



EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PRENATAL



OBJETIVO

Construir relaciones con madres embarazadas y familias al entablar conversaciones mientras se recopila información sobre su historial médico confidencial. El personal debe asegurarse de que las mujeres embarazadas inscritas en Early Head Start tengan acceso a la salud prenatal continua y a la atención dental, así como a otros recursos familiares según la [Norma de Desempeño de Head Start 1302.80-1302.82](#). La información recopilada durante estas conversaciones apoyará los objetivos familiares, identificará las necesidades de apoyo e informará la planificación de las próximas visitas domiciliarias.

Clínicas/Seguro Médico/Dental

- Determine si la mujer embarazada tiene medicamentos y coberturas dentales y está recibiendo atención prenatal y dental regular.

Servicios de embarazo

- Determine los servicios actuales y evaluar los recursos necesarios.

Nutrición

- Determine el plan de la familia para la lactancia materna o la alimentación con fórmula. Evalúe la necesidad de más información.
- Revise el estado nutricional materno. Ofrezca derivación a un nutricionista interno.

Evaluación de riesgos

- Identifique los problemas de salud y otros factores que puedan afectar el embarazo y el parto, y ofrezca los recursos necesarios.
- Consulte con el supervisor, consultor sanitario en salud pública, los gerentes de programa con preguntas o inquietudes.

Objetivos del embarazo

- Identifique la preparación, fortalezas y expectativas de la familia para el próximo nacimiento.

PROCEDIMIENTO

Recopile la siguiente información durante las visitas domiciliarias iniciales y utilícela para planificar los próximos apoyos, las visitas domiciliarias e interacciones familiares. Esto debe completarse **en un plazo de 30 días** siguientes al Primer Día de Servicio.

Nombre: _____		Fecha de vencimiento: _____	
¿Cobertura médica para el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, qué tipo:	<input type="checkbox"/> Medicaid/Provider One <input type="checkbox"/> Seguro privado
¿Está recibiendo atención prenatal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Proveedor de atención médica para bebé elegido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Proveedor de atención médica prenatal:	_____		Teléfono: _____
Fecha de la 1.º visita prenatal:	_____		Fecha de la última visita prenatal: _____
Fecha de la próxima visita prenatal:	_____ <i>(si no hay atención prenatal, la prioridad es ponerse en contacto con el proveedor de atención)</i>		
¿Su proveedor le ha dicho que se trata de un embarazo de alto riesgo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>En caso afirmativo, especifique:</i> _____			
¿Está al día con sus propias vacunas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene preguntas sobre su nutrición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>En caso afirmativo, especifique:</i> _____			
¿Está tomando suplementos prenatales de vitaminas/hierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PRENATAL



Apoyos que recibe actualmente:	<input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo a la Maternidad (Maternity Support Services, MSS) <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Padres e Hijos (Parent Child Assistance Program, PCAP) <input type="checkbox"/> Asociación de Enfermería/Familia <input type="checkbox"/> Doula/Partera <input type="checkbox"/> WIC/SNAP <input type="checkbox"/> Consejería de Salud Mental <input type="checkbox"/> Tratamiento de dependencia química	¿Se proporcionan recursos prenatales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista: <ul style="list-style-type: none"> • •
---------------------------------------	--	--	--

¿Tiene cobertura dental? Sí No **Fecha del último examen:** _____
¿Actualmente necesita tratamiento dental? Sí No **¿Plan de tratamiento?** Sí No

Proveedor dental: _____ **En caso afirmativo, ¿cuándo?** _____
(si no hay servicios dentales, la prioridad es ponerse en contacto con el proveedor de atención)

¿Necesita asistencia con la vestimenta, el mobiliario o equipo para su bebé? Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____

¿Cómo planea alimentar a su bebé? Lactancia materna Alimentación con fórmula No sabe

¿Qué hace como actividad? ¿Con qué frecuencia? _____

¿Ha usado alguno de los siguientes durante su embarazo?
Marque todas las opciones que correspondan. Hable sobre la frecuencia de uso, si se suspende, si necesita apoyo adicional.

Cafeína: _____
Cigarros/Tabaco: _____
Medicamentos de venta libre: _____
Medicamentos recetados: _____
Alcohol/Marihuana/Otras drogas: _____

¿Quiere más información sobre alguno de los anteriores? Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre este embarazo o el nacimiento de su bebé? Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____

¿Tiene antecedentes de complicaciones del embarazo que requirieron reposo en cama u hospitalización? Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____

¿Qué pasos está tomando para prepararse para este bebé?

¿Quién es su sistema de apoyo? ¿Cómo la están apoyando?

¿Qué es lo que más espera del nacimiento de este bebé?

