

**HISTORIAL DE SALUD DE LA MADRE –
 PARTE C-1
 Evaluación psicosocial inicial
 (DEBERÁ SER COMPLETADO POR LA PACIENTE
 MISMA O POR EL PERSONAL)**

1. Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre
2. No. del paciente		
3. Fecha de nacimiento		
	Mes	Día Año
4. Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco		
5. Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano Cubana <input type="checkbox"/> México-Americanos Hispanos <input type="checkbox"/> Otros Hispanos <input type="checkbox"/> Hispano de Puerto Rico <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Declarada		
6. Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		
7. Condado donde reside		

Por favor responda las siguientes preguntas. Indique la respuesta “SÍ” o “NO” marcando con una “X” o una palomita (✓) en la casilla correspondiente. Una vez completo el formulario, fírmelo y entrégueselo a un miembro del personal.*

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Tiene un lugar seguro donde vivir?		
2. ¿Los aparatos e instalaciones de su domicilio (tales como la estufa, el refrigerador, las cañerías de agua y desagüe, etc.) están en buen funcionamiento?		
3. ¿Tiene usted alguna limitación física o algún problema para escuchar, leer, hablar o entender?		
4. ¿Ha tenido alguna pérdida importante en el último año, tal como la muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, pérdida de su vivienda, el final de una relación, una enfermedad grave o una persona querida que sirve en las fuerzas armadas ha sido enviada a algún otro lugar?		
5. ¿Tiene algún problema que le impida acudir a sus citas médicas, tal como falta de transporte, un conflicto con su horario de trabajo, no hay quien cuide a su niño o falta de apoyo?		
6. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido decaída, deprimida o desesperada?		
7. ¿En las últimas dos semanas, ha sentido poco interés o poco placer en hacer las cosas?		
8. ¿En las últimas dos semanas, ha tenido ideas de hacerse daño a sí misma o a otras personas?		
9. ¿En el último año, alguna persona la ha amenazado con golpearla o la ha golpeado, abofeteado, pateado o le ha hecho algún daño físico?		
10. Desde que usted se embarazó, ¿alguna persona la ha amenazado con golpearla o la ha golpeado, abofeteado, pateado o le ha hecho algún daño físico?		
11. ¿En el último año, alguna persona la ha obligado a realizar actividades sexuales que le han hecho sentirse incómoda?		
12. ¿Fuma usted tabaco, consume para masticar, uso de dispositivos de fumar electrónicos, o tabaco en polvo (rapé o snuff, en inglés)?		
13. ¿Otras personas fuman alrededor suyo?		

14. Si usted pudiera escoger el mejor momento para su embarazo, desearía embarazarse

- En otro momento No lo cambiaría; yo planifiqué mi embarazo
 No quisiera embarazarme No lo cambiaría, aunque no planifiqué mi embarazo

15. Haga una marca en las casillas para indicar aquello que usted está usando actualmente o que usó durante el último año

- Actualmente: Alcohol Marihuana Cocaína en polvo/Crack (Basuco) Heroína Drogas inyectables
 Drogas de receta médica Ninguno Otro _____
 En el pasado: Alcohol Marihuana Cocaína en polvo/Crack (Basuco) Heroína Drogas inyectables
 Drogas de receta médica Ninguno Otro _____

16. Haga una marca en las casillas para indicar aquello que su pareja está usando actualmente o que usó durante el último año

- Actualmente: Alcohol Marihuana Cocaína en polvo/Crack (Basuco) Heroína Drogas inyectables
 Drogas de receta médica Ninguno Otro _____
 En el pasado: Alcohol Marihuana Cocaína en polvo/Crack (Basuco) Heroína Drogas inyectables
 Drogas de receta médica Ninguno Otro _____

Firma de la paciente (si lo completó ella misma) _____ Fecha _____

Utilizó un intérprete No aplica No Sí Nombre del intérprete _____

Firma del miembro del personal que hace la revisión _____ Fecha _____

* NOTA: AL PERSONAL - COLOQUEN LOS RESULTADOS EN LA PARTE C-2

HISTORIAL DE SALUD DE LA MADRE – PARTE C-1

Evaluación psicosocial inicial

Instrucciones

Propósito: Evaluar y documentar la información psicosocial inicial de la paciente prenatal.

Instrucciones: Indicar a la paciente o al personal que completen los ítems 1 al 16. El personal deberá registrar los resultados en el formulario de evaluación psicosocial de intervalo, Historial de salud de la madre, Parte C-2.

Revisión de los resultados:

Administración del caso: Si responde “No” en #1 o #2, podría remitirse a la Coordinadora de Atención Materna (MCC, por sus siglas en inglés) o a los recursos de la comunidad.

Barreras a la comunicación: Si responde “Sí” en #3, podría remitirse a un intérprete u otros recursos de la comunidad.

Factores de estrés, Pérdidas y Apoyo: Si responde “Sí” en #4 o #5, podría ser necesario remitirle a la Coordinadora de Atención Materna (MCC), a un Asistente Social Clínico Certificado (LCSW, por sus siglas en inglés) o a los recursos de la comunidad.

Depresión: Si responde “Sí” en #6 o #7, es necesario remitirle a servicios de salud mental o a un Asistente Social Clínico Certificado (LCSW); si responde “Sí” en #8, deberá realizarse una **intervención inmediata ante una crisis** de acuerdo a las directivas del Departamento de Salud.

Violencia doméstica: Si en #9, #10 y #11 responde “Sí” respecto a cualquiera de ellas o a todas, es necesario brindarle una orientación adicional por parte del proveedor de servicios médicos a fin de establecer si la paciente se encuentra a salvo actualmente, si necesita un plan de seguridad o si debe ser remitida a los recursos de la comunidad/servicios de salud mental. Debe existir una directiva del departamento de salud que guíe la intervención en este procedimiento.

Tabaco: Si en #12 y #13 responde “Sí”, es necesaria una respuesta adicional del proveedor de atención médica, incluyendo las “5 As” y una evaluación para dejar de fumar.

Intención: Si en #14 responde “en otro momento” o “no quisiera embarazarme”, es necesaria una discusión con el proveedor de atención médica y posiblemente remitirle a la Coordinadora de Atención Materna (MCC) o al Asistente Social Clínico Certificado (LCSW).

Alcoholismo y drogadicción: Si en #15 y #16 marca cualquier respuesta que no sea “Ninguno”, es necesaria una evaluación adicional por parte del proveedor de atención médica. Puede que sea necesario remitirle a un servicio de orientación psicológica contra el alcoholismo y la drogadicción o a recursos de orientación para las familias contra el alcoholismo y la drogadicción.

Deberán documentarse las remisiones y el seguimiento de las mismas en las anotaciones narrativas.

Disposición: Este formulario deberá retenerse de acuerdo a lo dispuesto en el programa de expedientes médicos establecido por la División de Archivos e Historiales.

Para ordenar
más

formularios: Pueden ordenarse más formularios a:

DHHS
Women’s and Children’s Health Section
1929 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1929
Courier: #56-20-11
Teléfono: (919) 707-5700
FAX: (919) 870-4827