

Tri-County Head Start/Early Head Start
Historial de salud prenatal

Nombre: _____ Fecha prevista de entrega: _____

Domicilio: _____

Teléfono residencial _____ Teléfono del trabajo _____

Celda _____

Información para proveedores de atención médica

¿Tiene cobertura médica? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ___ Medicaid ___ Seguro privado ___ Otros

¿Decide no recibir atención médica por razones religiosas o culturales? Sí No

¿Tiene un médico/clínica de atención primaria? Sí No

*En caso afirmativo, complete la Solicitud de divulgación de información médica

Nombre del médico/clínica _____

Fecha del último examen físico del niño ___/___/___ Fecha de la próxima cita
___/___/___

¿Tienes un dentista? Sí No

*En caso afirmativo, complete la Solicitud de divulgación de información médica

Nombre de Dentist _____

Fecha del último examen dental ___/___/___ Fecha de la próxima cita ___/___/___

¿Está recibiendo visitas domiciliarias de Healthy Start? Sí No

Nombre del visitante de Healthy Start _____

¿Estás inscrita en una clase de parto? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Está recibiendo otros servicios de embarazo? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Tri-County Head Start/Early Head Start

Historial de salud prenatal

Historial de salud

¿Alguna vez te han hecho pruebas de detección de tuberculosis (TB)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? ___Positive ___Negative ¿Se tomaron medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Los miembros de su familia se han hecho pruebas de detección de tuberculosis (TB)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? ___Positive ___Negative ¿Se tomaron medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién y cuándo?	
¿Está fumando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____	
¿Actualmente bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____	
¿Ha consumido sustancias ilícitas en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo y qué sustancias se utilizaron?	
¿Está tomando medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, nombre del(los) medicamento(s)___	
¿Está tomando algún medicamento no recetado / de venta libre, suplementos / hierbas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre del medicamento(s)___	
¿Consume productos que contienen cafeína (por ejemplo, refrescos, café, té)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____	
¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud (verifique y proporcione la fecha)?	
<input type="checkbox"/> Anemia/bajo nivel de hierro	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Nefropatía
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental/depresión En caso afirmativo, ¿está recibiendo tratamiento actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud (En caso afirmativo, sírvase describirlos)	

Tri-County Head Start/Early Head Start

Historial de salud prenatal

Historia de embarazos pasados

¿Es este tu primer embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, pase a la siguiente sección)	¿Cuántos nacidos vivos? _____
¿Tuviste alguna enfermedad o complicación durante alguno de tus embarazos pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hubo alguna complicación durante el trabajo de parto o el parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguno de sus bebés pesó 10 libras o más al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguno de sus bebés nació antes de la fecha de parto (premature) o nació con un peso inferior a 5 libras y 5 onzas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguno de sus hijos tuvo problemas inmediatamente después del nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, sírvase describir	

Información actual sobre el embarazo

¿Ha experimentado alguna de las siguientes condiciones durante este embarazo? (Por favor, compruébelo)		
<input type="checkbox"/> Náuseas extremas	<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Cefaleas
<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Acedía	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Hinchazón
<input type="checkbox"/> Diabetes/hiperglucemia	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Ha experimentado alguna complicación que requiera reposo en cama u hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, sírvase describirlo)		
¿Está esperando un parto por cesárea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está esperando más de un bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene algún problema de salud o preocupación durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Estás planeando amamantar a este bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Desea obtener más información sobre la lactancia materna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Tri-County Head Start/Early Head Start

Historial de salud prenatal

Nutrición

¿Está recibiendo WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
¿Está tomando vitaminas prenatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
¿Estás en una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describe _____									
¿Experimenta un antojo de artículos no alimenticios (arcilla, suciedad, jabón para lavar la ropa)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus compras de comestibles?	1-2 veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces por semana						
¿La televisión está encendida durante la cena?	Sí	No	Ocasionalmente						
¿Haces una lista de los alimentos necesarios antes de ir de compras?	Sí	No	Ocasionalmente						
¿Los alimentos nutritivos son una prioridad para usted cuando compra comestibles?	Sí	No	Ocasionalmente						
¿Aproximadamente cuántas porciones comes de cada uno de los siguientes grupos de alimentos en un solo día? (Encierra en un círculo el número más cercano)									
Lácteos: Leche o yogur, queso (1 1/2 rebanadas), etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Proteína: 2-3 oz de carne/pescado/aves cocidas, 1/2 taza de frijoles secos, guisantes, lentejas	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Granos: rebanada de pan, 1/2 pan de hamburguesa, 1/2 taza de pasta/fideos/panqueque de arroz, waffle, 1 oz. cereal seco, 1/2 taza de cereal caliente, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Frutas: 1 manzana pequeña, 1/2 plátano, 1/2 taza de fruta enlatada, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Jugo de fruta: 3/4 taza 100% jugo solamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Verduras: 1/2 taza cocida	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Verduras: 1 taza cruda	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Grasas: 1 cucharadita. Aceite, margarina, mantequilla, manteca de cerdo, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
Azúcares: Pasteles, galletas, refrescos de caramelo, bebidas de frutas,	0	1	2	3	4	5	6	7	8+
¿Tienes estas cosas donde vives? Comprueba todo lo que tienes									
<input type="checkbox"/> Mesas y sillas	<input type="checkbox"/> Agua corriente	<input type="checkbox"/> Agua corriente	<input type="checkbox"/> Microonda						
<input type="checkbox"/> Trona	<input type="checkbox"/> Estufa	<input type="checkbox"/> Refrigerador	<input type="checkbox"/> Congelador						

