COLORADO
Department of Health Care Policy & Financing

303 E. 17th Avenue
Denver, CO 80203

Formulario de admisión de Prenatal Plus

Actualizado en septiembre de 2023

Nombre del miembro _____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____
FPP _____/_____/_____ Fecha de inscripción _____/_____/_____
Semanas de gestación al momento de la inscripción _____
Número de Medicaid _____
Pronombres _____

El miembro de Medicaid corre el riesgo de sufrir problemas de salud materna o infantil como consecuencia de al menos uno (1) de los siguientes factores (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Antecedentes de recién nacidos con bajo peso
- ☐ Concepción antes de los 18 años o a los 18 años
- ☐ Concepción después de los 35 años
- ☐ Consumo actual o reciente de alcohol
- ☐ Consumo actual o reciente de drogas ilegales
- ☐ Consumo actual o reciente de tabaco
- ☐ IMC antes del embarazo inferior a 18.5 kg/m^2
- ☐ IMC antes del embarazo superior o igual a 30 kg/m^2
- ☐ Parto reciente (en los últimos 12 meses)
- ☐ Aumento inadecuado de peso durante el embarazo
- ☐ Nivel educativo no apropiado para la edad
- ☐ Familia monoparental
- ☐ Discapacidad intelectual o de desarrollo
- ☐ Embarazo no deseado o sentimientos no resueltos con respecto al embarazo
- ☐ Pérdida de embarazo
- ☐ Antecedentes o trastornos mentales, incluida la depresión
- ☐ Antecedentes o situación actual de violencia doméstica
- ☐ Antecedentes de abusos en la infancia
- ☐ Reclusión en prisión en el último año, en libertad condicional o condena por delito grave en los últimos 2 a 5 años
- ☐ Sin hogar en los últimos 12 meses
- ☐ Ingreso en EE. UU. como refugiado o asilado político en los últimos 6 meses
- ☐ Inglés como segundo idioma o residencia en un hogar donde el inglés no es el idioma principal

El miembro de Medicaid corre el riesgo de sufrir problemas de salud materna o infantil como consecuencia de al menos dos (2) de los siguientes factores en los últimos doce meses (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Ha perdido a una persona muy cercana.
- ☐ Su pareja ha ido a la cárcel.
- ☐ Una persona muy cercana ha tenido problemas de consumo de drogas o alcohol.

- ☐ Un familiar cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ser hospitalizado.
- ☐ Se ha separado o divorciado de su pareja.
- ☐ Se ha mudado a una nueva dirección en los últimos 12 meses.
- ☐ Su pareja se ha quedado sin trabajo.
- ☐ Se ha quedado sin trabajo.
- ☐ Discutía con su pareja más de lo habitual.
- ☐ Su pareja dijo que no quería que quedara embarazada.
- ☐ Tenía muchas facturas que no podía pagar.
- ☐ Tuvo una pelea física.
- ☐ No cuenta con apoyo social.

_____ factores de estrés en total en los últimos 12 meses

****Finalice el formulario en esta sección si el miembro no reúne los requisitos para acceder al programa.**

Formulario de admisión de Prenatal Plus

Actualizado en septiembre de 2023

Nombre del miembro _____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____
FPP _____/_____/_____ Fecha de inscripción _____/_____/_____
Semanas de gestación al momento de la inscripción _____
Número de Medicaid _____
Pronombres _____

Alimentación y ejercicio

1. Durante este embarazo, ¿ha presentado náuseas o vómitos intensos o a diario?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

2. ¿Tiene algún problema que le dificulte comer o beber?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar “sí”, ¿cuál es el problema?

3. Si ya ha estado embarazada, ¿cuánto peso ganó en cada embarazo?

4. ¿Hace ejercicio?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar “sí”, ¿qué ejercicios realiza y con qué frecuencia?

5. ¿Sigue alguna dieta especial, como baja en calorías, baja en sal, baja en carbohidratos o para diabéticos?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar “sí”, ¿por qué la sigue?

6. ¿Come o tiene antojo de productos no alimentarios como arcilla, almidón de lavandería, trozos de pintura, papel, tierra o hielo?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar “sí”, ¿de qué tiene antojo o qué come, en qué cantidad y con qué frecuencia?

7. ¿Se ha quedado alguna vez sin comida?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

8. ¿Cree que ahora tiene suficiente comida?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

9. ¿Alguna vez ha pensado o le han dicho que tenía anorexia o bulimia?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

Fuentes de ingreso

1. ¿Actualmente trabaja?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

2. ¿Recibe o desea recibir alguno de los siguientes servicios?
   - ☐ Medicaid
   - ☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
   - ☐ Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC)
   - ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Objetivos educativos y profesionales

1. ¿Actualmente asiste a la escuela?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar “no”, ¿cuál fue su último grado? _____

2. ¿Le han dicho que tiene alguna discapacidad intelectual, de aprendizaje o de desarrollo?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

3. Si en la pregunta 2 marcó “sí”, ¿desea ayuda para encontrar recursos específicos para su(s) discapacidad(es)?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No corresponde

4. ¿Piensa trabajar o ir a la escuela después del nacimiento del bebé?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No corresponde

Apoyo social

¿De quiénes recibe apoyo? (por ejemplo, pareja, padres, iglesia, comadrona, amigos, compañeros de trabajo, otros familiares)

Condiciones de vida y transporte

1. ¿Qué medios de transporte utiliza? _____

2. ¿Dónde vive?
   - ☐ Departamento
   - ☐ Casa
   - ☐ Refugio
   - ☐ Sin vivienda
   - ☐ Otro _____

3. ¿Alguien más vive con usted?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar "sí", brinde la siguiente información:

Nombre	Edad	Parentesco

4. ¿Tiene otros hijos que no vivan con usted?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar "sí", ¿dónde viven?

5. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses?

6. ¿Considera que su situación actual de vivienda es adecuada y segura?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

Esta sección puede omitirse si el paciente ha completado una herramienta validada de detección de consumo de sustancias.

Responda a las preguntas con sinceridad para que podamos brindarle la mejor atención posible a usted y a su bebé.

¿Usted...	Antes del embarazo	Después de quedar embarazada
1. fuma cigarrillos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En caso de marcar "sí", ¿cuántos por día?		
2. consume tabaco masticable?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
3. usa cigarrillos electrónicos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

4. ¿Alguien que vive con usted fuma? ¿O se encuentra cerca de personas que fuman?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

5. Si actualmente fuma o ha consumido tabaco recientemente, marque la opción que más se ajuste a su situación:
   - ☐ No quiero dejar de hacerlo.
   - ☐ He pensado en dejar de hacerlo, pero todavía no puedo.
   - ☐ Quiero dejar de hacerlo pronto.
   - ☐ Hace poco dejé de fumar.
   - ☐ Dejé de fumar, pero he vuelto a hacerlo.
   - ☐ Dejé de fumar y no volveré a hacerlo.
   - ☐ No corresponde

6. ¿Cuántas veces en el último año ha consumido una droga ilegal o ha utilizado un medicamento con receta por razones no médicas (por ejemplo, por la experiencia o sensación que le produce)?

En las siguientes preguntas, una bebida equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 4 onzas o un trago de 1 onza de licor fuerte.

7. ¿Cuándo fue la última vez que tomó una bebida?
   - ☐ Esta semana
   - ☐ La semana pasada
   - ☐ El mes pasado
   - ☐ Hace meses
   - ☐ Nunca

8. ¿Cuántas bebidas necesita tomar para sentir los efectos del alcohol?

9. ¿Ha recibido tratamiento por problemas con el alcohol?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   En caso de marcar "sí", ¿cuándo?___

10. ¿Desea ayuda para dejar de beber alcohol durante el embarazo o la lactancia?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

11. ¿Con qué frecuencia consume cannabis?
    - ☐ Nunca
    - ☐ Mensualmente o con menor frecuencia
    - ☐ De 2 a 4 veces por mes
    - ☐ De 2 a 3 veces por semana
    - ☐ 4 o más veces por semana

12. En caso de consumir cannabis, ¿cuándo fue la última vez que lo hizo?
    - ☐ Esta semana
    - ☐ La semana pasada
    - ☐ El mes pasado
    - ☐ Hace meses
    - ☐ Nunca

13. ¿Ha pensado alguna vez en reducir o suspender el consumo de cannabis?
    - ☐ Nunca
    - ☐ Sí, pero no en los últimos seis meses
    - ☐ Sí, en los últimos seis meses

14. ¿Desea ayuda para disminuir su consumo de sustancias (incluido el cannabis) durante o después del embarazo?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

15. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por problemas con drogas o sustancias ilícitas?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

    En caso de marcar "sí", ¿cuándo?____

16. ¿Alguien que vive con usted tiene problemas de consumo de drogas o alcohol?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

    La sobredosis involuntaria de opioides es una de las principales causas de mortalidad materna. ¿Aceptaría una receta de Naloxona para guardarla en su botiquín en caso de que usted o alguien que conozca necesite revertir una sobredosis?
    - ☐ Sí
    - ☐ No

Recursos

El Programa Prenatal Plus le ofrece información útil durante su embarazo. Marque los temas sobre los que desee obtener más información:

- ☐ Lactancia y otras opciones de alimentación infantil
- ☐ Alimentación
- ☐ Ejercicio
- ☐ Ayuda para obtener alimentos
- ☐ Opciones de trabajo
- ☐ Recursos para ropa, muebles para bebés, etc.
- ☐ Ayuda financiera
- ☐ Recursos para la escuela/GED
- ☐ Vivienda o refugio
- ☐ Recursos de calefacción para el hogar
- ☐ Asesoramiento
- ☐ Cómo llevarse bien con la pareja o la familia
- ☐ Cómo prevenir que un bebé nazca antes de tiempo o con bajo peso
- ☐ Cómo cuidar de sí mismo y del bebé después de llegar a casa
- ☐ Depresión o ansiedad posparto
- ☐ Cómo dejar de fumar

- ☐ Humo de segunda mano
- ☐ Cómo reducir o suspender el consumo de drogas o alcohol
- ☐ Cómo afrontar los cambios durante el embarazo
- ☐ Crecimiento y desarrollo del bebé
- ☐ Crianza
- ☐ Clases de preparación para el momento de nacimiento
- ☐ Trabajo de parto y parto
- ☐ Métodos anticonceptivos
- ☐ Guardería
- ☐ Otro___

Acepto participar en el Programa Prenatal Plus de_____.
(Nombre de la agencia)

Firma del miembro: _____

Fecha en que se completó el formulario: _____

Firma del coordinador de atención:
_____

Fecha de revisión: _____