

# Formulario para padres/hijos Healthy Start | Mayo de

2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento 09/30/2026

## LA INFORMACIÓN DE ESTE RECUADRO ES SOLO PARA LOS REGISTROS DEL BENEFICIARIO —NO SUBIR

Nombre del participante/Otro adulto: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño inscrito: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

Los nombres y las fechas de nacimiento incluidas en la parte superior son solamente para el rastreo de los beneficiarios y **no deben ser enviados a HRSA.**

**Declaración de carga pública:** El objetivo de la recolección de esta información es obtener datos de rendimiento para evaluar lo siguiente: beneficiarios de subvenciones y acuerdos de cooperación de la HRSA, operaciones del programa y requisitos de presentación de informes. Además, estos datos facilitarán la capacidad de demostrar la alineación entre los programas discrecionales del MCHB y el Programa Healthy Start para cuantificar los resultados en todo el MCHB. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de control OMB para esta recopilación de información es 0915-0338 y es válido hasta el 09/30/2026. Se estima que la declaración de carga pública para esta recolección de esta información es de 0,42 horas por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes y completar y revisar la recolección de información. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o por correo electrónico a [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).

## INSTRUCCIONES

- Este formulario para padres/hijos debe ser completado con los participantes inscritos u “otros adultos” que tengan un bebé o niño menor de 18 meses inscrito en Healthy Start. Este formulario debe ser completado tan pronto como sea posible después del nacimiento de un niño en HS, o en el momento de la inscripción del niño en HS. Rellene solo un formulario por niño inscrito.
- Este formulario debe ser suministrado por un manejador de casos capacitado o por algún miembro de Healthy Start para garantizar la consistencia en las respuestas de todos los participantes. Este formulario no debe ser diligenciado individualmente o ser suministrado por algún miembro del personal que no haya sido capacitado.
- Cada formulario debe incluir el número de identificación único del participante/del otro adulto (UID) en la pregunta G1. El número de identificación único de cada persona debe ser el mismo a través de todas las etapas y los años de participación en el programa, y debe estar en el formato descrito en la pregunta G1. El número de identificación único del niño inscrito (ECUID) debe introducirse en la pregunta G2.
- Si el participante/otro adulto tiene más de un hijo menor de 18 meses inscrito en HS, se debe completar un formulario para padres/hijos por cada niño.
- Si hay más de un participante inscrito del núcleo familiar, los números de identificación únicos deben aparecer juntos en este formulario, para que, de esta forma, todos los participantes asociados puedan ser

# Formulario para padres/hijos Healthy Start | Mayo de

2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento 09/30/2026

vinculados en la base de datos del niño inscrito. Los vínculos del participante se pueden hacer mediante la pregunta G3 de este formulario.

*Consulte la página siguiente para obtener instrucciones adicionales.*

## Cuando diligenciar este formulario

- **Para participantes inscritos en manejo de casos/coordinación de cuidados (CM/CC, por sus siglas en inglés)** (una persona que se inscribe o que ya está inscrita en Healthy Start para recibir servicios de manejo de casos/coordinación de cuidados):
  - Si el participante tiene un hijo menor de 18 meses inscrito/inscribiéndose en HS, complete este formulario cuando el participante se inscriba por primera vez en el programa Healthy Start.
  - Si la participante se encuentra en embarazo al momento de la inscripción, complete este formulario tan pronto sea posible después del nacimiento del niño en HS.
  - Actualice/revise este formulario cuando el niño inscrito cumpla 6 meses, 12 meses, y cuando el niño deje de participar en el programa Healthy Start.
- **Para los “otros adultos”** (personas que no están inscritas en Healthy Start que tienen la responsabilidad principal/custodia de un niño inscrito):
  - Complete este formulario cuando el niño se inscriba por primera vez en el programa Healthy Start.
  - Actualice/revise este formulario cuando el niño cumpla 6 meses, 12 meses, y cuando el niño deje de participar en el programa Healthy Start.

## Cómo actualizar/revisar este formulario

- Revise este formulario durante los siguientes hitos clave del desarrollo:
  - **El niño inscrito cumple 6 meses** – cuando el niño inscrito de un participante/otro adulto inscrito cumple 6 meses.
  - **El niño inscrito cumple 12 meses** – cuando el niño inscrito de un participante/otro adulto inscrito cumple 12 meses.
  - **El participante inscrito deja el programa** – cuando un participante se “gradúa” o decide terminar con su participación en el programa de manera voluntaria (por ejemplo, el niño cumple 18 meses).
- Para llevar a cabo una revisión:
  1. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G5.
  2. Seleccione el motivo de la actualización de la siguiente lista (por ejemplo: “el niño inscrito cumple 6 meses”).
  3. Complete el campo “fecha de actualización” correspondiente introduciendo la fecha en que se actualiza/revisa el formulario.
  4. Repita las preguntas 9 a la 19 con el participante/u otro adulto. Las participantes inscritas en HS durante su embarazo con este hijo también deben repetir las preguntas 20 y 21.
- **Otra actualización** – hay dos escenarios adicionales que requieren que el participante deba ser entrevistado de nuevo:
  - Actualizaciones de preguntas individuales o secciones – cuando un miembro del personal desea actualizar/revisar una sola pregunta o una sección del formulario (por ejemplo, agregar a “Otro participante vinculado” en la pregunta G3), seleccione “Formulario actualizado” en la

pregunta G5, seleccione “Otra actualización” como el motivo, complete el campo “Fecha de la actualización” ingresando la fecha de la actualización, y repita las preguntas o la pregunta según aplique.

- Si ocurre la pérdida de un hijo – Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G5, seleccione “Otra actualización” como el motivo, complete el campo “Fecha de la actualización” ingresando la fecha de la actualización, y complete la pregunta 22 al finalizar este formulario.

# Formulario para padres/hijos Healthy Start | Mayo de

2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento 09/30/2026

[INFORMACIÓN GENERAL debe ser diligenciada por un miembro del personal:]

**G1. El número de identificación único de este padre/cuidador ID#:** \_\_\_\_\_

[Ingréselo como un número completo: Código Org del beneficiario + PP + número de identificación único del cliente (por ejemplo: 123PP45678)]

**G2. El número de identificación único de este niño inscrito ID#:** \_\_\_\_\_

[Ingréselo como un número completo: Código Org del beneficiario + EC + número de identificación único del niño (por ejemplo: 123EC45678)]

**G3. Otros participantes inscritos/ "otros adultos" vinculados a este niño inscrito:**

(ingrese hasta 3 y use el formato de la pregunta in G1; no ingrese los IDs del niño inscrito)

- Otro participante vinculado/ ID del adulto #1: \_\_\_\_\_
- Otro participante vinculado/ID del adulto #2: \_\_\_\_\_
- Otro participante vinculado/ID del adulto #3: \_\_\_\_\_

- O -

- No hay otros participantes/adultos vinculados a este niño inscrito

**G4. Fecha de la inscripción del niño en Healthy Start:**

(Utilice el formato mm/dd/aaaa)

⇒ Fecha de inscripción del niño: \_\_\_\_\_

**G5. Este formulario es un...**

(Seleccione una)

- Formulario inicial** (esta es la primera vez que se está llenando este formulario para el niño)  
⇒ **Fecha inicial cuando se diligenció el formulario:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- Formulario actualizado** (este formulario fue diligenciado para el niño y se está realizando de nuevo)

**Motivo de la actualización (Seleccione uno):**

- El niño inscrito cumple 6 meses**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- El niño inscrito cumple 12 meses**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- El participante inscrito/el niño ya no va a participar en Healthy Start**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

- Otra actualización

⇒ *Fecha de la actualización:* \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

**(ADMINISTRATIVO)** Marque la casilla siguiente si este formulario es una corrección de una copia ya cargada en el Sistema de datos de seguimiento y evaluación de Healthy Start (HSMED, por sus siglas en inglés). De lo contrario, deje esta casilla en blanco.

- Este formulario es una corrección.

[Miembros del personal– Por favor leer el siguiente enunciado al participante:]

**Gracias por participar en el programa Healthy Start. El propósito de este formulario es examinar en qué medida el Healthy Start está cumpliendo sus objetivos de ayudar a las familias a mejorar su salud, la salud de sus bebés y obtener los cuidados de salud que necesitan. Completar este cuestionario tomará aproximadamente 25 minutos. Toda la información que nos brinde será confidencial. No tiene que contestar ninguna pregunta que no desee, y puede ponerle fin a la entrevista en cualquier momento sin ninguna penalización ni pérdida de beneficios.**

## EL NIÑO: Preparando el terreno

**Este cuestionario se utiliza para recopilar información sobre la salud de su hijo inscrito. Si estaba inscrita en Healthy Start mientras estaba embarazada de este niño, también le haré algunas preguntas al final sobre su salud al momento del nacimiento de su hijo.**

[Miembros del personal – Si la persona tiene más de un hijo inscrito menor de 18 meses, lean el siguiente enunciado a la participante:]

**Completaremos un formulario por separado para cada uno de sus bebés/niños. Ya que tiene más de un hijo menor de 18 meses inscrito en Healthy Start, le pedimos que se enfoque en un niño a la vez. Después completaremos un cuestionario por separado para cada uno de los bebés menores de 18 meses.**

**Primero, me gustaría empezar con algunas preguntas generales sobre su hijo.**

### 1. Su hijo hace...

(Seleccione una)

- Parte de una familia inscrita en los servicios de HS antes del nacimiento del niño (es decir, ‘nacido en el programa’)
- Parte de una familia inscrita en los servicios de HS en los 30 días siguientes al nacimiento del niño
- Parte de una familia inscrita en los servicios de HS más de 30 días después del nacimiento del niño

⇒ ¿Qué edad tenía su hijo en el momento de la inscripción (en meses)? \_ (# de meses)

**2. ¿Cuál es el sexo que le fue asignado a su hijo en su certificado de nacimiento?**

(Seleccione uno)

- Mujer
- Hombre
- Se niega a responder

**3. ¿Su hijo es de origen hispano, latino o español?**

(Seleccione todas las que correspondan)

- No, no es de origen latino, hispano o español
- Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
- Sí, de Puerto Rico
- Sí, de Cuba
- Sí, de origen hispano, latino o español de otro lugar,
- Se niega a responder

**4. ¿Cuál es la raza de su hijo?**

(Seleccione todas las que correspondan)

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Indio asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- De otros países asiáticos
- Nativo de Hawái
- Guameño o chamorro
- Samoano
- De otra isla del pacífico
- Se niega a responder

## Salud infantil al nacer

*A continuación, le haré algunas preguntas acerca de la salud de su hijo al nacer.*

**5. ¿De cuántas semanas de embarazo estaba (estaba la madre) cuando nació este niño?** [Miembros del personal: Indicar el número de semanas. Si la participante no sabe el número de semanas, ayúdenle a calcular a partir de la fecha estimada del parto para determinar las semanas de gestación al momento del nacimiento.]

(Seleccione una)

- \_\_\_\_\_ semanas
- No sabe
- Se niega a responder

**6. ¿Cuánto pesó su hijo al nacer?**

(Seleccione una)

- \_\_\_\_\_ libras (lbs), \_\_\_\_\_ onzas (oz) [O \_\_\_\_\_ gramos]
- No sabe
- Se niega a responder

**7. ¿Este era el único bebé del que estaba (estaba la madre) embarazada en ese momento, o el niño formaba parte de un parto múltiple como gemelos, trillizos o más?**

(Seleccione una)

- Un bebé (de un embarazo con un bebé)  No sabe
- Gemelos  Se niega a responder
- Trillizos o más

**8. Después de dar a luz, ¿a su hijo lo dejaron en la unidad de cuidados intensivos, (NICU, por sus siglas en inglés)?**

(Seleccione una)

- Sí  No sabe
- No  Se niega a responder

## Salud infantil

Las siguientes preguntas son acerca de la edad de su hijo y sobre la salud.

**9. ¿Cuál es la edad actual de su hijo en meses?**

(Seleccione una)

- \_\_\_\_\_ meses [Miembros del personal: ingresar el número de meses]
- El niño es menor de un mes.

**10. Durante los últimos 12 meses, ¿este niño estuvo cubierto ALGUNA VEZ por CUALQUIER tipo de seguro de salud o plan de seguro de salud?**

(Seleccione una)

# Formulario para padres/hijos Healthy Start | Mayo de

2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento 09/30/2026

- Sí, el niño estuvo cubierto durante 12 meses**
- Sí, pero el niño tuvo una pausa en la cobertura**
- No**
- No sabe**
- Se niega a responder**

### 11. ¿Qué tipo de seguro tiene su hijo?

(Seleccione todas las que corresponden)

	Tipo de seguro de salud	Respuestas de la participante
a.	Seguro de salud privado a través del trabajo o a través del trabajo del esposo o pareja	<input type="checkbox"/>
b.	Seguro de salud privado a través de sus padres	<input type="checkbox"/>
c.	Seguro de salud privado del <Estado> del Marketplace o <sitio web del estado> o HealthCare.gov	<input type="checkbox"/>
d.	Medicaid (Título XIX) (Especifique el nombre de Medicaid del estado: _____)	<input type="checkbox"/>
e.	Medicare (para jóvenes con diagnóstico de enfermedad renal en fase terminal)	<input type="checkbox"/>
f.	CHIP (Título XXI)	<input type="checkbox"/>
g.	Plan ACA subsidiado (también conocido como 'premium subsidiado o cobertura subsidiada a través de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio')	<input type="checkbox"/>
h.	TRICARE u otro tipo de seguro militar	<input type="checkbox"/>
i.	Servicio de salud para Indígenas o tribal	<input type="checkbox"/>
j.	Otro tipo de seguro de salud (no incluir planes privados que solo cubren un tipo de servicio como planificación familiar, accidentes o cuidado dental.) (Especifique el nombre del seguro de salud: _____)	<input type="checkbox"/>
k.	No tiene seguro de salud para el niño en este momento	<input type="checkbox"/>
l.	No sabe	<input type="checkbox"/>
m.	Se niega a responder	<input type="checkbox"/>

### 12. ¿Qué edad tenía este niño durante su última revisión médica?

(Seleccione una)

- \_\_\_\_\_ meses [Miembros del personal: ingresen el número en meses]
- El niño tenía menos de un mes de nacido durante su última revisión médica
- Se niega a responder

**12a.** [Miembros del personal: Comparen la edad actual del niño (pregunta 9) con la edad que tenía en su visita de revisión médica más reciente (pregunta 12). ¿Fue la última revisión médica de este niño

dentro del período recomendado por la AAP para su edad, (por ejemplo, un bebé de 10 meses ya tuvo su visita de 9 meses)?]

*(Seleccione una)*

- Sí**
- No**
- No se puede determinar**

[Miembros del personal: A continuación, se muestra el programa de visitas de control recomendado por la AAP para los primeros 18 meses de vida como referencia.]

- Primera semana (3 a 5 días)
- De un mes
- De 2 meses
- De 4 meses
- De 6 meses
- De 9 meses
- De 12 meses
- De 15 meses
- De 18 meses

## Alimentación infantil

*Las siguientes preguntas son acerca de la lactancia.*

**13. ¿Alguna vez usted (o la madre biológica) amamantó o le dio leche materna extraída a este niño después del parto, aunque fuera por poco tiempo?**

*(Seleccione una)*

- Sí**
- No**
- No sabe**
- Se niega a responder**

**14. ¿El niño está siendo amamantado o alimentado con leche materna extraída?**

*(Seleccione una)*

- Sí**
- No**
- No sabe**
- Se niega a responder**

**15. ¿Durante cuántos meses [hasta la fecha actual] este niño fue amamantado o alimentado con leche materna extraída?**

*(Seleccione una)*

- Para nada**
  - Menos de un mes**
  - \_\_\_\_\_ **meses**
- (para las madres que aún están amamantando, por favor indicar durante cuánto tiempo)

No sabe

Se niega a responder

**16.** [Miembros del personal: ¿Este niño fue amamantado o alimentado con leche materna extraída a los 6 meses?]

*(Seleccione una)*

Sí

Aún no. El niño tiene menos de 6 meses y todavía está amamantando

No, el niño no fue amamantado a los 6 meses de edad

No sabe o no puede determinarlo

[Miembros del personal: si la madre aún está amamantando, actualice las preguntas 14, 15 y 16 una vez haya finalizado y capturen el tiempo total durante el cual el niño fue amamantado.]

## Sueño del bebé

[Miembros del personal: Para niños de 12 MESES O MAS, marquen 'no aplica' en cada casilla y pasen a la siguiente sección.]

[Para bebés MENORES DE 12 MESES, decir:]

***A continuación, le haré algunas preguntas sobre el sueño del bebé.***

***Los buenos hábitos del sueño son importantes para la salud física y el bienestar emocional de su bebé. Una parte importante de un sueño seguro es el lugar donde duerme el bebé, la posición al dormir, el tipo de cuna o cama y el tipo de colchón.***

**17.** *¿En qué posición suele acostar a su bebé a la hora de dormir?*

*(Seleccione una)*

De lado

Boca arriba

Boca abajo

Se niega a responder

No aplica [el niño tiene 12 meses o más]

**18.** *En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su bebé solo en su propia cuna o cama?* [Nota: esto sucede cuando el bebé es la única persona en la cuna o cama; la cuna o cama puede estar en el cuarto de los padres.]

*(Seleccione una)*

Siempre

A menudo

A veces

Rara vez

Nunca

Se niega a responder

No aplica [el niño tiene 12 meses o más]

**19. ¿La cuna del bebé se encuentra libre de almohadas, cobijas adicionales o peluches?**

(Seleccione una)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí      | <input type="checkbox"/> Se niega a responder                     |
| <input type="checkbox"/> No      | <input type="checkbox"/> No aplica [el niño tiene 12 meses o más] |
| <input type="checkbox"/> No sabe |   |

## Fin de las preguntas sobre el niño

- “Otros adultos” con la custodia de un niño inscrito y participantes hombres inscritos: Este formulario ha sido diligenciado.
- Participantes mujeres inscritas: Completen la sección acerca de “Salud en el embarazo” que aparece a continuación si la participante dio a luz a este niño mientras estaba inscrita en Healthy Start.
- Para todos los participantes: Si el niño murió, completar la pregunta 22 que aparece a continuación.

## Salud en el embarazo

[Miembros del personal: Completen la siguiente sección con las participantes que dieron a luz mientras estaban inscritas en Healthy Start o inscritas dentro de los 30 días posteriores al parto.]

*En esta última sección, me gustaría hacerle un par de preguntas sobre su embarazo con este niño.*

**20. La siguiente pregunta es acerca de los cuidados que recibió durante el posparto tras su parto más reciente. Últimamente, los médicos hablan de lo que ahora se conoce como el ‘cuarto trimestre’, que incluye el contacto continuo con un profesional de la obstetricia (por ejemplo, un ginecólogo, una enfermera matrona) durante las 12 semanas siguientes al parto. La atención posparto es importante para garantizar su salud. ¿Recibió atención posparto de un proveedor de atención obstétrica después de su parto más reciente?**

(Seleccione todas las que correspondan)

- Sí, en las 3 primeras semanas tras el parto
- Sí, entre 4 y 6 semanas después del parto
- Sí, entre 7 y 8 semanas después del parto
- Sí, entre 9 y 12 semanas después del parto [Miembros del personal: si la participante responde, “sí, después de 12 semanas,” expliquen que no se considera control posparto después de 12 semanas]
- Todavía no, pero ya hay una cita programada para la siguiente fecha \_\_\_\_\_ (utilice el formato mm/dd/aaaa)
- Todavía no, especifique el motivo: \_\_\_\_\_
- No, no tuve una visita posparto con un proveedor de atención obstétrica dentro de las 12 semanas posteriores al nacimiento de mi hijo más reciente
- No sabe
- Se niega a responder

[Miembros del personal: Si la madre tiene menos de 12 semanas de haber dado a luz, pero aún no ha tenido una visita posparto, actualice la pregunta 20 cuando haya tenido su visita posparto o haya pasado las 12 semanas posparto.]

***La siguiente pregunta es acerca del consumo de tabaco y nicotina durante los últimos tres meses de su embarazo con este niño.***

**21. Durante los últimos 3 meses de su embarazo con este niño, en promedio, ¿con qué frecuencia consumió productos de tabaco o nicotina (por ejemplo: cigarrillos, cigarrillos electrónicos /vapeadores, cigarros, pipa o tabaco sin humo)?**

*(Seleccione una)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                    | <input type="checkbox"/> Mensualmente            |
| <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes |
| <input type="checkbox"/> Semanalmente             | <input type="checkbox"/> Se niega a responder    |

**El formulario obligatorio para padres/hijos Healthy Start ha sido diligenciado**

## Seguimiento del bebé/niño

[Miembros del personal – Completar la pregunta 22 SOLAMENTE si este niño inscrito murió.]

**22. Este niño estaba inscrito HS pero luego murió:**

*(Seleccione una)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entre los 0 a los 27 días de vida (neonatal)    | <input type="checkbox"/> 12 meses o más (post infancia) |
| <input type="checkbox"/> Entre los 28 a los 364 días de nacer (infancia) |   |