabeza que no mejora con medicinas
- Dolor de cabeza fuerte con cambios en la visión
- Ira intensa, preocupación o descontento
- Cambios extremos en el estado de ánimo
- Dificultad para cuidar de mí misma o mi bebé
- Me siento abrumada, pero puedo cuidar de mí misma y de mi bebé
- Menor o poco interés en las cosas que solía disfrutar
- Necesito tomar siestas
- Tengo pensamientos aterrizantes o inquietantes que no desaparecen
- Tengo problemas para controlar mis emociones o las ganas de llorar
- Ninguna de las anteriores

Debo llamar al 911 si tengo los siguientes síntomas después del parto: (marque todas las opciones que apliquen)

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar o falta de aliento
- Convulsiones
- Pensamientos de hacerme daño a mí misma o a otra persona
- Me siento desprendida de la realidad, irreal o como si estuviera en un sueño
- Siento sospechas o miedo a las personas o eventos
- Veo, escucho o siento cosas que no son reales
- Confusión grave
- Ninguna de las anteriores

Si tengo depresión y/o ansiedad durante o después de mi embarazo, tengo _____ sobre los recursos disponibles en mi comunidad.

- Mucho conocimiento
- Conocimiento
- Un poco de conocimiento
- Nada de conocimiento

Si tengo depresión y/o ansiedad durante o después de mi embarazo, es _____ que hable con mi proveedor de atención médica y/o acceda a los recursos disponibles:

- Muy probable
- Probable
- Poco probable
- Nada probable

He hablado con mi proveedor de atención médica sobre los medicamentos que estoy tomando (recetados y/o de venta libre, herbolarios, etc.):

- Sí
- No
- N/A; no estoy tomando ningún medicamento

Si estoy considerando tomar medicamentos (recetados y/o de venta libre, herbolarios, etc.), es _____ que hable con mi proveedor de atención médica antes de tomarlos.

- Muy probable
- Probable
- Poco probable
- Nada probable

Camino o hago al menos 30 minutos de actividad física moderada y de bajo impacto _____ días a la semana.

- 0
- 1-3
- 4-6
- 7

Actualmente fumo ____ cigarrillos al día.

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

Es ____ que desarrolle un plan de parto y hable de él con mi proveedor de atención médica.

- Muy probable
- Probable
- Poco probable
- Nada probable

Un embarazo es de término completo cuando llega a las ____ semanas.

- 34-36
- 37-38
- 39-40

Los siguientes son los beneficios de un embarazo de término completo: (marque todas las opciones que apliquen)

- El desarrollo y crecimiento del cerebro del bebé
- El desarrollo y la madurez de los pulmones del bebé
- Es menos probable que sea admitido a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)
- Mejora la capacidad de amamantar

Lo siguiente es cierto sobre el amamantamiento: (marque todas las opciones que apliquen)

- Será menos probable que mi bebé tenga diabetes más adelante en su vida
- Disminuirá mi riesgo de padecer algunos tipos de cánceres
- El amamantamiento no debe ser doloroso
- La frecuencia con la que amamanto en las primeras 48 horas después del parto puede afectar mi capacidad de producir suficiente leche para mi bebé.

Es ____ que amamante a mi bebé.

- Muy probable
- Probable
- Poco probable
- Nada probable
- No estoy segura

Si tengo problemas para amamantar a mi bebé o si tengo dudas sobre cómo amamantar, conozco ____ recurso(s) disponible(s) en mi comunidad.

- Uno
- Más de uno
- No conozco ninguno

Me siento ____ de mi capacidad para amamantar.

- Muy segura
- Segura
- Poco segura
- Nada segura

Después del parto, planeo tomar vitaminas prenatales o multivitamínicos que contienen ácido fólico:

- Todos los días
- 4-6 veces a la semana
- 1-3 veces a la semana
- Nunca

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

- Espalda
- Costado
- Boca abajo

En casa, mi bebé dormirá: (marque todas las opciones que apliquen)

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

Es ____ que hable sobre Safe Sleep (sueño seguro) con los otros proveedores de atención de mi hijo (miembros de la familia, proveedores de cuidados infantiles, etc.).

- Muy probable
- Probable
- Poco probable
- Nada probable

Es ____ que hable con mi proveedor de atención médica durante mi atención prenatal acerca de los métodos para evitar un embarazo después del nacimiento de mi bebé:

- Muy probable
- Probable
- Poco probable
- Nada probable

¿Qué método planea utilizar/hablar con su proveedor de atención médica? (marque todas las opciones que apliquen)

- Diafragma
- Dispositivo intrauterino
- Píldora
- Planificación familiar natural

- Condón
- Inyección
- Implante en el brazo
- Ligadura de trompas/vasectomía
- No planeo hablar sobre esto con mi médico

Creo que hay _____ para mi salud y la salud de mi siguiente bebé si espero un mínimo de 18 meses antes volver a embarazarme.

- Un gran beneficio
- Un poco de beneficio
- Ningún beneficio

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

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 tratamiento por abuso de sustancias:

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

Medicaid/KanCare (elegibilidad, inscripción, etc.):

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

Cesación de tabaquismo(p. ej., KS Quitline, recursos locales, programas de cesación, 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 u otras agencias/servicios de asesoría en su comunidad):

- 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 para padres y servicios de apoyo en su comunidad, servicios o programas de evaluación del desarrollo, babybuffer.org, etc.):

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

Transporte (p. ej., servicios de autobuses de la comunidad, servicios de transporte a través de Medicaid, etc.):

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

Vivienda (p. ej., Sección 8, albergues, 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 para embarazos o clases sobre partos en su comunidad, 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 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:

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

¿Cómo fue su experiencia en general con el programa Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

Sentí una relación y el apoyo de las otras mujeres embarazadas en las clases.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Sentí una relación y el apoyo de mi maestro/instructor de la clase o líder del grupo.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

¿Qué tan difícil de entender fue la información en las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- Muy difícil
- Difícil
- Ni fácil ni difícil
- Fácil
- Muy fácil

¿Cuánta información nueva aprendió en el programa Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- Nada
- Un poco
- Mucha

El maestro/instructor de Becoming a Mom/Comenzando bien®: (marque todas las opciones que apliquen)

- Fue muy dinámico
- Fue muy aburrido
- No conocía bien los temas
- Me ayudó con mis problemas
- Me trató con respeto
- Me animó a hacer preguntas
- Fue difícil de entender
- Conocía bien los temas

¿Qué tan útil/valiosa fue la Sesión 1, la sesión sobre la atención prenatal (malestares comunes, atención prenatal, afecciones/complicaciones, parto prematuro, etc.)?

- Nada útil/valiosa
- Un poco útil/valiosa
- Algo útil/valiosa
- Muy útil/valiosa
- Extremadamente útil/valiosa
- No asistí

¿Qué tan útil/valiosa fue la Sesión 2, la sesión sobre la salud en el embarazo (medicamentos, evitar el alcohol, fumar, aumento de peso, dieta saludable y ejercicio, los efectos del estrés, ciertos alimentos, infecciones, exposiciones ambientales, etc.)?

- Nada útil/valiosa
- Un poco útil/valiosa
- Algo útil/valiosa
- Muy útil/valiosa
- Extremadamente útil/valiosa
- No asistí

¿Qué tan útil/valiosa fue la Sesión 3, la sesión sobre el parto y alumbramiento (parto prematuro, parto y alumbramiento, mecanismos de ayuda, plan de parto, etc.)?

- Nada útil/valiosa
- Un poco útil/valiosa
- Algo útil/valiosa
- Muy útil/valiosa
- Extremadamente útil/valiosa
- No asistí

¿Qué tan útil/valiosa fue la Sesión 4, la sesión sobre la alimentación del bebé (amamantamiento, alimentación con biberón, signos de hambre, etc.)?

- Nada útil/valiosa
- Un poco útil/valiosa
- Algo útil/valiosa
- Muy útil/valiosa
- Extremadamente útil/valiosa
- No asistí

¿Qué tan útil/valiosa fue la Sesión 5, la sesión sobre el cuidado del bebé (periodo del llanto púrpura, técnicas para tranquilizar al bebé, arropamiento seguro, reducción del riesgo de la muerte súbita infantil (SIDS)/sueño seguro, instalación del asiento del automóvil y otros temas de seguridad del bebé)?

- Nada útil/valiosa
- Un poco útil/valiosa
- Algo útil/valiosa
- Muy útil/valiosa
- Extremadamente útil/valiosa
- No asistí

¿Qué tan útil/valiosa fue la Sesión 6, la sesión sobre el cuidado del posparto (cambios físicos, cambios emocionales, mantenerse sana después del bebé, separación entre embarazos, opciones de planeación familiar, etc.)?

- Nada útil/valiosa
- Un poco útil/valiosa
- Algo útil/valiosa
- Muy útil/valiosa
- Extremadamente útil/valiosa
- No asistí

A continuación, proporcione cualquier comentario que pueda tener acerca del programa Becoming a Mom/Comenzando bien®:

Si asistió a cualquier sesión a distancia, responda las siguientes preguntas de evaluación:

¿Qué tipo de dispositivo electrónico utilizó para participar en las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- Teléfono móvil
- Tableta
- Computadora portátil
- Computadora de escritorio
- Computadora en un lugar público (p. ej., una biblioteca)

¿Qué tipo de servicio de Internet utilizó para conectarse a distancia a las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien®?

- Internet/datos del teléfono móvil
- Área local de cobertura
- Wi-Fi de casa
- Wi-Fi público

¿Qué dificultades tuvo con su participación a distancia? (marque todas las opciones que apliquen)

- Problemas con la conectividad de Wi-Fi (interrupciones en la conexión a Internet)
- Sin Wi-Fi en casa, tuve que usar la conexión de un amigo o familiares o el Wi-Fi público
- Interrupciones en el entorno familiar impidieron que me concentrara
- No me sentí tan relacionada con el instructor debido a mi participación a distancia
- No me sentí tan relacionada con las otras participantes debido a mi participación a distancia
- No tuve ninguna dificultad relacionada con la participación a distancia
- Otras dificultades

En caso de “otras dificultades”, describa:

¿Qué tan satisfecha está con su experiencia de asistir a las sesiones de Becoming a Mom/Comenzando bien® a distancia?

- Nada satisfecha
- Un poco satisfecha
- Algo satisfecha
- Muy satisfecha
- Extremadamente satisfecha

Me gustaría tener la oportunidad de participar en Becoming a Mom/Comenzando bien[®] y otros servicios útiles a distancia en el futuro

- Totalmente en desacuerdo
- Desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Proporcione cualquier comentario adicional que pudiera tener acerca de su participación a distancia en Becoming a Mom/Comenzando bien[®], incluido, de haberlo, qué puede mejorar su experiencia con el programa: