

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
INITIAL PERINATAL RISK ASSESSMENT

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ CUANDO va DAR a LUZ _____

NUMERO de IDENTIFICACION _____

(Note: Medical history and anthropometric information is available on OB-Medical History forms.)

(Note: Complete Diet Recall and weight gain grid at this time if not already completed.)

Favor de responder las siguientes preguntas marcando con una \checkmark en el o escribiendo en los espacios en blanco.**STATUS**

<p>1. ¿Qué idiomas habla usted? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español otros _____</p>	1. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>2. ¿Qué idiomas lee usted? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español otros _____</p>	2. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>3. ¿Cuántos años de escuela ha completado? _____ años</p>	3. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>4. ¿Tiene usted un trabajo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Qué tipo de trabajo? _____</p>	4. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>5. ¿Tiene trabajo su pareja? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Qué tipo de trabajo? _____</p>	5. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>6. ¿Está usted llevando una dieta especial? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó "sí", ¿indique qué tipo de dieta especial? <input type="checkbox"/> para bajar de peso <input type="checkbox"/> baja en grasa/colesterol <input type="checkbox"/> baja en sal <input type="checkbox"/> para diabéticos <input type="checkbox"/> otra _____</p>	6. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>7. ¿Es usted vegetariana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó "sí", ¿consume usted productos lácteos (queso, leche, yogurt) y/o huevos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>	7. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>8. ¿Es usted alérgica a algún alimento o existe algún alimento que evite comer? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó "sí", ¿cuáles son esos alimentos? _____</p>	8. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>9. ¿Cuántas tazas, vasos o latas de los siguientes líquidos bebe usted diariamente? agua _____ leche _____ jugo _____ soda de dieta _____ refresco/"kool aid" _____ café _____ té _____ soda _____</p>	9. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>10. ¿Cuántas veces al día come usted generalmente (incluyendo bocadillos)? _____</p>	10. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>11. Tiene usted: náusea <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ vómito <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ mal apetito <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ pérdida de peso <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Cuántas libras? _____ diarrea <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ estreñimiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ acidez estomacal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> otro _____</p>	11. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>12. ¿Qué remedios caseros, suplementos alimenticios y hierbas está usted tomando? Ginseng/ ginsén <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ Ma Huang/ belcho (ephedra) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ Manzanilla (camomile) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ Hierbabuena (mint) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> otro _____</p>	12. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>13. Durante este embarazo, ¿ha comido usted lo siguiente? maicena (cornstarch) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ almidón <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ tierra o barro <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ engrudo o yeso <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ escarcha del congelador <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> otro _____</p>	13. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
<p>14. Durante este embarazo, ¿está usted tomando lo siguiente? aspirina <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ medicinas para resfriados/ catarros <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ medicinas para alergias/ sinusitis <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ pastillas de dieta <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ vitaminas prenatales <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ otras vitaminas <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ pastillas de hierro <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> otro _____</p>	14. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
INITIAL PERINATAL RISK ASSESSMENT
PROVIDER INFORMATION:

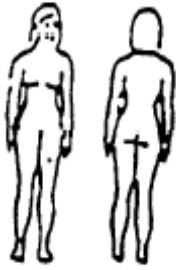
Provider Name: _____

IEHP Provider Number: _____

	STATUS
15. ¿Cómo planea usted alimentar a su nuevo bebé? <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> biberón <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> no estoy segura	15. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
16. ¿Ha amamantado usted antes a un bebé? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	16. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
17. a. ¿Dónde está usted viviendo ahora? <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> departamento <input type="checkbox"/> motel <input type="checkbox"/> en la casa o departamento de un amigo(a) <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> calle <input type="checkbox"/> otro	17. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
b. ¿Por cuánto tiempo ha vivido allí? _____	
18. ¿Cuántas personas viven con usted? <input type="checkbox"/> nadie <input type="checkbox"/> 1-3 personas <input type="checkbox"/> 4-6 personas <input type="checkbox"/> 7 o más personas	18. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
¿Quién vive con usted? <input type="checkbox"/> vivo sola <input type="checkbox"/> esposo/pareja <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> suegros <input type="checkbox"/> mis hijos <input type="checkbox"/> hijos ajenos <input type="checkbox"/> amigos(as) <input type="checkbox"/> otros familiares	
19. ¿Cuántos niños viven en su casa? _____ Cuando le preocupa algo, ¿con quién habla usted? <input type="checkbox"/> esposo/pareja <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> abuelos <input type="checkbox"/> otros familiares <input type="checkbox"/> amiga(o) <input type="checkbox"/> otra persona _____	19. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
20. ¿Tiene usted lo siguiente? (Indique con una \sqrt en el <input type="checkbox"/> si su respuesta es "sí") <input type="checkbox"/> electricidad <input type="checkbox"/> agua caliente <input type="checkbox"/> refrigerador <input type="checkbox"/> estufa u horno <input type="checkbox"/> transporte <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> calefacción	20. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
21. Generalmente, ¿puede usted hacer lo siguiente? (Indique con una \sqrt en el <input type="checkbox"/> si su respuesta es "sí") <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> comprar suficiente comida <input type="checkbox"/> pagar el alquiler <input type="checkbox"/> pagar otras cuentas	21. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M
22. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas buscando un doctor o consiguiendo ayuda médica para usted o su familia? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó "sí", favor de explicar: _____	22. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
23. ¿Está usted inscrita en el programa WIC (programa para mujeres, infantes y niños)? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	23. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
24. ¿Tiene usted un asiento de seguridad para su bebé? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	24. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
25. ¿Usa usted los cinturones de seguridad de su carro? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	25. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
26. ¿Fue este embarazo planeado? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	26. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
27. ¿Cómo se siente el padre del bebé sobre este embarazo? <input type="checkbox"/> no le importa <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> molesto <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> otro _____	27. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
28. ¿Cómo se siente usted sobre este embarazo? <input type="checkbox"/> no me importa <input type="checkbox"/> molesta <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> otro _____	28. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
29. ¿Ha tenido usted alguna vez lo siguiente? <input type="checkbox"/> aborto natural (malparto) <input type="checkbox"/> aborto provocado <input type="checkbox"/> parto de un feto muerto <input type="checkbox"/> muerte fetal <input type="checkbox"/> muerte neonatal (de un recién nacido) <input type="checkbox"/> bebé prematuro ¿Cuándo sucedió? _____ ¿Qué/quién la ayudó a afrontar esta situación? _____	29. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
30. ¿Tiene usted alguna costumbre tradicional, cultural o religiosa sobre el embarazo o el parto que quisiera que respetemos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó "sí", por favor explique: _____	30. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
31. Desde que usted se embarazó, ¿ha estado teniendo o sintiendo lo siguiente? (Indique con una \sqrt en el <input type="checkbox"/> si su respuesta es "sí") <input type="checkbox"/> problemas para dormir <input type="checkbox"/> demasiada preocupación <input type="checkbox"/> llorando <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> tristeza <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> otra _____	31. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
32. ¿Está usted tomando medicina para los nervios? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Nombre de la medicina: _____	32. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
33. ¿Cuáles son los dos problemas en su vida que más le preocupan? 1. _____ 2. _____	33. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
34. ¿Ha pensado, planeado o tratado usted alguna vez de hacerse daño? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	34. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
35. ¿Ha pensado, planeado o tratado usted alguna vez de hacerle daño a alguien más? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	35. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
36. Durante el transcurso del último año, ¿ha sido usted abofeteada, golpeada, pateada o lastimada físicamente por alguien? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Por quién? (Marque todas las respuestas que correspondan) <input type="checkbox"/> esposo/pareja <input type="checkbox"/> ex-esposo <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> hermano(a) <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> otro _____ # de veces que ha sido lastimada _____	36. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H

**INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
INITIAL PERINATAL RISK ASSESSMENT**

STATUS



37. Indique en este dibujo el área del cuerpo donde usted ha sido lastimada: 37. L M H
38. ¿Por cuántos meses o años la ha lastimado a usted esta persona? _____ 38. L M H
39. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted por día? 39. L M H
- no fumo menos de 1/2 cajetilla 1/2 cajetilla 1/2 - 1 cajetilla
- 1-2 cajetillas 2-3 cajetillas más de 3 cajetillas
40. ¿Vive usted con alguien que fuma? sí no 40. L M H
41. Marque todas las respuestas que correspondan:
- a. ¿Usa el padre de su bebé drogas o bebidas alcohólicas? sí no 41a. L M H
- ¿Usan/usaron sus padres drogas o bebidas alcohólicas? sí no
- ¿Tiene/tuvo amigos que usan drogas o bebidas alcohólicas? sí no
- b. ¿Cuáles drogas usó usted antes de este embarazo? 41b. L M H
- cocaína marihuana metanfetaminas (speed) PCP heroína
- ninguna otra _____
- c. ¿Con qué frecuencia toma usted cerveza, vino, or licor? 41c. L M H
- diariamente fines de semana 1-2 veces por mes raramente o nunca
- Desde que usted quedó embarazada ¿han cambiado sus hábitos de tomar bebidas alcohólicas?
- sí no
- Si contestó "sí", explique: _____
42. ¿Ha recibido usted consejería sobre el VIH (SIDA) con el embarazo? sí no 42. L M H
43. Díganos sobre que temas usted ya sabe y sobre cuales le gustaría saber: 43. L M H
- | | |
|--|---|
| <p><u>Ya sé saber</u></p> <p><input type="checkbox"/> El cuidado de un niño</p> <p><input type="checkbox"/> Recorrido del hospital</p> <p><input type="checkbox"/> El parto</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Circuncisión</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso de sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> El crecimiento de un bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Guiando al niño en su comportamiento <input type="checkbox"/> Otra _____</p> | <p><u>Me gustaría</u></p> <p><u>Ya sé saber</u></p> <p><input type="checkbox"/> Amamantando a un bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentación infantil</p> <p><input type="checkbox"/> El cuidado de un bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> Dejando de fumar</p> <p><input type="checkbox"/> Violencia en el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios del cuerpo durante el embarazo</p> |
|--|---|
44. a. ¿De qué manera aprende usted mejor algo nuevo? (Marque todas las respuestas que correspondan) 44a. L M H
- leyendo mirando un video hablando cara a cara yendo a clase
- dibujos o diagramas demostración otra _____
- b. ¿Tiene usted algun problema de depresión, para oír, o para ver lo cual dificultaría el que pueda aprender cosas nuevas? sí no 44b. L M H
- Si contestó "sí", favor de explicar: _____
45. a. ¿Va ha tener usted algún problema para venir a las clases prenatales? sí no 45a. L M H
- Si contestó "sí", favor de explicar: _____
- b. ¿Quién le puede acompañar a las clases prenatales? _____ 45b. L M H
46. Escriba una o dos cosas (metas) sobre las que quisiera enfocarse durante este embarazo? 46. L M H
1. _____
2. _____

**INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
INITIAL PERINATAL RISK ASSESSMENT**

If patient assisted by staff to complete assessment tool**Assessment Tool Completed by:**

Name _____ Title _____ Date _____

Assessment Reviewed by:

Name (OB) _____ Title _____ Date _____

Name (H.E.) _____ Title _____ Date _____

Name (Nut.) _____ Title _____ Date _____

Name (Psych. Soc.) _____ Title _____ Date _____

2nd Trimester reassessment completed by:

Name (OB) _____ Title _____ Date _____

Name (H.E.) _____ Title _____ Date _____

Name (Nut.) _____ Title _____ Date _____

Name (Psych. Soc.) _____ Title _____ Date _____

3rd Trimester assessment completed by:

Name (OB) _____ Title _____ Date _____

Name (H.E.) _____ Title _____ Date _____

Name (Nut.) _____ Title _____ Date _____

Name (Psych. Soc.) _____ Title _____ Date _____

Postpartum assessment completed by:

Name (OB) _____ Title _____ Date _____

Name (H.E.) _____ Title _____ Date _____

Name (Nut.) _____ Title _____ Date _____

Name (Psych. Soc.) _____ Title _____ Date _____

Copy Permission:

Riverside/San Bernardino County DOPH-CPSP Program