DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES **STATE OF WISCONSIN**
Division of Health Care Financing
HCF 1105S (Rev. 04/01)

Esta forma consiste de seis(6) juegos de dos páginas cada uno.
Esta es la primera página.
Please mark all answers on an English version of this questionnaire.

Nombre de la Agencia:_____
Número de Teléfono de la Agencia: (_____) _____-_____
EDC: _____

PREGNANCY QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE EMBARAZO

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la madre [apellido, nombre, inicial]: Por favor en letra de molde.
   _____

   Dirección:_____
   Calle
   _____
   Ciudad Estado Zona Postal

2. Fecha de nacimiento de la madre: _____

3. Edad: _____

4. # de Identificación de Medicaid: _____

5. Número de teléfono:
   (de casa) (_____) _____
   (del trabajo) (_____) _____

   No tiene teléfono o el teléfono a menudo está desconectado.

6. ¿Cómo podemos ponernos en contado con usted?
   Llamando a la casa — Llamando al trabajo
   Escribiendo a la casa — Otro _____

7. Usted es:
   Soltera (nunca se ha casado, separada, divorciada, viuda)
   Casada

8. ¿Cuál es su origen étnico/raza?
   Blanco — Afro-Americano
   Hispano — Indio-Americano
   Asiático del Sureste — Otro_____

9. ¿Habla usted inglés?
   Muy bien
   Un poco
   Nada

10. ¿Lee usted inglés?
    Muy bien
    Un poco
    Nada

11. ¿Está usted en el programa de WIC?
    Sí — LUGAR: _____
    No — Me lo negaron
    Acabo de aplicar — No sé que es el WIC

12. ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos? [por favor identifique los que se refieran a usted.]
    Yo misma — Padres
    Compañero/Esposo — Pensión tras divorcio
    Pagos por obligación alimenticia
    Seguro de desempleo
    Otro_____

13. ¿Está usted trabajando?
    No
    Sí
    Soy estudiante
    Si usted está trabajando, ¿cuál es su ocupación?
    _____

    Si usted está trabajando, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted normalmente?_____

14. ¿Cuál fue el último año de estudios que usted finalizó?_____

    Si usted está en la escuela, ¿asiste regularmente?
    No
    Sí
    Yo estoy estudiando el GED o lo he completado.

15. ¿Alguna vez ha recibido usted o recibe servicios de educación especial o servicios de educación excepcional?
    No
    Sí

16. ¿Dónde vive usted?
    Casa/ Casa rodante (parque de habitaciones)
    Departamento
    Sin hogar (incluye refugio, hotel o motel). Esto nos ayuda a brindar mejor cuidado a usted y a su bebé
    Con otros miembros de la familia o amigos

17. ¿Cuántas veces se ha mudado en el año pasado?
    _____

18. Nombre dirección y teléfono de los padres, tutor o persona a quién contactar en caso de emergencia:
    _____

    Dirección
    _____
    Ciudad Estado Zona Postal

    Número de teléfono: _____
    ¿Qué relación tiene esa persona con usted?_____

B. EN RELACIÓN CON ESTE EMBARAZO

1. ¿Cuánto tiene de embarazo?
   _____ semanas o _____meses
   No lo sé.

2. ¿Cuántas semanas tenía usted de estar embarazada cuando comenzó a ver al doctor, partera, o enfermera para el cuidado prenatal?
   _____ semanas (o) _____ meses

   Todavía no he ido a ver a nadie
   Tengo una cita establecida

3. ¿Durante este embarazo ha visitado usted a su médico por lo menos una vez al mes?
   No
   Sí

4. ¿Este embarazo ocurrió en menos de un año después del último?
   ð No
   ð Sí

5. ¿Está usted embarazada con más de un bebé?
   No
   Sí
   No lo sé

6. ¿Ha tenido usted algún síntoma de parto prematuro?
   No
   Sí

7. ¿Ha ido a la sala de emergencia o al hospital debido a este embarazo?
   No
   ð Sí

8. ¿Le gustaría tener más información o ayuda con alguna de estas cosas?
   el crecimiento del bebé
   cómo alimentarse adecuadamente durante el embarazo
   qué esperar durante los dolores de parto y el parto
   amanantar
   cómo cuidar a su recién nacido o a sus hijos mayores
   planificación familiar
   otro _____

C. SU HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Usted tiene o ha tenido alguna vez alguna de estas condiciones? [por favor marque las casillas que se refieran a usted]
   Asma y toma medicamentos
   Clamidia o gonorrea
   Anemia (baja cantidad de "glóbulos rojos o hierro" en el embarazo)
   Enfermedad crónica de los riñones
   Diabetes
   Epilepsia o convulsiones
   Expuesta a tuberculosis en su hogar
   Enfermedad del Corazón
   Trastornos alimenticios
   Hepatitis B
   Presión alta durante el embarazo (por ejemplo: pre eclampsia, toxemia)
   Infección de los riñones/vejiga
   Problemas de salud mental
   Incapacidad sensorial (de los sentidos) o física (por ej. ciega o sorda)
   Enfermedades hereditarias [Anemia "de células falciformes", fibrosis cística, fenilcetonuria o PKU, hemofilia]
   Sífilis
   ð Herpes genital
   Otros problemas médicos. Escríbalos aquí:
   _____

2. ¿Cuántas veces ha estado usted embarazada antes de este embarazo? _____ veces
   Nunca

3. ¿Ha tenido algún aborto espontáneo (mal parto)?
   No
   Sí ¿Cuántos? _____

4. ¿Ha tenido algún aborto?
   No
   Sí ¿Cuántos? _____

[Si esta es la primera vez que ha estado usted embarazada, omita las preguntas de abajo y conteste las preguntas de la Sección D. Gracias.]

5. ¿Ha tenido usted partos de gemelos o múltiples?
   No
   Sí

6. ¿Ha tenido algún parto por cesárea?
   No
   Sí

7. ¿Alguno de sus bebés nació más de tres semanas prematuro?
   ð No
   Sí ¿Cuántos? _____

8. ¿Le dijo alguna vez su doctor que usted tenía parto prematuro y que requería reposo en cama, medicamentos y/o hospitalización?
   ð No
   Sí ¿Cuántos? _____

9. ¿Ha tenido algún embarazo en que el bebé haya nacido muerto (nació muerto después de las 20 semanas), o que haya muerto al poco tiempo después de nacer?
   ð No
   Sí ¿Cuántos? _____

10. ¿Alguno de su bebés pesó menos de cinco libras y media (5 ½) al nacer?
   ð No
   Sí ¿Cuántos? _____

11. ¿Alguno pesó más de 10 libras al nacer?
   ð No
   Sí ¿Cuántos? _____

12. ¿Alguno de sus bebés estuvo más de un día en una unidad neonatal de cuidados especiales?
   No
   Sí ¿Cuántos? _____

13. ¿Durante su último embarazo, cuándo comenzó usted su cuidado prenatal?
   Yo interrumpí ese último embarazo.
   No tuve ningún cuidado prenatal
   Entre el primer y tercer mes
   Entre el cuarto y sexto mes
   Entre el séptimo y noveno mes

D. TABACO, ALCOHOL, MEDICAMENTOS Y OTRAS DROGAS

1. ¿Durante los tres meses anteriores a su embarazo, como promedio, cuántos cigarrillos fumaba usted al día?
   Más de dos paquetes al día
   1 ½ a 2 paquetes al día
   Aproximadamente un paquete al día
   Aproximadamente medio paquete al día
   Aproximadamente de 4 a 5 cigarrillos al día
   Yo no fumo.

2. ¿Como promedio, cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?
   Más de dos paquetes al día
   1 ½ a 2 paquetes al día
   Aproximadamente un paquete al día
   Aproximadamente medio paquete al día
   De 4 a 5 cigarrillos al día (o de 2 a 6)
   Yo vivo con alguien que fuma.
   Yo no fumo.

Permítanos por favor hacerle unas preguntas sobre su hábito de tomar. Esto nos ayudará a brindarle un mejor cuidado a usted y a su bebé. Intente recordar tres meses **antes** de que quedara embarazada. Asegúrese de incluir cerveza, vino y licor en sus respuestas a estas preguntas.

3. ¿Cuántos tragos necesita usted para sentirse "alegre"?
   Número de tragos _____
   Yo nunca tomo

4. ¿Cuántos tragos puede usted aguantar (tomar)?
   Número de tragos _____
   Yo nunca tomo
   Yo no sé

5. ¿Le molesta que la critiquen porque usted toma?
   No
   Sí
   Yo nunca tomo

6. ¿Usted alguna vez ha sentido que debería dejar de tomar bebidas alcohólicas?
   No
   Sí
   Yo nunca tomo

7. ¿Usted alguna vez ha tenido que tomarse un trago como primera cosa por la mañana para calmar sus nervios o para liberarse de la borrachera ("cruda")?
   No
   Sí
   Yo nunca tomo

8. ¿**Después que usted quedó embarazada,** aproximadamente cuántos días al mes toma 3 tragos o más?
   [si no ha tomado nada, escriba cero] _____ días al mes

9. ¿**Después que usted quedó embarazada,** aproximadamente cuántos días al mes usted toma 1 trago o más?
   [si no ha tomado nada, escriba cero] _____ días al mes

10. ¿Ha tomado usted algún medicamento recetado por un médico después que quedó embarazada?
   No
   Sí
   [Por favor nómbrelos aquí]
   _____
   _____

11. ¿Usted ha tomado algún medicamento que se compra sin receta médica después que quedó embarazada?
   No
   Sí
   [Por favor nómbrelos aquí]
   _____
   _____

12. ¿Alguna vez usted se ha inyectado alguna droga no recetada por su médico?
   No [Pase a la pregunta 15]
   Sí

13. Número de personas con quienes usted ha compartido agujas o jeringas para inyectarse drogas en la vena dentro de los últimos:
10 años _____ 12 meses _____

14. ¿Cree usted que algunas de esas personas estaba infectada con el VIH (el virus del SIDA)?
No
Sí
Yo no sé

15. ¿Con qué frecuencia fumaba usted marijuana o hachís durante los tres meses antes de darse cuenta de que estaba embarazada? [Marque una X sólo en una de las casillas]
varias veces a la semana
varias veces al mes
a veces o raramente
nunca

16. ¿Con qué frecuencia usaba usted cocaína o crack durante los tres meses antes de darse cuenta de que estaba embarazada? [Marque una X sólo en una de las casillas]
varias veces a la semana
varias veces al mes
a veces o raramente
nunca

17. ¿Con qué frecuencia usaba usted heroína, “speed”, ácidos, anfetaminas, PCP, inhaladores, etc., durante los tres meses antes de darse cuenta de que estaba embarazada? [Marque una X sólo en una casilla]
varias veces a la semana
varias veces al mes
a veces o raramente
nunca

E. NUTRICIÓN

1. ¿En esta ocasión, cuánto pesaba usted antes de quedar embaraza? _____ libras.
¿Cuál es su estatura?_____ pies_____ pulgadas

2. ¿Cuánto pesa actualmente? _____.

3. ¿Usted alguna vez ha vomitado para controlar su peso o para sentirse mejor después de comer mucho?
No
Sí

4. ¿Usted vomita muy frecuentemente?
No
Sí

5. ¿Está usted sintiendo alguno de los siguientes síntomas actualmente?:

Náuseas	No	Sí
Acidez	No	Sí
Estreñimiento	No	Sí

6. ¿Cuando usted no estaba embarazada, sintió que su peso y su figura era:
ð Normal
ð Sobre peso/ demasiado grande
ð Bajo de peso/ demasiado poco

7. ¿Está usted **ahora** en alguna dieta especial?
No
Sí Qué tipo:_____

8. ¿Usted ha comido “maicena”(fécula de maíz) directamente de la caja, almidón, cascarillas de pintura, mucho hielo, barro, tierra u otras cosas que no sean comida?
No
Sí

9. ¿Durante el pasado mes usted alguna vez se saltó alguna comida o no comió, aun estando con hambre, porque no había suficiente comida o dinero para comprar comida?
No
Sí

10. ¿Tiene usted un refrigerador y una estufa que funcionen bien?
No
Sí

F. RELACIONES

1. Permítanos hacerle preguntas sobre sus relaciones, ¿cómo se siente usted ahora que está embarazada?
   Muy feliz
   No estoy segura--un poco feliz y un poco infeliz
   Muy molesta al repecto

2. ¿Cómo se siente su marido o compañero ahora que usted está embarazada?
   Muy feliz
   No está seguro--un poco feliz y un poco infeliz
   Muy molesto al respecto
   El no sabe que estoy embarazada

3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido usted deprimida durante la última semana?
   Raramente (menos de un día)
   Algunas veces (1-4 días)
   Muchas veces o todo el tiempo (5-7 días)

4. ¿Cuántos hijos tiene usted?_____

5. ¿Cuántos de ellos están viviendo con usted ahora? _____

6. ¿Dentro de los últimos 12 meses, le han quitado alguno de sus hijos?
   No
   Sí

7. Ha tenido usted contacto sexual con alguna de las siguientes personas:

infectado con VIH?	No	Sí	Insegura
que usa droga por vena?	No	Sí	Insegura
compañero bisexual?	No	Sí	Insegura
con un hemofílico?	No	Sí	Insegura

8. ¿Usted ha pagado o aceptado dinero o droga por sexo?
   No
   Sí

9. ¿Su compañero tiene problemas con alcohol o con otras drogas?
   No
   Sí

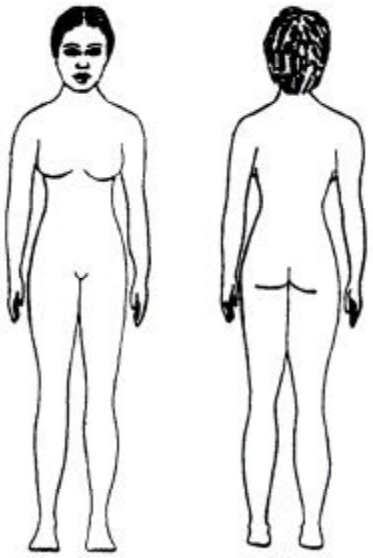
10. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas con alcohol o con otras drogas?
    No
    Sí
    ¿Qué relación tiene esta persona con usted?
    _____

11. ¿Alguna vez ha sido usted abusada emocionalmente, verbalmente o físicamente por su compañero o alguien cercano a usted?
    No
    Sí

12. ¿Usted ha sido golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de alguna otra manera por su compañero o alguna persona relacionada a usted?
    No
    Sí

13. ¿Desde que usted está embarazada, ha sido golpeada, abofeteada, pateada o físicamente lastimada de alguna otra manera por alguna persona?
    No
    Sí
    Si su respuesta es sí, ¿por quién? _____

Marque sobre el dibujo de la mujer el lugar donde ha sido usted lastimada por su compañero o por alguien relacionado a usted.



Adapted from the March of Dimes

14. ¿Alguna persona la ha forzado a tener contacto sexual?
   No
   Sí

   Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

15. ¿Han sido abusados o violados sexualmente otros miembros de su familia?
   No
   Sí

16. ¿Tiene usted miedo de su compañero o de alguna otra persona?
   No
   Sí

17. ¿Hay armas de fuego (pistola, revólver) en su casa?
   No
   Sí

18. ¿Hay alguna persona con quien puede hablar cuando tiene problemas?
   No
   Sí

19. ¿Con cuántas personas puede verdaderamente contar cuando necesita ayuda?
   Nadie
   1 o 2 personas
   3 o más personas
   Nómbrelas: _____
   _____
   _____
   _____

20. ¿Qué hace usted para confrontar sus problemas?
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

G. PREOCUPACIONES

1. ¿Cuáles de estos problemas le preocupan mucho? [Marque las casillas que usted considere como problemas más grandes (importantes)].

   Problema de dinero
   Dolores de parto y parto
   Transportación
   Perder a este bebé
   Mi trabajo
   Cuidar a este bebé
   El trabajo de mi compañero o el desempleo
   Cuidar a mis otros hijos
   Problemas de vivienda/ser desalojada
   Conseguir guardería o alguien para que me cuide los niños
   El uso de droga y alcohol de mi compañero
   Mi salud
   Mi propio problema de uso de drogas y alcohol
   Mi propia seguridad
   Me preocupa mi relación con mi compañero
   Me preocupa si este bebé estará bien
   Mi compañero está en la cárcel

2. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas de transportación?
   Casi nunca
   A veces
   Muy frecuentemente
   Casi siempre
   Por favor escriba en las líneas de abajo algún otro asunto que le preocupe mucho.
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

_____
Firma del empleado / fecha