

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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(s) y fecha(s) de nacimiento de los otros participantes vinculados (hasta 2 personas, si corresponde):

Nombre del otro participante vinculado #1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del otro participante vinculado #2: \_\_\_\_\_ 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 GENERALES

- Este formulario de antecedentes debe ser diligenciado con todos los participantes inscritos en Healthy Start para servicios de preconcepción, prenatales, posparto, crianza o durante el periodo entre embarazos; servicios de manejo de casos/coordinación de servicios; un padre o pareja inscritos; u “otro adulto” que no está inscrito en el programa, pero cuenta con la responsabilidad principal/custodia del 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 de cada participante (UID, por sus siglas en inglés) en la pregunta G1. El número de identificación único de cada participante debe ser el mismo a través de todas las etapas y los años, y debe estar en el formato descrito en la pregunta G1.
- Si hay más de un participante inscrito en el núcleo familiar (que no sea un niño inscrito), los UID deben aparecer juntos en este formulario para que todos los participantes asociados puedan vincularse en la base de datos. La vinculación de los participantes se realiza mediante la pregunta G2 de este formulario, “otro participante principal vinculado”. Los niños inscritos son vinculados a los participantes utilizando el formulario para Padres/Hijos; no introduzca los UID de los hijos en este formulario.

*Consulte la página siguiente para obtener instrucciones adicionales.*

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

## 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 ya está inscrita en Healthy Start para recibir servicios de manejo de casos/coordinación de cuidados):
  - Complete este formulario cuando una persona se inscriba por primera vez en el programa Healthy Start.
  - Actualice/revise este formulario cuando el participante se encuentre en la fase prenatal, finalice la fase prenatal, su hijo inscrito cumpla 6 meses y cuando dejen 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 con el cuidador cuando el niño se inscriba en el programa.
  - Actualice/revise este formulario cuando el niño inscrito cumpla 6 meses, y cuando el niño deje de participar en el programa Healthy Start.

## Cómo actualizar/revisar este formulario:

- Para llevar a cabo una revisión:
  1. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G4.
  2. Seleccione el motivo de la revisión de la siguiente lista (por ejemplo: “el participante inscrito ingresa a la fase prenatal”).
  3. Complete el campo “fecha de actualización” correspondiente introduciendo la fecha en que se actualiza/revisa el formulario.
  4. Repita las preguntas 1 a la 20 con el participante/otro adulto.
- **Otra actualización** – hay tres escenarios adicionales de revisión:
- **Revisión anual** – cuando haya transcurrido un año desde la última revisión/actualización de un participante/otro adulto, revise el formulario de antecedentes. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G4, seleccione “Otra actualización” como motivo, rellene el campo “Fecha de actualización” ingresando la fecha en que se actualiza el formulario y vuelva a examinar las preguntas de la 1 a la 20.
- **Reinscripción** – cuando un participante deja de participar en el programa por cualquier motivo y vuelve a inscribirse posteriormente (“reinscripción”), vuelva a examinar el Formulario de antecedentes. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G4, seleccione “Otra actualización” como el motivo, rellene el campo “Fecha de actualización” ingresando la fecha en la que se actualiza el formulario y vuelva a examinar las preguntas de la 1 a la 20. Vuelva a examinar las preguntas de la 21 a la 25 solo en el caso de participantes que hayan estado o puedan quedar en embarazo.
- **Actualizaciones de preguntas individuales o secciones** – para actualizar/revisar una pregunta individual o una sección del formulario (por ejemplo, para agregar a “otro participante principal vinculado” en la pregunta G2), seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G4, seleccione “Otra actualización” como el motivo, rellene el campo “Fecha de actualización” ingresando la fecha en la que se actualiza el formulario, y vuelva a seleccionar la pregunta o preguntas aplicables.

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

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**G1. El número de identificación único de la persona ID#:** \_\_\_\_\_  
[Ingréselo como un número completo: Código Org del beneficiario + PP + número de identificación único del cliente (por ejemplo: 123PP45678)]

**G2. Otros participantes inscritos/ "otros adultos" vinculados a esta persona:**

(Ingrese hasta 2 y use el formato de la pregunta G1; no ingrese el UID del niño)

- ☐ Otro participante vinculado / ID del adulto #1: \_\_\_\_\_
- ☐ Otro participante vinculado / ID del adulto #2: \_\_\_\_\_
- O -
- ☐ No hay otros participantes/adultos vinculados a la persona diligenciando este formulario

**G3. Fecha de la PRIMERA inscripción de este participante en el manejo de casos/coordinación de cuidados de Healthy Start:**

(Seleccione una solamente)

- ☐ Fecha de la inscripción inicial: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ☐ O
- ☐ No aplica (la persona es el "otro adulto")

**G4. Este formulario es un...**

(Seleccione una)

- ☐ **Formulario inicial** (esta es la primera vez que la persona completa este formulario)  
⇒ **Fecha inicial cuando se diligenció el formulario:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ☐ **Formulario actualizado** (la persona que completó este formulario está siendo entrevistada nuevamente)

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

- ☐ **La participante inscrita entra en la fase prenatal**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ☐ **La participante inscrita finaliza la fase prenatal**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ☐ **El niño inscrito cumple 6 meses**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ☐ **El participante inscrito deja de participar en Healthy Start**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ☐ **Otra actualización**  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**(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:]

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**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.**

## Información general del participante

### 1. ¿Está en embarazo en este momento?

(Seleccione una)

- |                                              |                                                      |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>           | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b>              |
| <input type="checkbox"/> <b>No/No aplica</b> | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> |

### 2. ¿Tiene hijos menores de 18 meses?

(Seleccione una)

- ☐ **Sí, tengo \_\_\_\_\_ hijo(s)** (ingrese el número de hijos menores de 18 meses)  
(Miembros del personal: Diligenciar de manera obligatoria un formulario para Padres/Hijo por cada hijo menor de 18 meses que se vaya a inscribir o esté inscrito en Healthy Start)
- ☐ **No**
- ☐ **Se niega a responder**

## Cuidados de salud para los participantes

**A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los cuidados de salud que recibe actualmente. Recolectar esta información nos permite darnos una idea más clara de las experiencias y necesidades de nuestros participantes para poder mejorar los servicios que ofrecemos.**

### 3. Durante los últimos 12 meses, ¿consultó a un médico, enfermera u otro profesional de la salud para recibir atención médica PREVENTIVA, como un chequeo físico o una visita de rutina? Un chequeo preventivo es cuando no se encuentra enfermo o lesionado, como un examen físico anual o deportivo, o una visita de rutina. [Miembros del personal: Incluir las visitas de atención prenatal y posparto como visitas preventivas]

(Seleccione una)

- |                                    |                                                      |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b>              |
| <input type="checkbox"/> <b>No</b> | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> |

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

## 4. ¿Durante los últimos 12 meses, estuvo cubierta por algún tipo de seguro de salud o plan de cobertura médica?

(Seleccione una)

- ☐ **Sí, tuve cobertura durante los 12 meses**
☐ **No**
- ☐ **Sí, pero hubo una pausa en la cobertura**
☐ **No sabe**
- ☐ **Se niega a responder**

## 5. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene en este momento?

(Seleccione todas las que correspondan)

|    | Tipo de seguro de salud                                                                                                                                                                                              | Respuestas(s) del participante |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| a. | <b>Seguro de salud privado a través del trabajo o a través del trabajo del esposo o pareja</b>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>       |
| b. | <b>Seguro de salud privado a través de sus padres</b>                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>       |
| c. | <b>Seguro de salud privado del &lt;Estado&gt; del Marketplace o &lt;sitio web del estado&gt; o HealthCare.gov</b>                                                                                                    | <input type="checkbox"/>       |
| d. | <b>Medicaid (Título XIX)</b><br>(Especifique el nombre de Medicaid del estado: _____)                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>       |
| e. | <b>Medicare</b> (para personas con discapacidades)                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>       |
| f. | <b>Medicare</b> (para personas mayores de 65 años)                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>       |
| g. | <b>CHIP (Título XXI)</b>                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>       |
| h. | <b>Plan ACA subsidiado</b> (también conocido como 'premium subsidiado o cobertura subsidiada a través de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio')                                                                  | <input type="checkbox"/>       |
| i. | <b>TRICARE u otro tipo de seguro militar</b>                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>       |
| j. | <b>Servicio de salud para Indígenas o tribal</b>                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>       |
| k. | <b>Otro tipo de seguro de salud</b> (no incluir planes privados que solo cubren un tipo de servicio como planificación familiar, accidentes o cuidado dental.)<br>(Especifique el nombre del seguro de salud: _____) | <input type="checkbox"/>       |
| l. | <b>No tiene seguro de salud en este momento</b>                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>       |
| m. | <b>No sabe</b>                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>       |
| n. | <b>Se niega a responder</b>                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>       |

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

## Bienestar personal

*En las próximas preguntas, le haré preguntas sobre cómo se siente durante el día a día, es decir, sobre su propia sensación de bienestar personal. Empezaré con un par de preguntas sobre ingresos, ya que los recursos económicos que disponemos pueden tener un gran impacto en el estrés de nuestra vida cotidiana.*

**6. Durante los últimos 12 meses, ¿cuáles fueron los ingresos totales anuales antes de impuestos? Incluya todas las fuentes de ingresos de las personas que viven en su hogar, incluidos los ingresos de su cónyuge o pareja, los de sus padres (si viven en el mismo hogar) y cualquier otro ingreso que pueda haber recibido. Toda la información será confidencial y no afectará los servicios que esté recibiendo actualmente.**

*(Seleccione una)*

☐ \_\_\_\_\_  
dólares

☐ No sabe  
☐ Se niega a responder

**7. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas personas, incluyéndose, dependen de este ingreso? (Una persona embarazada cuenta como una)**

*(Seleccione todas las que correspondan)*

☐ Adultos de 18 años o mayores:  
\_\_\_\_\_ (# de adultos)

☐ No sabe  
☐ Se niega a responder

☐ Niños de 17 años o menores:  
\_\_\_\_\_ (# de niños)

**8. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe de manera más cercana la experiencia con los alimentos en su hogar durante los últimos 12 meses?**

*(Seleccione una)*

- ☐ Siempre tuvimos acceso a alimentos nutritivos
- ☐ Siempre tuvimos comida suficiente pero no necesariamente el tipo de alimentos que deberíamos consumir
- ☐ A veces no teníamos suficiente comida
- ☐ A menudo no teníamos suficiente para comer
- ☐ Se niega a responder

**9. ¿Su familia ha tenido una vivienda adecuada, de manera consistente, durante los últimos 12 meses?**

*(Seleccione una)*

☐ Sí  
☐ No

☐ Se niega a responder

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

## 10. ¿Se siente segura en la vivienda donde reside en estos momentos?

(Seleccione una)

- ☐ La mayor parte del tiempo
 ☐ Parte del tiempo
 ☐ Rara vez
- ☐ Nunca
 ☐ Se niega a responder

## 11. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, acceder a recursos comunitarios, reuniones, trabajo o conseguir las cosas necesarias para la vida cotidiana?

(Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Sí, me ha impedido acudir a citas médicas, conseguir medicamentos, acceder a recursos comunitarios (como clases de educación sobre salud Healthy Start, WIC, etc.)
 ☐ Sí, me ha impedido acudir al trabajo, a la escuela o conseguir las cosas necesarias para la vida cotidiana
 ☐ No
 ☐ Se niega a responder

A continuación, le haré un par de preguntas sobre su estado de ánimo últimamente.

## 12. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué tanta frecuencia le han incomodado los siguientes problemas?

[Miembros del personal: Leer cada artículo a la persona y marquen una respuesta en cada casilla. Un puntaje total de 3 o más indica revisión adicional y es necesario realizar un referido].

|               | Ánimo                                        | Para nada                  | Durante varios días        | Más de la mayor parte de los días | Casi todos los días        | TOTAL | Se niega a responder     |
|---------------|----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|
| a.            | Poco interés o placer en hacer cosas         | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2        | <input type="checkbox"/> 3 |       | <input type="checkbox"/> |
| b.            | Se siente triste, deprimida o sin esperanzas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2        | <input type="checkbox"/> 3 |       | <input type="checkbox"/> |
| PUNTAJE TOTAL |                                              |                            |                            |                                   |                            |       |                          |

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**13.** [Miembros del personal: Por favor indicar si se proporcionó coordinación para servicios de seguimiento relacionados con una posible depresión.]

(Seleccione una)

- ☐ **Sí, se refirió al participante a los servicios de seguimiento o el participante ya está recibiendo servicios de coordinación para manejar la depresión o posible depresión**
- ☐ **No, no se refirió al participante a los servicios de seguimiento porque... (seleccione un motivo)**
  - ☐ El puntaje del participante era inferior a 3 y no indicaba la necesidad de referido
  - ☐ El participante rechazó el referido
  - ☐ No se pudo realizar la entrevista o el participante se negó a responder

*Las siguientes preguntas son particularmente sensibles y podrían ser difíciles de responder. Quiero que sepa que estas preguntas se las hacemos a todos los participantes. Es importante que responda con honestidad, para que de esta manera podamos brindarle los mejores servicios. Sus respuestas no cambiarán mi percepción sobre usted ni la forma en la que trabajamos juntos. Sus respuestas no afectarán nuestra relación ni la manera en la que es percibido o la manera en la que le tratamos.*

*La primera pregunta tiene que ver con su experiencia con el alcohol, los cigarrillos y otros tipos de drogas. Algunos de los tipos de sustancias de las que hablaremos son recetadas por un médico (como los analgésicos), pero solo anotaré estos medicamentos si los ha tomado por alguna razón distinta a cómo se le indicó o en dosis distintas.*

**14. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...?** [Miembros del personal: Lean en voz alta las sustancias al participante e ingresen una respuesta para cada tipo de sustancia.]

|    | Tipo de sustancia                                                                                                                                                                                                                                             | A diario o casi a diario | Semanal                  | Mensual                  | Menos de una vez al mes  | Nunca                    | Se niega a responder     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | ¿Consumió algún producto de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, cigarros, pipas o tabaco sin humo)?                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | <b>Para mujeres:</b> ¿Ha consumido 3 o más bebidas alcohólicas en un día?<br><b>Para hombres:</b> ¿Ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?<br>Una bebida estándar es una copa pequeña de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 onzas) o un shot de licor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | ¿Ha consumido algún producto relacionado a la marihuana?                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d. | ¿Ha consumido alguna droga ilícita, incluyendo cocaína o crack, heroína, metanfetaminas (meth), alucinógenos, éxtasis/MDMA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | ¿Ha utilizado algún medicamento recetado solo para experimentarlo, más de la dosis sugerida, o tomó medicamentos que no habían sido recetados para usted? Los medicamentos recetados que pueden ser consumidos de esa manera incluyen: analgésicos opioides (por ejemplo, OxyContin, Vicodin, Percocet, Metadona), medicamentos para controlar la ansiedad o para dormir (por ejemplo, Xanax, Ativan, Klonopin), medicamentos para tratar el TDAH (por ejemplo, Adderall o Ritalin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15.** [Miembros del personal: Por favor, indiquen si se proporcionó coordinación para servicios de seguimiento relacionados con el consumo de cigarrillos/tabaco. Los servicios de seguimiento pueden incluir exámenes adicionales, educación, y/o intervención.]

*(Seleccione una)*

- ☐ **Sí, se refirió al participante a los servicios de seguimiento o el participante ya está recibiendo servicios para dejar de fumar**
- ☐ **No, no se refirió al participante a los servicios de seguimiento porque... (seleccione un motivo)**
  - ☐ **El participante no ha consumido ningún producto de tabaco en los últimos 12 meses**
  - ☐ **El participante ya no consume productos de tabaco**
  - ☐ **El participante rechazó el referido**
  - ☐ **No se pudo realizar la entrevista o el participante se negó a responder**

***Nos preocupa la seguridad de todos los participantes. Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle la ayuda de ser necesario.***

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**16. Durante los últimos 12 meses, alguien...** [Miembros del personal: Leerle a la persona en voz alta cada artículo y marquen todas las respuestas que apliquen según corresponda.]

|    | Durante los últimos 12 meses alguien...                                                                   | Pareja íntima actual o expareja | Otro miembro de la familia | Alguien más              | Nadie                    | Se niega a responder     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | ¿Le amenazó o le hizo sentir inseguro de alguna manera?                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | ¿Le hizo sentir temeroso por su seguridad o por la seguridad de su familia a causa de sus amenazas o ira? | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | ¿Trató de controlar sus actividades cotidianas, por ejemplo, controlar con quién habla o a dónde va?      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | ¿Le empujó, le pegó, le pateó, le ahorcó o le lastimó físicamente de alguna manera?                       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | ¿Le obligó a tocarlo o a tener alguna actividad sexual en la que no usted no estaba interesado?           | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17.** [Miembros del personal: indiquen si se proporcionó coordinación para servicios de seguimiento relacionados con la violencia interpersonal.]

(Seleccione una)

- ☐ **Sí, se refirió al participante a los servicios de seguimiento o el participante ya está recibiendo los servicios adecuados**
- ☐ **No, no se refirió al participante a los servicios de seguimiento porque...** (Seleccione un motivo)
  - ☐ **El participante no indicó haber sufrido violencia interpersonal**
  - ☐ **El participante rechazó el referido**
  - ☐ **No se pudo realizar la entrevista o el participante se negó a responder**

[Miembros del personal: si ninguna de las evaluaciones mencionadas anteriormente fue completada, por favor realizarlas durante la próxima cita.]

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

- **“Otros adultos”:** Este formulario ha sido diligenciado. Complete el formulario para Padres/Hijos para el niño inscrito.
- **Participantes en CM/CC:** Completen la sección sobre “Salud reproductiva” a continuación.

## Salud reproductiva

*A continuación, tengo algunas preguntas sobre su opinión acerca de tener (más) hijos. Esta información me ayudará a brindarle el apoyo que necesita a la hora de tomar decisiones acerca si desea tener (más) hijos y cuándo.*

### 18. ¿Le gustaría tener (más) hijos?

*(Seleccione una)*

- |                                                               |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> [Complete la pregunta 18a] | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b> [Pase a la pregunta 19]              |
| <input type="checkbox"/> <b>No</b> [Pase a la pregunta 19]    | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> [Pase a la pregunta 19] |

### 18a. ¿Cuánto planifica esperar hasta que usted o su pareja puedan embarazarse (de nuevo)?

*(Seleccione una)*

- |                                               |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>0 – 11 meses</b>  | <input type="checkbox"/> <b>No puede quedar en embarazo/La pareja no puede quedar en embarazo</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>12 – 17 meses</b> | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b>                                                           |
| <input type="checkbox"/> <b>18 – 23 meses</b> | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b>                                              |
| <input type="checkbox"/> <b>24 meses +</b>    |                                                                                                   |

### 19. ¿Actualmente utiliza condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual?

*(Seleccione una)*

- |                                    |                                                               |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No – Casado o en pareja</b>       |
| <input type="checkbox"/> <b>No</b> | <input type="checkbox"/> <b>No – No es sexualmente activo</b> |
|                                    | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b>          |

### 20. ¿Qué tipo de método anticonceptivo está utilizando en este momento para no quedar embarazada antes de estar lista? Si se encuentra embarazada actualmente, ¿cuál método anticonceptivo planifica usar para evitar quedar embarazada de nuevo antes de estar lista?

*(Seleccione todas las que correspondan)*

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

- |                                                                                                             |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Trompas de Falopio ligadas u obstruidas</b> (esterilización femenina o Essure®) | <input type="checkbox"/> <b>Anticonceptivo implantado en el brazo</b> (Nexplanon® o Implanon®) |
| <input type="checkbox"/> <b>Vasectomía</b> (esterilización masculina)                                       | <input type="checkbox"/> <b>Método reproductivo familiar</b> (incluyendo el método del ritmo)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Pastillas anticonceptivas</b>                                                   | <input type="checkbox"/> <b>Interrupción</b> ("interrupción del coito")                        |
| <input type="checkbox"/> <b>Condomes</b>                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>No tener relaciones sexuales</b> (abstinencia)                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Inyecciones</b> (Depo-Provera®)                                                 | <input type="checkbox"/> <b>No puede quedar en embarazo/la pareja no puede embarazarse</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Parche anticonceptivo/anillo vaginal</b> (OrthoEvra®/NuvaRing®)                 | <input type="checkbox"/> <b>Ninguna de las anteriores</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>IUD</b> (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)                                 | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b>                                           |

[Miembros del personal: Un plan de vida reproductivo (PVR) satisfactorio se define por las respuestas de la persona a las preguntas 18, 18ª y 20. Es decir, si la persona no desea tener (más) hijos (pregunta 18), ha identificado un método anticonceptivo para evitar el embarazo (pregunta 20); si la persona desea tener (más) hijos (pregunta 18), ha pensado en esperar un poco (pregunta 18a), y en cómo evitar el embarazo hasta que esté preparada (pregunta 20). Si las respuestas de la persona le dejan vulnerable a embarazos no planificados, bríndele educación y apoyo para ayudarle a desarrollar un PVR satisfactorio.]

- **Participantes hombres de CM/CC:** Este formulario ha sido diligenciado. Completen el formulario para Padres/Hijo si tiene un hijo inscrito.
- **Participantes mujeres de CM/CC:** Completen las secciones sobre "Antecedentes de embarazo y parto" y "Partos previos" a continuación.

## Antecedentes de embarazo y parto

[Miembros del personal – Completen esta sección con las participantes inscritas que hayan estado en embarazo o puedan quedar en embarazo únicamente]

***A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes de embarazo y parto.***

### **21. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes casos?**

*(Seleccione todas las que correspondan e ingrese la cantidad apropiada)*

- ☐ **Nacimientos con vida – ¿cuántos?** \_\_\_\_\_ (# de nacimientos con vida)

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

⇒ ¿Cuántos fueron partos únicos? \_\_\_\_\_ (# de partos únicos)

[Personal: Un “parto único” se refiere al parto de un solo bebé]

- ☐ **Embarazo que no resultó en un nacimiento** (*seleccione todas las que apliquen e ingrese el número que corresponda*)
  - ☐ **Embarazo tubárico o ectópico** – Número: \_\_\_\_\_
  - ☐ **Aborto espontáneo** (el embarazo terminó de manera espontánea antes de las 20 semanas) Número: \_\_\_\_\_
  - ☐ **Mortinato o muerte fetal** (el embarazo terminó después de 20 semanas o más) Número: \_\_\_\_\_
  - ☐ **Interrupción del embarazo**, Número: \_\_\_\_\_
- ☐ **Ninguna de las anteriores** – no hubo embarazos previos
- ☐ **Se niega a responder**

- Si la participante no ha tenido un nacimiento vivo, solo ha tenido embarazos que no dieron lugar a un nacimiento vivo o se negó a responder a la pregunta 21, este formulario está completo.
- Si la participante ha tenido un hijo nacido vivo (pregunta 21), complete la sección “Partos previos” a continuación.

## Partos previos

[Miembros del personal– Completen esta sección solo para las participantes inscritas que hayan tenido un parto (pregunta 21). Si la participante muestra señales de que se siente angustiada en algún momento, utilicen su criterio para saber si continúan con la entrevista. Si es necesario, completen este formulario y los formularios adicionales requeridos en un plazo de 30 días desde el inicio de esta entrevista]

*Para finalizar, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de partos anteriores.*

**22. Un parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo. ¿Ha tenido algún parto prematuro en el pasado?**

(*Seleccione una*)

- |                                                                               |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí - ¿cuántos?</b> _____ (# de partos prematuros) | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                   |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b>              |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> |

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**23. ¿Alguno de sus bebés pesó MENOS de 5 libras, 8 onzas [2500 gramos] al nacer?**

(Seleccione una)

- ☐ **Sí** [Complete la pregunta 23a] –
  - ⇒ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ (# de recién nacidos con bajo peso)
  - ⇒ ¿Cuántos fueron múltiples (como gemelos o trillizos)? \_\_\_\_\_ (# de bebés)
- ☐ **No** [pase a la pregunta 24]
- ☐ **No sabe** [Pase a la pregunta 24]
- ☐ **Se niega a responder** [Pase a la pregunta 24]

**23a. De los bebés que nacieron pesando menos de 5 libras, 8 onzas, ¿alguno pesó MENOS DE 3 libras, 5 onzas [1500 gramos] al nacer?**

(Seleccione una)

- |                                                                   |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí - ¿cuántos?</b> _____ (# de bebés) | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                   |
|                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b>              |
|                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> |

**24. ¿Alguno de sus bebés pesó más de 9 libras, 4 onzas [4500 gramos] al nacer?**

(Seleccione una)

- |                                                                  |                                                      |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí, ¿cuántos?</b> _____ (# de bebés) | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                   |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>No sabe</b>              |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> |

**25. Para poder ofrecerle el servicio más completo que pueda, ¿podría por favor decirme si alguna vez perdió a un bebé o a un niño después de nacer?**

(Seleccione una)

- |                                                                       |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> [Complete las preguntas 25a y 25b] | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b> [este formulario está completo] |
| <input type="checkbox"/> <b>No</b> [este formulario está completo]    |                                                                                      |

# Formulario de información de antecedentes Healthy Start | Junio del 2025

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

**25a.** [Miembros del personal: si la participante indica la pérdida previa de un hijo en la pregunta anterior, pregúntenle de manera compasiva y sensible acerca de la cantidad de bebés.]

- ☐ **Número de bebés/niños que la participante perdió:** \_\_\_\_\_
- ☐ **Se niega a responder**

**25b.** [Miembros del personal: Pregunten de manera compasiva y sensible acerca de la edad o edades del niño o los niños al nacer e ingresen la información a continuación:]

- ☐ **Cantidad de niños que murieron entre los 0 a 27 días de nacidos (neonatos):** \_\_\_\_\_
- ☐ **Cantidad de niños que murieron entre 28 a 364 días de nacidos (bebés):** \_\_\_\_\_
- ☐ **Cantidad de niños que murieron entre 12 meses/365 días después o más de nacer (post-infancia):** \_\_\_\_\_
- ☐ **Se niega a responder**

**El formulario de antecedentes Healthy Start ha sido diligenciado. ¡Gracias!**