



¡Ayude a su bebé a tener un comienzo saludable en la vida!



Por favor conteste las siguientes preguntas para determinar si algo en su vida podría afectar su salud o la salud de su bebé. Sus respuestas son confidenciales. Usted puede reunir los requisitos para recibir servicios gratuitos de los programas Healthy Start o Healthy Families, no importa cuál de su nivel de ingresos. (Completar en tinta).*

Fecha de hoy (mes/día/año): _____

1. ¿Completó la escuela secundaria o recibió un diploma de estudios generales (GED)?
2. ¿Está casada?
3. ¿Viven en su hogar niños menores de 5 años?
4. ¿Viven en su hogar niños con necesidades médicas o especiales?
5. ¿Es este un buen momento para estar embarazada?
6. Durante el último mes, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanzas?
7. Durante el último mes, ¿se ha sentido sin apoyo al enfrentar a problemas?
8. ¿Alguna vez recibió consejería o servicios de salud mental?
9. Durante el último año, ¿ha intentado alguna persona conocida lastimarla o la ha amenazado?
10. ¿Tiene dificultades para pagar sus cuentas?

YES	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Cuál es su raza? Marque una o más opciones.

- Blanca ₃ Negra Otra _____

12. Durante el último mes, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomó por semana?

- _____ bebidas ₁ no bebió

13. Durante el último mes, ¿cuántos cigarrillos fumó por día? (cada paquete contiene 20 cigarrillos)

- _____ cigarrillos ₁ no fumó

14. Si se remonta a antes de quedar embarazada, ¿deseaba usted...

- quedar embarazada ahora?
 quedar embarazada más adelante?
 ₁ no estar embarazada?

15. ¿Es este su primer embarazo?

- ₂ Si No Si la respuesta es no, proporcione la fecha de terminación de su último embarazo :
 Date: (mes/año) _____

16. Marque las siguientes situaciones que le hayan ocurrido.

- ₃ Tuvo un bebé que nació sin vida
 ₃ Tuvo un bebé que nació 3 semanas o más antes de la fecha de parto prevista
 ₃ Tuvo un bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas
 Ninguna de las opciones anteriores

PATIENT INFORMATION	Nombre: _____	Apellido _____	Inicial del 2 ^{do} Nombre _____	Número de Seguro Social: _____	Fecha nacimiento (m/d/a): _____	17. Edad: <input type="checkbox"/> ₁ <18	
	Domicilio (número/nombre de la calle, complejo de apartamentos): _____			Condado: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
	Cuidado prenatal está cubierto por: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado _____ <input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico <input type="checkbox"/> Otro _____			El mejor momento para contactarme es: _____	Número de Teléfono primario _____ Número de Teléfono secundario _____		

Yo autorizo el intercambio de mi información de salud entre el programa Healthy Start, los proveedores de Healthy Start, Healthy Start Coalitions, Healthy Families Florida, el WIC, el Departamento de Salud de Florida y mis proveedores de cuidados de la salud para los siguientes fines: prestación de servicios, pago de servicios, mejora de la calidad de los servicios o elegibilidad para el programa. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Coloque sus iniciales: _____ Si _____ No Yo también autorizo el intercambio de información de salud específica conforme se describió anteriormente, que incluye toda información con respecto a salud mental, tuberculosis, abuso de alcohol/drogas, enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA.

* Si no desea participar en el proceso de investigación, complete solamente la sección de información del paciente y firme a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

PROVIDER ONLY	LMP (mo/day/yr): _____	EDD (mo/day/yr): _____	18. Pre-Pregnancy: Wt: _____ lbs. Height: _____ ft. _____ in. BMI: _____	<input type="checkbox"/> ₁ < 19.8 <input type="checkbox"/> ₂ > 35.0
	Provider's Name: _____	Provider's ID: _____	19. Pregnancy Interval Less Than 18 Months? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes
	Provider's Phone Number: _____	Provider's County: _____	20. Trimester at 1st Prenatal Visit? _____	<input type="checkbox"/> ₁ 2nd
	Healthy Start Screening Score: _____	Check One: <input type="checkbox"/> Referred to Healthy Start. If score <6, specify: _____ <input type="checkbox"/> Not Referred to Healthy Start.		
	Provider's/Interviewer's Signature and Title _____			Date (mo/day/yr) _____