

Nombre: \_\_\_\_\_

Nº. identificación de participante de BAM: \_\_\_\_\_

Fecha de actividad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Instructor/es: \_\_\_\_\_

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

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

**¿Cómo se enteró de Becoming A Mom/Comenzando bien®? (marque todas las opciones que apliquen)**

- Familiar/amigo
- Centro de salud
- Hospital
- Escuela
- WIC
- Administrador de casos de KanCare
- Volante
- Otra respuesta

**¿Este es su primer embarazo?**

- Sí
- No

**En caso negativo:**

-¿Ha tenido antes un parto prematuro (la edad gestacional del bebé fue menos de 37 semanas)?

- Sí
- No

-En caso afirmativo, ¿fue un embarazo único, es decir, estaba embarazada de un solo bebé?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿el parto prematuro fue espontáneo, es decir, entró en trabajo de parto de manera natural?

- Sí
- No

- ¿Alguna vez ha tenido un bebé que pesó menos de 5 lbs 8 oz?

- Sí
- No

- ¿Ha tenido más de un aborto espontáneo?

- Sí
- No

- ¿Ha tenido un bebé que no haya nacido vivo?

- Sí
- No

- ¿Ha tenido un bebé que haya fallecido durante su primer año de vida?

- Sí
- No

**¿Tiene otros hijos viviendo en casa?**

- Sí
- No

**En caso afirmativo:**

- Indique el número de hijos en el hogar menores de 1 año \_\_\_\_\_
- Indique el número de hijos en el hogar de 1 año a 11 años \_\_\_\_\_
- Indique el número de hijos en el hogar de 12 años a 22 años \_\_\_\_\_

**Número de estos hijos que necesitan cuidados especiales: \_\_\_\_\_**

**¿Qué tan avanzado está su embarazo en este momento?**

- 1er trimestre (1 a 13 semanas)
- 2o trimestre (14 a 27 semanas)
- 3er trimestre (más de 28 semanas)

**¿Cuál es la fecha de su parto?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

**¿Ha tenido su primera cita prenatal?**

- Sí
- No

-En caso negativo, ¿ya programó su cita?

- Sí
- No

-En caso negativo, ¿cuál es el motivo por el que no ha programado su cita?

- No hay un proveedor disponible
- El proveedor no empezará su atención hasta más adelante (estoy en las primeras etapas del embarazo)
- No puedo faltar a la escuela o al trabajo
- No hay guardería disponible para mis otros hijos
- No tengo cobertura de seguro médico/no puedo pagarlo
- No tengo transporte
- Otra respuesta

En caso de "otra respuesta", describa:

---



---

**¿En qué trimestre comenzó a acudir con un proveedor de atención médica para este embarazo?**

- 1er trimestre (1 a 13 semanas)
- 2o trimestre (14 a 27 semanas)
- 3er trimestre (más de 28 semanas)

**¿Cuál es el nombre de su proveedor de atención médica/centro de salud?**

**¿Tenía alguna de las siguientes afecciones de salud antes del embarazo?**

- Anemia
- Ansiedad
- Asma
- Trastorno de coagulación de la sangre
- Depresión
- Diabetes (antes del embarazo)
- Enfermedad cardíaca
- Presión arterial alta
- Enfermedad pulmonar/afección respiratoria
- Lupus/otra enfermedad autoinmune
- Obesidad
- Convulsiones
- Anemia de células falciformes
- Trastorno de consumo de sustancias (incapacidad para controlar el consumo de fármacos legales o drogas, medicamentos, alcohol o nicotina)
- Enfermedad de la tiroides
- Otra respuesta
- Ninguna

**En caso de otra respuesta, ¿qué enfermedad tenía antes de su embarazo?**

---

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

- Sí
- No

**En caso afirmativo, indique las afecciones médicas 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

**Asisto 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 puede 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 (antes de las 37 semanas):**

(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 atemorizantes 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
- Algo 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
- Algo 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
- Algo 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
- Algo probable
- Nada probable
- No estoy segura

Si estoy teniendo 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
- Algo 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
- Algo 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 de volver a embarazarme.**

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