COLORADO
Department of Health Care Policy & Financing

303 E. 17th Avenue
Denver, CO 80203

Formulario de evaluación psicosocial de Prenatal Plus

Actualizado en septiembre de 2023

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Medicaid #_____

Responda a las preguntas con sinceridad para que podamos ayudarle a que usted y su bebé gocen de buena salud durante su embarazo.

1. Cuando se enteró de que estaba embarazada, ¿cómo se sintió? (Marque la opción que más se ajuste a su situación)
   - ☐ Ya quería estar embarazada aún antes de saberlo.
   - ☐ Ya quería estar embarazada.
   - ☐ Quería quedarme embarazada después.
   - ☐ No quería estar embarazada ni en ese momento ni más adelante.

   Aclare sus respuestas en este campo:

2. ¿Qué le causa estrés?

3. Cuando se enfada, (marque todas las opciones que correspondan):
   - ☐ llora
   - ☐ piensa en las cosas positivas que tiene, mantiene la esperanza, reza, piensa: “Puedo lograrlo”
   - ☐ habla con alguien
   - ☐ se mece
   - ☐ lo ignora
   - ☐ intenta mantenerse ocupada (ver la televisión, escuchar música, leer, ir de compras)
   - ☐ se relaja
   - ☐ consume drogas
   - ☐ bebe alcohol
   - ☐ come
   - ☐ intenta comprender qué está pasando
   - ☐ fuma
   - ☐ sale a caminar
   - ☐ duerme
   - ☐ sueña despierta
   - ☐ pierde la calma
   - ☐ sale de fiesta
   - ☐ piensa en el futuro
   - ☐ se desquita con alguien
   - ☐ otro_____

   Aclare sus respuestas en este campo:

4. ¿Cuál considera que es su mejor cualidad? ¿Cuáles son sus fortalezas? ¿Qué diría la gente que le conoce que le gusta de usted?

5. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las opciones que correspondan)
   - ☐ Depresión
   - ☐ Ansiedad
   - ☐ Depresión posparto
   - ☐ Trastorno bipolar
   - ☐ Esquizofrenia
   - ☐ Otra

   Aclare sus respuestas en este campo:

   ¿Ha acudido a un terapeuta por alguna de las enfermedades anteriores?

   ◯ Sí ◯ No

   De ser así, ¿cuándo?

   ¿Durante cuánto tiempo?

   ¿Tomó medicamentos para alguna de las enfermedades anteriores?

   ◯ Sí ◯ No

   En caso de marcar “sí”, ¿qué tipo de medicamento?

   ¿Cuándo fue la última vez que lo tomó?

   ¿Quién lo recetó?

   ¿Fue hospitalizada por alguna de las enfermedades anteriores?

   ◯ Sí ◯ No

   De ser así, ¿cuándo?

   ¿Durante cuánto tiempo?

6. ¿Le preocupa la depresión posparto?

   ◯ Sí ◯ No

   Aclare sus respuestas en este campo:

7. ¿Tiene intenciones o planes de hacerse daño?

   ◯ Sí ◯ No

   Aclare sus respuestas en este campo:

8. ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño?

   ◯ Sí ◯ No

   En caso de marcar “sí”, ¿cómo y cuándo lo hizo?

9. ¿Tienes intenciones o planes de hacer daño a alguien más?

   ◯ Sí ◯ No

   Aclare sus respuestas en este campo:

10. ¿En repetidas ocasiones le han menospreciado o herido emocionalmente?

    ◯ Sí ◯ No

    En caso de marcar “sí”, ¿cuándo?

11. ¿Ha recibido o recibe golpes, bofetadas, patadas, empujones o cualquier otro tipo de agresión física?

    ◯ Sí ◯ No

    En caso de marcar “sí”, ¿cuándo?

12. ¿Ha sido o es víctima de tocamientos incómodos o le han obligado a tener contacto sexual?

    ◯ Sí ◯ No

    En caso de marcar “sí”, ¿cuándo?

13. ¿Alguien de su entorno le humilla, amenaza o atemoriza?

    ◯ Sí ◯ No

    En caso de marcar “sí”, ¿quién?

14. ¿Qué tan segura se siente con la forma en la que vive?
    - ☐ Muy segura
    - ☐ Algo segura
    - ☐ Muy insegura
    - ☐ No sé exactamente qué tan segura me siento

    Aclare sus respuestas en este campo:

15. ¿Ha tenido alguna vez problemas con la justicia (tribunal de menores, libertad condicional, cárcel, libertad provisional)?

    ◯ Sí ◯ No

    En caso de marcar “sí”, ¿cuándo?

16. Ha estado alguna vez en el sistema de hogares de acogida?

    ◯ Sí ◯ No

    En caso de marcar “sí”, ¿cuándo?