Formulario prenatal Healthy Start | Junio del 2025

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

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

Nombre de participante: _____

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 0,25 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.

INSTRUCCIONES GENERALES

- Este formulario prenatal debe ser diligenciado con todas las participantes embarazadas inscritas en los servicios de manejo de casos /coordinación de cuidados de Healthy Start.
- 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 de participación en el programa, y debe estar en el formato descrito en la pregunta G1.

Consulte la página siguiente para obtener instrucciones adicionales.

Cuando administrar 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 el programa):
 1. Complete este formulario cuando la persona embarazada se inscriba por primera vez en el programa Healthy Start.
 2. Complete este formulario cuando la participante inscrita quede en embarazo. Si a la participante ya se le administró el formulario prenatal durante un embarazo previo, seleccione “Formulario actualizado”, “**Nuevo embarazo**” en la pregunta G2, ingrese la fecha en la que se diligencie el formulario para el nuevo embarazo de la participante, y haga las preguntas de la 1 a la 7 de la sección Prenatal para el nuevo embarazo (asegúrese de que el seguimiento después del embarazo no contenga información del embarazo previo).

Cómo actualizar/revisar este formulario:

- **El embarazo finaliza** – Actualice este formulario y complete la sección de “seguimiento después del embarazo” cuando la participante embarazada da a luz o su embarazo termina. Para actualizar el formulario cuando un “Embarazo termina”:
 1. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G2.
 2. Seleccione “Embarazo termina” como el motivo de la actualización.
 3. Complete el campo de “fecha de la actualización” al ingresar la fecha en la que el formulario está siendo actualizado.
 4. Complete la sección de “Seguimiento después del embarazo” que comienza en la página 7.
- **Otras actualizaciones a la sección Prenatal** – actualice las preguntas 1-5 si no conocía la respuesta al momento inicial de la entrevista.
 1. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G2.
 2. Seleccione “Otra actualización” como el motivo de la actualización.
 3. Complete el campo de “fecha de la actualización” al ingresar la fecha en la que el formulario está siendo actualizado.
 4. Repita las preguntas 1 a la 5 con la participante como sea necesario.
- **Otra actualización a la sección después del embarazo**– actualice las preguntas de la 1 a la 7 de la sección de seguimiento después del embarazo si se desconocen los detalles al inicio de la entrevista.
 1. Seleccione “Formulario actualizado” en la pregunta G2.
 2. Seleccione “Otra actualización” como el motivo de la actualización.
 3. Complete el campo “fecha de la actualización al ingresar la fecha en la que el formulario está siendo actualizado”.
 4. Repita las preguntas de la 1 a la 7 de la sección de seguimiento después del embarazo con la participante como sea necesario.

Formulario prenatal Healthy Start | Junio del 2025

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 la persona ID#: _____

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

G2. Este formulario es un...

(Seleccione una)

- Formulario inicial** (esta es la primera vez que la persona complete 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 una):

- El embarazo termina** (complete la sección "Después del embarazo" a partir de la página 8)
⇒ **Fecha de la actualización:** _____ (mm/dd/aaaa)
- Otra actualización**
⇒ **Fecha de la actualización:** _____ (mm/dd/aaaa)
- Embarazo reciente** (la participante ha completado este formulario debido a un embarazo previo y está llenando el formulario de nuevo debido a un embarazo reciente)
⇒ **Fecha de la actualización:** _____ (mm/dd/aaaa)

Formulario prenatal 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:]

Gracias por participar en el programa Healthy Start. El propósito de este formulario es examinar en qué medida 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 15 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.

Embarazo y salud

Para este cuestionario, me gustaría empezar con algunas preguntas acerca de su embarazo.

1. ¿Cuál es la fecha estimada de parto de su bebé? [Miembros del personal: si se desconoce la fecha, por favor actualizarla una vez se sepa.]

(Seleccione una)

Fecha estimada: _____ (mm/dd/aaaa)

No sabe

Se niega a responder

2. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene? [Miembros del personal: si se desconoce la fecha, por favor actualizarla una vez se sepa.]

(Seleccione una)

0 – 13 semanas

14 – 27 semanas

28 – 40+ semanas

No sabe

Se niega a responder

3. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se inscribió en el programa Healthy Start?

(Seleccione una)

Me inscribí antes de estar embarazada

0 – 13 semanas

14 – 27 semanas

28 – 40+ semanas

No sabe

Se niega a responder

Formulario prenatal Healthy Start | Junio del 2025

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

4. ¿Cuántas Semanas de embarazo tenía cuando acudió a su primera visita de cuidados prenatales?

(Seleccione una)

☐ 0 – 13 semanas [Pase a la pregunta 5]	☐ Todavía no he asistido a una visita de cuidados prenatales [Complete la pregunta 4a]
☐ 14 – 27 semanas [Pase a la pregunta 5]	☐ No sabe [Pase a la pregunta 5]
☐ 28 – 40+ semanas [Pase a la pregunta 5]	☐ Se niega a responder [Pase a la pregunta 5]

4a. [Miembros del personal: Completen esta pregunta si la participante respondió: “Todavía no he asistido a una visita de cuidados prenatales” en la pregunta 4] **¿Tiene una cita agendada?**

(Seleccione una)

☐ Sí, mi cita es: _____
(mm/dd/aaaa)	☐ No
	☐ No sabe
	☐ Se niega a responder

5. ¿Sabe si está embarazada de más de un bebé (por ejemplo, mellizos, trillizos)?

(Seleccione una)

☐ Sí – ¿cuántos? _____
(# de bebés)	☐ No, solo uno
	☐ No sabe
	☐ Se niega a responder

[Miembros del personal: si la madre aún no ha tenido una visita de cuidados prenatales/o no sabe si está embarazada con múltiples bebés, actualice las preguntas 1-5 cuando haya tenido la visita prenatal.]

6. Durante los **3 meses previos a su embarazo**, ¿presentó alguna de las siguientes condiciones de salud?

[Miembros del personal: Para cada condición, marque “Sí” si la participante presentó alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuación, o “No” si no fue el caso.]

	Condición de salud	Sí	No	No sabe	Se niega a responder
a.	Diabetes tipo 1 o 2 (no incluye diabetes gestacional, es decir, la diabetes que se presenta durante el embarazo)				
b.	Presión arterial alta o hipertensión				
c.	Depresión o ansiedad				
d.	VIH/SIDA				
e.	Infección de transmisión sexual (ITS/ETS) (por ejemplo, gonorrea, clamidia, herpes, sífilis)				
f.	Obesidad				

Formulario prenatal Healthy Start | Junio del 2025

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

g.	Enfermedad cardíaca crónica				
h.	Otra(s) afección(es) o enfermedad(es) crónica(s). Si "sí", especifique según corresponda:				

7. **Durante su embarazo actual, ¿ha sido diagnosticada con las siguientes condiciones de salud?** [Miembros del personal: Para cada condición, marquen "Sí" si la participante presentó alguna de las condiciones de salud mencionadas a continuación, o "No" si no fue el caso.]

	Condición de salud	Sí	No	No sabe	Se niega a responder
a.	Diabetes gestacional				
b.	Hipertensión gestacional/presión arterial alta				
c.	Preeclampsia				
d.	VIH/SIDA				
e.	Infección de transmisión sexual (ITS/ETS) (por ejemplo, gonorrea, clamidia, herpes, sífilis)				

Vida en el hogar

Para finalizar, tengo una pregunta acerca de su hogar y sobre los planes para el bebé.

8. **¿Qué método planifica usar para alimentar a su bebé durante las primeras semanas?**

(Seleccione uno)

☐ Solo lactancia (incluye leche extraída del pecho*)	☐ Tanto lactancia* como fórmula
☐ Fórmula exclusivamente	☐ Aún no sabe
	☐ Se niega a responder

- El formulario Prenatal ha sido diligenciado -

(Complete el formulario de "Seguimiento después del embarazo" en la siguiente página cuando la participante de a luz o cuando el embarazo finalice.

SEGUIMIENTO DESPUES DEL EMBARAZO

[Miembros del personal: Completen esta sección cuando la participante de a luz o cuando el embarazo finalice. Antes de completar esta sección, por favor rellenar la pregunta G2 seleccionando “Formulario actualizado” -> “Finalización del embarazo” e ingresando la fecha de la actualización del formulario.]

[Miembros del personal: Por favor completar las preguntas que aparecen a continuación sobre el resultado de este embarazo una vez haya podido confirmar los detalles.

- **Es importante dejar el registro del resultado del embarazo para cada participante** que estuvo inscrita en Healthy Start durante la fase prenatal, incluso si la participante deja de participar en el programa.
- **No le lea estas preguntas a la participante.** En su lugar determine el resultado de una manera que sea compasiva con las experiencias de la participante (especialmente en caso de pérdida de un hijo durante los primeros 27 días de vida) y anótelos a continuación.
- **Si se produce una pérdida neonatal (pérdida del hijo en los primeros 27 días de vida),** registre el resultado en las preguntas 5 y 5a del seguimiento posparto.

1) [Miembros del personal: Dejar el registro del resultado inicial de este embarazo.]

(Seleccione todas las que correspondan)

- Nacimiento** – Cantidad de nacimientos durante este embarazo: _____ (# de nacimientos)
- Embarazo ectópico o tubárico**
- Aborto espontáneo** (el embarazo terminó de manera espontánea antes de las 20 semanas)
- Mortinato o muerte fetal** (el embarazo terminó después de 20 semanas o más) – Cantidad de mortinatos o muertes fetales ocurridas durante este embarazo: _____ (# de mortinatos/muertes fetales)
- Interrupción del embarazo**
- Se desconoce el resultado**

2) [Miembros del personal: si la participante tuvo un hijo nacido vivo, anoten el tipo de parto que tuvo. Si la participante no tuvo un hijo nacido vivo, pasen a la pregunta 3.]

(Seleccione una)

- Parto vaginal** (sin forcéps o extracción con ventosa)
- Parto vaginal asistido** (por ejemplo, con forcéps o extracción con ventosa)
- Cesárea programada/parto por cesárea**
- Cesárea imprevista/parto por cesárea**
- Se desconoce el resultado**

2a) [Miembros del personal: ¿En qué año se dieron los nacimientos (vivos) de este embarazo?

➤ _____ (aaaa)

Formulario prenatal Healthy Start | Junio del 2025

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

- 3) [Miembros del personal: Anotar los resultados de este embarazo o parto que dieron como resultado consecuencias en la salud a corto o largo plazo.]

(Seleccione todas las que correspondan)

- Insuficiencia renal aguda**
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)**
- Coagulación intravascular diseminada (CID) – un trastorno de coagulación de la sangre**
- Eclampsia**
- Histerectomía**
- Edema pulmonar o insuficiencia cardíaca aguda**
- Septicemia/Infección**
- Shock**
- Otros: _____**
- Se desconoce el resultado**
- Ninguna**

- 4) [Miembros del personal: Ingresar el número o números de identificación únicos ID#(s) (EUID) del bebé/los bebés de este embarazo que ahora están inscritos en Healthy Start.]

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

- UID del primer niño: _____**
- UID del segundo niño: _____**
- UID del tercer niño: _____**
- UID del cuarto niño: _____**

- 5) [Miembros del personal: Entre los bebés que nacieron vivos en este embarazo, ¿alguno murió antes de los 27 días de vida (es decir, el bebé nace vivo, pero muere durante los 0 a 27 días de vida)?]

(Seleccione una)

- Sí – Cantidad de muertes neonatales durante este embarazo: _____ (# de muertes neonatales)**
- No**
- Se desconoce el resultado**

Formulario prenatal Healthy Start | Junio del 2025

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

5a) [Miembros del personal: Para cualquier muerte neonatal indicada en la pregunta 5, introduzca la fecha de la muerte a continuación. Si falleció más de un niño durante el período neonatal, introduzca el año de fallecimiento de cada uno de ellos.]

(Seleccione todas las que correspondan)

- Año del fallecimiento: _____ (aaaa)

6) [Miembros del personal: ¿Esta persona murió durante el embarazo o en el plazo de un año desde que terminó el embarazo por cualquier causa?]

(Seleccione una)

- Sí**
- No**
- Se desconoce el resultado**

7) [Miembros del personal: ¿Qué tipo de fuentes de información fueron utilizadas para determinar los resultados del embarazo registrados en las preguntas 1 – 6?]

(Seleccione todas las que correspondan)

- La participante informó**
- Registros o historiales médicos**
- Registros vitales**
- Otro familiar o pariente cercano**
- Otra fuente, especifique:** _____

[INSTRUCCIONES PARA EL SEGUIMIENTO – Si el embarazo resultó en:

- **Madre y bebé sanos**, complete el formulario para Padres/Hijos *tan pronto sea posible* y actualice el formulario de Antecedentes de la participante.
- El resultado fue **mixto e incluyó un bebé vivo y una muerte fetal o neonatal, o un bebé o participante muy enfermos**, entonces por favor, sea compasivo con la experiencia de la participante y posiblemente posponga el formulario de Padres/Hijos para el bebé que nació vivo, o actualice el formulario de información de antecedentes (por ejemplo, durante la próxima visita).
- **No resultó en un nacimiento vivo** (por ejemplo, aborto espontáneo, embarazo ectópico o tubárico, muerte fetal o mortinato, otro tipo de interrupción del embarazo, muerte neonatal), sea compasivo con la experiencia de la participante, y posponga la actualización del formulario de antecedentes de la participante hasta una próxima visita.]

La sección de seguimiento después del embarazo ha sido diligenciada