

Evaluación de la Salud Maternal

Fecha(s): _____ Nombre: _____ Edad: _____

Preguntas Sobre el Historial de Salud Maternal (por favor complete todas las preguntas de este lado – deje el reverso en blanco)

¿A dónde vá para el cuidado prenatal/posparto? Nombre del médico/clínica: _____

Marque todas las condiciones relacionadas con el embarazo y el parto que tenga o haya tenido en el pasado:

- Diabetes gestacional Presión arterial alta Pérdida de embarazo Bebé nació temprano (menos de 39 semanas)
- Bebé pequeño (5 libras 8 onzas o menos) Bebé grande (9 libras o más) Bebé nacido con un problema de salud
- Otros: _____ N/A

¿Tiene alguna condición médica, enfermedad, alergias alimentarias o una cirugía o lesión reciente? Por favor describa:

_____ N/APor favor liste los medicamentos o hierbas que toma: _____ N/A¿Tiene usted o su dentista alguna preocupación dental? Sí _____ No Yo no tengo un dentista¿A alguien en su familia se le ha hecho la prueba de plomo? Sí (niveles): _____ No No sé¿Ha sido/está siendo tratada por depresión u otros problemas de salud mental? Sí No

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia ha sido molestada por alguno de los siguientes problemas?

• Poco interés o placer en hacer las cosas:

- No en absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

• Sintiendo desaminada, deprimida o sin esperanza:

- No en absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Vives en un lugar temporal (refugio, hotel, etc.)? Sí No¿Ha sido abusada físicamente, verbalmente, sexualmente o abandonada? Sí No¿Hay momentos en los que alguien la hace que no se sienta segura? Sí No¿Tiene un lugar seguro a donde pueda ir? Sí No¿Le preocupa quedarse sin comida? Sí No¿Usa bancos/despensas (food banks/pantries) de alimentos locales? Sí No

¿Qué preguntas o inquietudes tiene sobre su salud, hábitos alimenticios y lactancia? _____