

Formulario de salud materno-infantil - Adulto/Cuidador

Identificación de la cliente	Nombre
Idioma principal hablado en casa: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	

Adulto participante/Cuidador

Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre	2.º trimestre	3.º trimestre	4.º trimestre
Trimestre inicial	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
¿Actualmente cuenta con un proveedor de atención primaria Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
En caso negativo, ¿le gustaría ser derivada con un proveedor de atención primaria? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
¿Ha contado con cobertura de seguro médico de manera continua durante los últimos 6 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Seguro médico (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro <input type="checkbox"/> Seguro privado/otro <input type="checkbox"/> Medicaid o CHIP <input type="checkbox"/> Usa los servicios de salud para indígenas (<i>Indian Health Services</i>) <input type="checkbox"/> <i>Tricare (militar)</i>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio

Trimestre inicial Fecha _____	2.º trimestre Fecha _____	3.º trimestre Fecha _____	4.º trimestre Fecha _____
Situación educativa: <input type="checkbox"/> <i>Inscrita actualmente en una escuela secundaria (preparatoria/bachillerato)</i> <input type="checkbox"/> <i>Cumple los requisitos para asistir a la escuela secundaria, pero no está inscrita</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos que diploma de escuela secundaria</i> <input type="checkbox"/> <i>Diploma de escuela secundaria</i> <input type="checkbox"/> <i>GED</i> <input type="checkbox"/> <i>Estudios universitarios/formación técnica incompletos</i> <input type="checkbox"/> <i>Certificado de formación técnica</i> <input type="checkbox"/> <i>Associate's Degree (Técnico superior universitario)</i> <input type="checkbox"/> <i>Bachelor's Degree (Licenciatura)</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Situación escolar <input type="checkbox"/> <i>Estudiante/practicante</i> <input type="checkbox"/> <i>No es estudiante/practicante</i>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Empleo <input type="checkbox"/> <i>Empleada a tiempo parcial</i> <input type="checkbox"/> <i>Empleada de tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> <i>Desempleada</i>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Estado civil <input type="checkbox"/> <i>Nunca se ha casado</i> <input type="checkbox"/> <i>Casada</i> <input type="checkbox"/> <i>Separada</i> <input type="checkbox"/> <i>Divorciada</i> <input type="checkbox"/> <i>Viuda</i> <input type="checkbox"/> <i>En unión libre (no casada)</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce/no se informó</i>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Situación de vivienda <input type="checkbox"/> <i>Posee o participa en la propiedad de una casa o departamento</i> <input type="checkbox"/> <i>Renta o comparte casa o departamento</i> <input type="checkbox"/> <i>Habita en una vivienda pública</i> <input type="checkbox"/> <i>Vive con el padre, la madre o un familiar</i> <input type="checkbox"/> <i>Otra modalidad de vivienda</i> <input type="checkbox"/> <i>Sin hogar y comparte vivienda</i> <input type="checkbox"/> <i>Sin hogar: de emergencia o en transición</i> <input type="checkbox"/> <i>Sin hogar: alguna otra modalidad</i>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio

Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre Trimestre inicial Fecha _____	2.º trimestre Fecha _____	3.º trimestre Fecha _____	4.º trimestre Fecha _____
Ingreso estimado anual de la familia proveniente de todas las fuentes: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Tamaño de la familia: seleccione un número entre las opciones que aparecen a continuación 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 o más <input type="checkbox"/> Nivel federal de pobreza (consulte la tabla siguiente) <input type="checkbox"/> 100-133 % <input type="checkbox"/> 201-250 % <input type="checkbox"/> 134-138 % <input type="checkbox"/> 251-300 % <input type="checkbox"/> 139-150 % <input type="checkbox"/> 301-400 % <input type="checkbox"/> 151-200 %	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Dé clic en este enlace, Poverty Guidelines ASPE (hhs.gov), para responder la sección anterior.			

Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre Trimestre inicial Fecha _____	2.º trimestre Fecha _____	3.º trimestre Fecha _____	4.º trimestre Fecha _____
Características de las grandes necesidades <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente <input type="checkbox"/> Menor con discapacidad/condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Padre/madre con discapacidad/condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Padre/madre con enfermedad mental <input type="checkbox"/> Bajo nivel educativo <input type="checkbox"/> Bajos ingresos <input type="checkbox"/> Se trata de una familia que inmigró hace poco o refugiada <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Tutor/en régimen de acogida ordenado por un tribunal <input type="checkbox"/> Sin vivienda o vivienda inestable <input type="checkbox"/> Padre/madre encarcelado/a(s) <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> Fallecimiento en la familia inmediata <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia de menores <input type="checkbox"/> Familia militar <input type="checkbox"/> ¿Le preocupa que se le acabe la comida antes de que tenga dinero para comprar más? <input type="checkbox"/> ¿La comida que compró no le duró y no tuvo dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca es cierto <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca es cierto	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca es cierto <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca es cierto	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca es cierto <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca es cierto
Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre Trimestre inicial Fecha _____	2.º trimestre Fecha _____	3.º trimestre Fecha _____	4.º trimestre Fecha _____
¿Usted o sus familiares consumen productos del tabaco o cigarrillos electrónicos en casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
En caso afirmativo, ¿desea que la derivemos para recibir asesoría para dejar el tabaco u a otros servicios relacionados con el consumo de tabaco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Marque la opción que corresponda: <input type="checkbox"/> No uso ni mastico tabaco o cigarrillos electrónicos <input type="checkbox"/> Menos de una cajetilla, mastica o cigarrillo electrónico <input type="checkbox"/> 1 cajetilla, mastica o cigarrillo electrónico <input type="checkbox"/> 2 o más cajetillas, mastica o cigarrillo electrónico	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Seleccione la opción que describa cuánto consume de alcohol: <input type="checkbox"/> No bebo alcohol <input type="checkbox"/> Menos de un vaso al día <input type="checkbox"/> Un vaso al día <input type="checkbox"/> Más de un vaso al día	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
En caso afirmativo, ¿desea que la derivamos con Alcohólicos Anónimos o a otros apoyos para recibir tratamiento por el consumo de alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Describa su uso de drogas recreativas/ilegales (como marihuana, cocaína, opiáceos, inhalantes, etc.) <input type="checkbox"/> No uso ningún tipo de droga <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día <input type="checkbox"/> Una o más veces al día	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
En caso afirmativo, ¿le gustaría ser derivada a tratamiento del abuso de sustancias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio

Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre		2.º trimestre	3.º trimestre	4.º trimestre
Trimestre inicial	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
¿Está embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
¿Cuál es la fecha estimada del parto?		Fecha:		
¿Ha recibido atención prenatal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó a recibir la atención prenatal? <input type="checkbox"/> Primer trimestre (del mes 0 al tercero) <input type="checkbox"/> Segundo trimestre (de los 4 a los 6 meses) <input type="checkbox"/> Tercer trimestre (7-9 meses)		<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
<input type="checkbox"/> ¿Se le han diagnosticado trastornos hipertensivos? (<i>hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia-eclampsia, hipertensión crónica con preeclampsia sobrevenida</i>) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio

Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre Trimestre inicial Fecha _____	2.º trimestre Fecha _____	3.º trimestre Fecha _____	4.º trimestre Fecha _____
<input type="checkbox"/> Durante el embarazo, ¿fumó algún cigarrillo, masticó tabaco o uso cigarrillos electrónicos? <input type="checkbox"/> Durante el embarazo, ¿bebió alcohol? <input type="checkbox"/> Durante el embarazo ¿usó alguna droga recreativa / ilegal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Si consumió sustancias durante el embarazo, ¿cuándo dejó de hacerlo (fecha)? _____	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
Durante el embarazo, ¿vivió algún evento significativo como un accidente o lesión, o dificultades en la familia como divorcio/separación o un fallecimiento en la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
¿Planeó o planea programar una cita para consulta después del parto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Sin cambio
En caso afirmativo, ¿cuándo es/fue la consulta posparto?			