

**OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY
FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL**

INFORMACIÓN SOBRE USTED
Para ser diligenciada por la paciente

Esta información será usada para ayudar a su proveedor de asistencia médica a proporcionarle servicios de atención de salud de calidad. Su información será mantenida como confidencial. Encierre "S" para Sí o "N" para No o marque el recuadro.

NOMBRE _____

(ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

APELLIDO / NOMBRE / INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

| TRABAJO/EDUCACIÓN | | | ACTIVIDADES | | | EXPOSICIÓN | | |
|-------------------------------------|---|--|--------------|---|---|--|---|---|
| S | N | ¿Está empleada? | S | N | ¿Usa maquinaria pesada? | S | N | Está expuesta a: |
| S | N | ¿Ha experimentado la pérdida de un compañero o amigo en el trabajo o la escuela? | S | N | ¿Trabaja muchas horas al día? | S | N | ¿Disolventes o limpiadores de hornos? |
| S | N | ¿Ha sido amenazada recientemente en el trabajo o la escuela? | S | N | ¿Hace tareas domésticas pesadas? | S | N | ¿Limpiadores fuertes? |
| S | N | ¿Ha estado involucrada en una discusión o pelea en el trabajo o escuela? | S | N | ¿Permanece de pie a menudo durante 30 minutos o más seguidos? | S | N | ¿Arena sanitaria para gatos? |
| S | N | ¿Ha cambiado recientemente de trabajo? | S | N | ¿Alza a menudo más de 10 kilos? | S | N | ¿Mercurio o plomo? |
| S | N | Recientemente: Ha cambiado de escuela | S | N | ¿Tiene problemas para subir escaleras? | S | N | ¿Productos para hacer cerámicas, vitrales o joyas? |
| S | N | Ha dejado la escuela | S | N | ¿Hace deporte? | S | N | ¿Ha comido carne cruda o sin cocer? |
| S | N | | S | N | ¿Viaja en auto más de 1 hora al día? | S | N | Otro _____ |
| S | N | | S | N | ¿Tiene una incapacidad que limita su actividad? | S | N | ¿Fuma? |
| S | N | | S | N | | S | N | ¿Otros fuman a su alrededor? |
| S | N | | S | N | | S | N | ¿Usa cinturón de seguridad? |
| S | N | | S | N | | S | N | ¿Cuántos compañeros sexuales tuvo el año pasado? _____ |
| HOGAR | | | APOYO SOCIAL | | | RECURSOS | | |
| S | N | ¿Tiene hijos? Edades: _____ | S | N | ¿Tiene problemas que le impidan las citas de atención médica? | S | N | ¿Tiene automóvil o acceso a transporte? |
| S | N | ¿Cuida a un miembro de la familia incapacitado? | S | N | ¿Tiene familia que la ayude? | S | N | ¿Tiene acceso a teléfono? |
| S | N | ¿Tiene enfermedades graves? | S | N | ¿Tiene amigos con quienes contar cuando necesita ayuda? | S | N | Recibe: Vales de alimentación TANF/Bienestar Ayuda para mantención de niños Ayuda para vivienda Ayuda del programa WIC |
| S | N | ¿Se mudó recientemente o planea hacerlo? | S | N | No la va bien o discute con su: Compañero Padre Amigos Hijo Otro _____ | S | N | |
| S | N | ¿Siente mucho sueño o cansancio? | S | N | | S | N | |
| S | N | ¿Se siente segura donde vive? | S | N | | S | N | |
| S | N | ¿Alguna vez usted o alguien en su casa se va a la cama sin comer? | S | N | | S | N | |
| INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE DEL BEBÉ | | | | | | SI SU COMPAÑERO ACTUAL NO ES EL PADRE DEL BEBÉ | | |
| S | N | ¿Sabe a ciencia cierta | S | N | ¿Está casada con el | | | ¿Cuántos años tiene |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|--|
| S | N | quién es el padre del bebé? Si es así, ¿cuál es la edad del padre? _____ | S | N | padre del bebé? ¿El padre del bebé está casado con otra persona actualmente? | S | N | él/ella? _____ ¿Hace cuánto lo/la conoce? _____ |
| | | ¿El padre del bebé está aquí con usted hoy? ¿Hace cuánto conoce al padre del bebé? _____ | | | ¿El padre del bebé tiene hijos que no están en el hogar? Si es así, ¿cuántos hijos tiene? _____ | | | ¿Está feliz por su embarazo? ¿Tiene hijos que no están en el hogar? Si es así, ¿cuántos tiene él/ella? _____ |
| | | ¿El padre del bebé está feliz con el embarazo? ¿Vive actualmente con el padre del bebé? | | | | | | |

Firma de la paciente:
Esta información ha sido revisada y discutida con la paciente.

Fecha:

Firma y título del proveedor de atención médica:

Fecha:

OKHCA Revisado 07-01-07

Página 1 de 4

OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL

INFORMACIÓN SOBRE LA PACIENTE
Para ser diligenciada por el proveedor de atención médica junto con la paciente

| FACTORES ESTRESANTES | | | SALUD MENTAL | | | VIOLENCIA/ABUSO | | |
|----------------------|---|---|--------------|---|---|-----------------|---|--|
| S | N | ¿Su embarazo fue planeado? | S | N | ¿Se siente abrumada, triste, descorazonada o perdió el gusto por las cosas que usualmente disfruta? | S | N | ¿Alguna vez ha tenido miedo de su compañero? |
| S | N | ¿Desea criar este hijo? | | | | S | N | ¿Durante el año pasado alguien en su hogar la golpeó, pateó, puñeteó o lastimó de otra forma? |
| S | N | ¿Tiene dinero suficiente para pagar la alimentación, vivienda y las cuentas? | S | N | ¿Está teniendo problemas para dormir? | S | N | ¿Durante el año pasado alguien en su hogar la denigró, humilló o trató de controlar lo que hace? |
| S | N | ¿Ha experimentado recientemente un evento estresante (incendio residencial, tornado, muerte)? | S | N | ¿Ha pensado recientemente en el suicidio? | S | N | ¿Durante el año pasado alguien en su hogar amenazó con hacerle daño? |
| | | | S | N | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Cuándo _____ | S | N | Alguna vez en el pasado o recientemente ha sido víctima de: |
| | | | S | N | ¿Alguna vez se le ha diagnosticado un problema de salud mental? | S | N | ¿Violación? |
| | | | S | N | ¿Alguna vez ha sido hospitalizada por un problema de salud mental? | S | N | Pasado |
| | | | S | N | ¿Asistió o asiste a consultas de salud | S | N | Recientemente |
| | | | | | | S | N | ¿Abuso mental? |
| | | | | | | S | N | Pasado |

| | | | | | | | | |
|---|----------|--|------------------|----------|---|---------------------|----------|--|
| | | | | | mental? | S | N | Recientemente ¿Victima de un delito? Pasado Recientemente ¿Alguna vez ha sido investigada por herir o descuidar un hijo? |
| PADRE DEL BEBÉ O COMPAÑERO ACTUAL EN EL HOGAR | | | NUTRICIÓN | | | LIMITACIONES | | |
| S | N | El padre del bebé o su compañero usa: | S | N | ¿Cuál considera que es su peso saludable? _____ | S | N | ¿Tiene algún problema de visión? |
| S | N | ¿Tabaco? | S | N | ¿Ingiere por lo menos 3 comidas al día? | S | N | ¿Puede oír sin problema? |
| S | N | ¿Alcohol? | S | N | ¿Está en una dieta especial? | S | N | ¿Tiene algún problema de lenguaje? |
| S | N | ¿Marihuana? | S | N | ¿Toma ácido fólico? | S | N | ¿Tiene algún problema de aprendizaje? |
| S | N | ¿Cocaína? | S | N | ¿Tiene actualmente o tuvo un problema de desorden alimenticio? | S | N | ¿Tiene alguna limitación física? |
| S | N | ¿Drogas intravenosas? | S | N | ¿Tiene problemas dentales? ¿Cuándo fue su último chequeo? _____ | | | |
| S | N | ¿Metanfetaminas? | | | | | | |
| S | N | ¿Es bisexual? | | | | | | |
| S | N | ¿Tiene múltiples compañeros? | | | | | | |
| S | N | ¿Actualmente se encuentra empleado el padre el bebé o su compañero? | | | | | | |
| MIEDOS E INQUIETUDES SOBRE EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD | | | | | | | | |
| S | N | Salud personal | S | N | Hospital | S | N | Trabajo de parto/Parto |
| S | N | Seguridad personal | S | N | Cirugía | S | N | Enfermedades del bebé |
| S | N | Estado del feto | S | N | Anestesia | S | N | Vínculo con el bebé |
| S | N | Pérdida a principios del embarazo | S | N | Pérdida perinatal | S | N | Habilidades para criar hijos |
| S | N | Complicaciones del embarazo | | | | | | |

REMISIONES:

COMENTARIOS ADICIONALES:

Firma y título del proveedor de atención médica:

Fecha:

OKHCA Revisado 07-01-07

Página 2 de 4

**OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY
FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL
INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR**

Propósito

La evaluación temprana del estrés psicosocial maternal y la subsiguiente intervención psicosocial es esencial para reducir resultados adversos tanto para la madre como para el bebé. La *Evaluación psicosocial prenatal* está diseñada para proporcionar un formato integral y estandarizado para la evaluación y la documentación de problemas psicosociales en la paciente embarazada y la remisión a recursos o servicios.

Uso

La *Evaluación psicosocial prenatal* en conjunción con una evaluación del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) “conjuntamente llamada Evaluación de riesgo prenatal” debe ser llevada a cabo lo más pronto posible en el embarazo, preferiblemente en la primera consulta. A la paciente se le debe hacer sentir la confianza de que la información obtenida durante el proceso de evaluación es importante para su cuidado y que se mantendrá como confidencial. La Evaluación de riesgo prenatal debe ser diligenciada apropiadamente e incluida en el registro prenatal. Un miembro puede recibir un máximo de 2 evaluaciones por embarazo; se permite 1 evaluación por proveedor. **La página uno está diseñada para ser diligenciada por la paciente** con la revisión por parte del médico. Se debe evaluar la habilidad de la paciente para leer o si ésta necesita ayuda para diligenciar el documento. Si es posible, la paciente debe diligenciarla en privado y a solas. **La página dos debe ser diligenciada por el médico** (obstetra/ginecólogo, MFM, médico familiar y médico general), enfermera de práctica avanzada o PA o personal médico apropiado junto con la paciente. La página dos no está diseñada para que la paciente la use sola.

Guía de revisión para el proveedor de las respuestas de la paciente en la página uno

- **TRABAJO/EDUCACIÓN:** Evalúe el trabajo o las actividades escolares, cambios recientes y relaciones interpersonales. Los cambios repentinos o frecuentes deben discutirse para evaluar el nivel de estrés, ansiedad o problemas sin resolver.
- **ACTIVIDADES:** Evalúe el nivel de actividad que podría tener un impacto durante el embarazo dependiendo del estrés particular.
- **EXPOSICIÓN:** Evalúe el riesgo ambiental a toxinas y comportamientos que aumentan el riesgo para la madre y el feto.
- **HOGAR:** Evalúe el nivel de estrés y seguridad en el hogar. Si cuida a un miembro de la familia incapacitado o que requiere cuidados médicos especiales, informe sobre la posible elegibilidad para recibir servicios de receso y remítase a Oklahoma Respite Resource Network en el 1-800-426-2747 o visite <http://oasis.ouhsc.edu/index.htm>
- **APOYO SOCIAL:** Evalúe los sistemas de apoyo para la madre. Si la madre indica que no tiene apoyos, indague las relaciones con la familia y amigos. Explore otras actividades sociales, vecindarios o iglesia donde se pueden desarrollar los apoyos sociales.

• **RECURSOS:** Evalúe los recursos financieros y la capacidad para cumplir las futuras citas. Remítase al Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma local para buscar solicitudes de ayuda financiera y otras ayudas en <http://www.okdhs.org/okdhslocal/>. Los individuos elegibles para SoonerCare (Medicaid) pueden recibir ayuda de transporte para las citas llamando al 1-877-404-4500 o al 1-800-722-0353 TDD, de 8 a.m. a 6 p.m. lunes a viernes o de 8 a.m. a 1 p.m. sábados.

• **INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE DEL BEBÉ U OTRO COMPAÑERO:**
Evalúe el apoyo del padre del bebé o el compañero de la paciente en la vida de la madre y este embarazo.

**OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY
FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL**

Guía de diligenciamiento para el proveedor de la página dos

Entrevista:

En cada sección, registre la respuesta de la paciente a las preguntas encerrando “S” para sí o “N” para no o marcando el recuadro apropiado. El entrevistador debe mantener una actitud de apoyo y una forma de preguntar con tacto al interrogar a la paciente. En lo posible el entrevistador debe ser alguien que haya desarrollado un buen entendimiento con la paciente por la naturaleza personal de las preguntas.

• **FACTORES ESTRESANTES:** Evalúe si este embarazo fue planeado, no planeado o no deseado y otros factores estresantes. Si el embarazo no fue planeado, discuta con ella sus sentimientos y los sentimientos del padre sobre el embarazo en este momento. Si el embarazo no fue deseado, remítase a los recursos locales para recibir orientación.

• **SALUD MENTAL:** Evalúe el historial de depresión, depresión actual o tendencias suicidas o la capacidad para hacer frente. Contacte al Departamento de Salud Mental y los Servicios de Abuso de Sustancias de Oklahoma, línea de ayuda en el 1-800-522-9054 para recibir servicios de abuso de sustancias y salud mental. Contacte la línea de ayuda Heartline de suicidio al 1-800-784-2433 para consulta o ayuda si es necesario.

• **VIOLENCIA/ABUSO:** Evalúe el historial de abuso o la violencia por parte de un compañero íntimo en el pasado o actualmente. Si ha habido violencia por parte de un compañero íntimo actualmente, evalúe la gravedad y si la persona tiene un plan de seguridad. Contacte a la línea de seguridad de Oklahoma, SAFELINE, en el 1-800-522-SAFE (7233) para consulta o ayuda si es necesario. Este mismo número se les puede proporcionar a los individuos como recurso. Si el abuso ocurrió en el pasado, ¿la persona

asistió a orientación para tratarlo? Si no es así, ¿cómo ha afrontado el abuso y le gustaría a ella que fuera remitida a orientación para tratarlo?

- **PADRE DEL BEBÉ O COMPAÑERO ACTUAL EN EL HOGAR:** Evalúe los comportamientos de alto riesgo que puedan indicar la necesidad de una evaluación adicional.

- **NUTRICIÓN:** Evalúe los hábitos de alimentación, el nivel de noción sobre la nutrición y el cuidado dental. La educación sobre la nutrición está disponible para participantes elegibles a través del programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC). Para información adicional llame al 1-888-655-2942 o busque un sitio del programa WIC local en www.health.state.ok.us/program/wic/sites.html. Para ubicar un asesor dietario registrado o experto, refiérase a www.oknutrition.org (Oklahoma Dietetic Association). Información sobre el programa de acceso dental perinatal disponible para mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente y están inscritas en SoonerCare se puede encontrar en <http://www.okhca.org/providers.aspx?id=3095>.

- **LIMITACIONES:** Evalúe cualquier limitación o incapacidades que puedan indicar la necesidad de una evaluación adicional.

- **MIEDOS E INQUIETUDES SOBRE EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD:** Explore las razones para los miedos e inquietudes y proporcionar información para reducir o aliviar los temores o inquietudes.

Remisiones:

Todas las remisiones deben aparecer enumeradas. Si se necesita documentación adicional respecto a las remisiones, escriba, “Ver notas del progreso” y escriba esta información en las notas del progreso.

Comentarios adicionales:

Cualquier explicación o información adicional se registra en esta sección. Si se requiere espacio adicional, documente la información adicional en las notas del progreso y escriba “Ver notas del progreso” en el espacio proporcionado.

Firma, fecha e iniciales:

Todo el personal que le proporciona servicios a la paciente debe firmar, proporcionar el título, fecha e iniciales al final del formulario.

Si más de un proveedor está proporcionando el servicio, cada miembro del personal debe poner sus iniciales en la sección que diligencie.