

HISTORIAL DE SALUD DE LA MADRE — PARTE C-1

Evaluación psicosocial inicial

(PARA SER AUTO DILIGENCIADO O

COMPLETADO POR EL

PERSONAL)

1. Apellido	Nombre		IM	
2. Número de paciente				
3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)				
	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/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco				
5. Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano cubana <input type="checkbox"/> Hispano mexicano-americano <input type="checkbox"/> Otro hispano <input type="checkbox"/> Hispano puertorriqueño <input type="checkbox"/> No es hispano/latino <input type="checkbox"/> No reportado				
6. Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				
7. Condado de residencia				

Por favor conteste las siguientes preguntas. Coloque una X o marca de verificación en el cuadro para SÍ o NO, según corresponda.

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿ Actualmente vive en un lugar seguro?		
2. ¿Actualmente Tiene estufa y refrigerador que funcionen? Agua corriente y plomería interior?		
3. ¿Actualmente Tiene limitaciones físicas o problemas para oír, leer y hablar? Tiene algún problema de aprendizaje?		
4. ¿Actualmente Ha experimentado algún tipo de evento vital importante en el último año? Como la muerte de alguien cercano, pérdida de empleo, preocupaciones por la vivienda, problemas en sus relaciones, enfermedad grave o la asignación de un ser querido en el servicio militar.		
5. ¿Actualmente Hay alguna razón que cree que podría impedirle asistir a sus citas? ¿Actualmente Transporte, horario de trabajo, falta de guardería, carencia de apoyo familiar?		
6. Ya completó el PHQ-9?		
7. Durante el último año, ¿Actualmente alguien le ha amenazado o golpeado, abofeteado, pateado, escupido o herido físicamente de otra forma?		
8. Desde que está embarazada, ¿Actualmente alguien le ha amenazado o golpeado, abofeteado, pateado, escupido o herido físicamente de otra forma?		
9. Si se siente insegura, ¿sabe a dónde puede ir o tiene a una persona de confianza para llamar?		
10. En el último año, ¿alguien le ha obligado a realizar actos sexuales que la hicieron sentir incómoda?		
11. Evaluación de uso de sustancias: Complete el formulario 5Ps Modificado, si no se ha completado el Análisis de Riesgo de Embarazo		
12. ¿Actualmente Otras personas fuman, usan cigarrillos electrónicos o vaporizadores a su alrededor?		
13. ¿Actualmente Cuál de los siguientes productos ha usado en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos/vaporizador <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco masticable <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo <input type="checkbox"/> Narguile <input type="checkbox"/> Tabaco de consumo oral "Snus" <input type="checkbox"/> Tiras <input type="checkbox"/> Tabaco soluble <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro		
14. Si pudiera elegir el mejor momento para su embarazo, le gustaría quedar embarazada: <input type="checkbox"/> En otro momento <input type="checkbox"/> No lo cambiaría, mi embarazo fue planeado <input type="checkbox"/> En ningún momento <input type="checkbox"/> No lo cambiaría, aunque no fue planeado		

Comentarios/Notas: _____

Utilización de Intérprete: N/A No Sí Nombre del intérprete: _____

Firma del miembro del personal que revisa _____ Fecha _____

HISTORIAL DE SALUD MATERNA — PARTE C-1

Instrucciones de la evaluación psicosocial inicial

Propósito:	Evaluar y documentar la información psicosocial inicial sobre el paciente prenatal.
Instrucciones:	El paciente debe completar los ítems 1-14. El personal debe documentar los resultados en el formulario de Evaluación Psicosocial de Intervalo, el historial de salud materna, Parte C-2. La documentación de remisiones y seguimiento debe incluirse en las notas narrativas.
Manejo de casos:	No” a la #1 o #2, se debe realizar remisión a OBCM (Manejo de caso de obstetricia) y/o recursos comunitarios.
Barreras en la comunicación: “	Si” a la #3, requiere intervención y evaluación adicional del proveedor para establecer las necesidades del paciente y garantizar comprensión y conexión a los recursos.
Estresores, pérdidas y apoyo:	“Si” a la #4 o #5, se debe realizar remisión a OBCM, LCSW o recursos comunitarios.
Depresión:	Debe completarse el PHQ-9. Con base en el puntaje obtenido en el PHQ-9, podría ser necesaria una remisión a LCSW o a la Entidad de Administración Local (LME, por sus siglas en inglés) / recurso de salud mental de la comunidad. La puntuación debe documentarse en notas narrativas o según la política del Departamento de Salud.
Violencia Interpersonal:	“Si” a cualquiera de las siguientes preguntas: #7, #8, #9 y/o #10, requiere intervención y evaluación adicional del proveedor para establecer (1) seguridad actual del paciente, (2) necesidad de un plan de seguridad y/o (3) remisión a recursos comunitarios. La política del Departamento de Salud debe guiar esta intervención. Se debe completar una remisión a OBCM.
Uso de sustancias:	#11, si no se ha completado una Evaluación de Riesgos de CCNC, el paciente debe completar el formulario 5Ps Modificado para evaluar el uso de sustancias.
Tabaco:	#12, #13, según las respuestas, requiere intervención adicional del proveedor, incluyendo el formulario 5As y la evaluación para dejar de fumar.
Intención:	#14, si se registran las respuestas “en otro momento” o “en ningún momento”, se requiere intervención adicional del proveedor, incluida la evaluación para una posible remisión a OBCM o LCSW.
Disposición:	Este formulario debe conservarse de acuerdo con el calendario de disposición de registros para expedientes médicos, emitido por la División de Archivos e Historia.
Ubicación:	Visite el siguiente enlace para acceder a este formulario e imprimirlo según lo requiera: https://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm