

**Evaluación perinatal inicial combinada**  
**(Combined Initial Perinatal Assessment)**  
**Psicosocial**  
**(Psychosocial)**

Identificador de la paciente  
(Patient Identifier)

**1. Información del embarazo**

**(Pregnancy Information)**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
(DOB) (Age)

Si es adolescente, años desde su 1<sup>ra</sup> menstruación \_\_\_\_\_  N/C  
(If teen, years since menarche) (N/A)

Alumbramiento por cesárea \_\_\_\_\_ Semanas de gestación \_\_\_\_\_  
(EDC) (Wks. Gestation)

Fecha aproximada de concepción \_\_\_\_\_  
(Approximate conception date)

Grav. \_\_\_\_\_ Núm. de alumbramientos \_\_\_\_\_  
(Grav) (Para)

Aborto terapéutico \_\_\_\_\_ Aborto espontáneo \_\_\_\_\_  
(TAB) (SAB)

Fecha en que terminó el último embarazo \_\_\_\_\_  N/C  
(Date last pregnancy ended) (N/A)

2. ¿Tuvo problemas con embarazos anteriores?  No  
(Problems with previous pregnancies?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

3. ¿Tiene problemas médicos en la actualidad?  No  
(Current medical problems?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

4. ¿Es un embarazo planeado?  Sí  
(Planned pregnancy?) (Yes)

No, describa:  
(No, describe)

5. ¿Es un embarazo deseado?  Sí  
(Wanted pregnancy?) (Yes)

No, describa:  
(No, describe)

¿Ha considerado un aborto o la adopción?  No  
(Considering abortion/adoption?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

6. ¿Ha sufrido la pérdida del embarazo o la muerte del bebé anteriormente?  No  
(Previous pregnancy loss/infant death?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

7. ¿El padre del bebé o su compañero acepta el embarazo?  No  
(FOB/partner accepts pregnancy?) (No)

Sí (Yes)

No, describa:  
(No, describe)

**Sistema familiar o de apoyo**

**(Family/Support System)**

8. Miembros de la familia (sin incluir a la paciente)  
(Members of household (not including patient))

número de adultos: \_\_\_\_\_  
(number of adults)

parentesco con la paciente:  
(relationship to patient)

número de niños: \_\_\_\_\_  
(number of children)

parentesco con la paciente:  
(relationship to patient)

9. ¿Viven todos los hijos de la paciente con ella?  N/C  Sí  
(Patient's children all live with her?) (N/A) (Yes)

No, describa:  
(No, describe)

10. La paciente se apoya emocionalmente en:  
(Patient turns to for emotional support)

el padre del bebé o su compañero  
(FOB/partner)

miembro de la familia: \_\_\_\_\_  
(family member)

amiga: \_\_\_\_\_  
(friend)

otra persona: \_\_\_\_\_  
(other)

en nadie, describa:  
(no one, describe)

11. ¿Existen problemas familiares o cosas que le produzcan estrés en la actualidad?  No  
(Current family problems/stressors?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

12. ¿Tiene contacto en la actualidad con alguna agencia de servicio social?  No  
(Current contact with any social service agencies?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

**Problemas emocionales**

**(Emotional Concerns)**

13. ¿Alguna vez ha consultado a un consejero debido a problemas emocionales?  No  
(Ever seen a counselor for emotional problems?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

**Evaluación perinatal inicial combinada**  
**(Combined Initial Perinatal Assessment)**

**Psicosocial (cont.)**  
**(Psychosocial) (cont.)**

Identificador de la paciente  
(Patient Identifier)

14. ¿Alguna vez le han recetado medicamentos para problemas emocionales?  
(Ever been prescribed drugs for emotional problems?)  No (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

15. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado debido a problemas psiquiátricos?  
(Ever been hospitalized for psychiatric problems?)  No (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

**Violencia doméstica**  
**(Domestic Violence)**

16. ¿Alguna vez la ha maltratado emocional, física o sexualmente su compañero o alguien cercano a Ud.?  
(Ever emotionally, physically, or sexually abused by a partner or someone close to you?)  No (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

17. En el último año, ¿la ha golpeado, cacheteado, pateado, empujado u obligado a tener relaciones sexuales su compañero o ex-compañero?  
(Within the last year ever been hit, slapped, kicked, pushed, shoved, forced to have sex or otherwise physically hurt by partner or ex-partner?)  No (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

18. ¿Le tiene miedo a su compañero o ex-compañero?  
(Afraid of partner or ex-partner?)  No (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

19. ¿Los hijos de la paciente han sido alguna vez víctimas de la violencia o han presenciado violencia en su hogar o su comunidad?  
(Patient's children ever been victims of violence or witnessed violence in the home or community?)  N/C  No (N/A) (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

20. ¿Hay armas de fuego o de otro tipo en el hogar?  
(Guns or other weapons in the home?)  No (No)  
 Sí, describa: (Yes, describe)

**Empleo/Finanzas**  
**(Employment/Finances)**

21. Fuente de apoyo financiero:  
(Source of financial support)  
 usted mismo, tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ (self, type of work)  
 padre del niño/compañero, tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ (FOB/partner, type of work)  
 miembro de la familia: \_\_\_\_\_  amigo: \_\_\_\_\_ (family member) (friend)  
 CalWORKS  asistencia general  otra: \_\_\_\_\_ (CalWORKS) (GA) (other)  
 problemas: (problems)

**Vivienda**  
**(Housing)**

22. Tipo de vivienda:  
(Type of housing)  
 apartamento  hotel o motel  casa  otra: \_\_\_\_\_ (apartment) (hotel/motel) (house) (other)  
 problemas: (problems)

23. **Metas para este embarazo:**  bebé saludable  otra: \_\_\_\_\_  
**(Goals for this pregnancy)** (healthy baby) (other)

**Evaluación perinatal inicial combinada**  
**(Combined Initial Perinatal Assessment)**  
**Educación para la salud**  
**(Health Education)**

Identificador de la paciente  
(Patient Identifier)

**Orientación realizada, según el protocolo: Minutos** \_\_\_\_  
(Orientation completed, per protocol: Minutes)

24. Idioma inglés: Malo Regular Bueno  
(English language) (Poor) (Fair) (Good)  
hablado     
(speaking)  
escritura /lectura  no sabe leer     
(writing/reading) (non-reader)

25. Otro idioma: \_\_\_\_\_  
(Other language) Malo Regular Bueno  
(Poor) (Fair) (Good)  
hablado     
(speaking)  
escritura /lectura  no sabe leer     
(writing/reading) (non-reader)

26. Le gusta aprender:  
(Likes to learn by)  
 leyendo /con folletos  clases/grupos  
(reading/handouts) (classes/groups)  
 maestro individual  videos  
(individual teaching) (videos)  
 otro forma:  
(other)

27. Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_  12<sup>o</sup> o más  
(Last grade completed) (12<sup>th</sup> or over)

28. ¿Tiene alguna discapacidad mental, emocional o física (auditiva, de la vista o de aprendizaje) que afecte su capacidad de aprender?  No  
(Any mental, emotional, or physical (hearing, vision, or learning) disabilities that affect ability to learn?) (No)  
 Sí, describa:  
(Yes, describe)

29. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  EE.UU.  
(Birthplace) (US born)  
 Si no nació en Estados Unidos, tiempo que ha vivido en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ meses /años  
(If not US born, length of time living in US) (months/years)

30. ¿Alguna vez ha utilizado servicios de atención médica en Estados Unidos?  Sí  
(Ever used health care services in U.S.?) (Yes)  
 No, comentarios:  
(No, comments)

31. ¿Se ha realizado una revisión dental durante los últimos 12 meses?  Sí  
(Dental check-up within past 12 months?) (Yes)  
 No, comentarios:  
(No, comments)

32. Transporte a la clínica:  autobús  carro  caminando  
(Transportation to clinic) (bus) (car) (walk)  
 taxi  otro medio:  
(taxi) (other)  
 problemas:  
(problems)

33. ¿Usa siempre el cinturón de seguridad?  Sí  
(Always use a seatbelt?) (Yes)  
 No, explique:  
(No, explain)

34. Tiene experiencia o conocimientos previos:  
(Previous knowledge/experience with)  
del embarazo  No  Yes  
(pregnancy)  
de la atención prenatal  No  Yes  
(prenatal care)  
de la atención propia en el alumbramiento o del posparto  
(delivery/postpartum self-care)  No  Yes  
de la atención y seguridad infantil  
(infant care and safety)  No  Yes

35. ¿Persona que apoyará la educación acerca de la salud o participará en ella?  Yes  
(Person to support/participate in health education?)  
 No, comentarios:  
(No, comments)

36. ¿Quién le ofrece consejos sobre el embarazo?  
(Who gives advice about being pregnant?)  
 mamá  suegra  amiga \_\_\_\_\_  
(mother) (mother-in-law) (female friend)  
 compañero  abuela  otra persona \_\_\_\_\_  
(partner) (grandmother) (other)

37. ¿Cuáles son las cosas más importantes que le han aconsejado?  
(What are the most important things they have advised?)

38. ¿Usa remedios caseros?  No  
(Use any home remedies?) (No)  
 Sí, cuáles y para qué:  
(Yes, which ones/what purpose)

**Evaluación perinatal inicial combinada**  
**(Combined Initial Perinatal Assessment)**  
**Educación para la salud (cont.)**  
**(Health Education) (cont.)**

Identificador de la paciente  
(Patient Identifier)

39. ¿Ha estado expuesta a sustancias químicas u otros peligros en el trabajo o en su casa (sustancias químicas, pinturas, barnices, insecticidas, plomo, gatos, alimentos crudos, pescado crudo, baños calientes, duchas, radiografías)?  
(Exposed to chemicals or other dangers at work or home (chemicals, paints, polishes, pesticides, lead, cats, raw food, raw fish, hot baths, douching, x-rays?))  No (No)
- Sí, describa:  
(Yes, describe)
40. ¿Se le ofreció el análisis del VIH y se le proporcionó información según el protocolo?  
(Offered HIV test, provided information per protocol?)  Sí (Yes)
- No, comentarios:  
(No, comments)
41. ¿Alguno de sus padres tuvo problemas con drogas o alcohol?  
(Did either of your parents have any problem with drugs or alcohol?)  No (No)
- Sí, describa:  
(Yes, describe)
42. ¿Tiene problemas su compañero con drogas o alcohol?  
(Does your partner have any problem with drugs or alcohol?)  No (No)
- Sí, describa:  
(Yes, describe)
43. ¿Ha consumido alguna vez cerveza, vino o licor?  
(Have you ever drunk beer/wine/liquor?)  No (No)
- Sí (Yes)
44. Durante el mes anterior a que supiera que estaba embarazada, ¿cuánta cerveza o cuánto vino o licor consumió?  
(In the month before you knew you were pregnant, how much beer/wine/liquor did you drink?)  Nada (None)
- Qué tipo:  
(Type(s))
- bebía \_\_\_\_\_ al día, a la semana o al mes  
(was drinking \_\_\_\_\_ per day/week/month)
- ahora bebe \_\_\_\_\_ al día, a la semana o al mes  
(currently drinking \_\_\_\_\_ per day/week/month)

45. Durante el mes anterior a que supiera que estaba embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumó?  
(In the month before you knew you were pregnant, how many cigarettes did you smoke?)  Ninguno (None)
- fumaba \_\_\_\_\_ al día o a la semana  
(was smoking) (per day/week)
- ahora fuma \_\_\_\_\_ al día o a la semana  
(currently smoking) (per day/week)
46. ¿Ha estado expuesta al humo de segunda mano en su casa o en otra parte?  
(Exposed to 2<sup>nd</sup> hand smoke at home/elsewhere?)  No (No)
- Sí, describa:  
(Yes, describe)
47. Durante el mes anterior a que supiera que estaba embarazada, ¿usó drogas “callejeras”?  
(In the month before you knew you were pregnant, used “street” drugs?)  Ninguna (None)
- Qué tipo:  
(Type(s))
- usaba \_\_\_\_\_ al día, a la semana o al mes  
(was using) (per day/week/month)
- ahora uso \_\_\_\_\_ al día, a la semana o al mes  
(currently using) (per day/week/month)

**Evaluación perinatal inicial combinada**  
**(Combined Initial Perinatal Assessment)**

**Nutrición**

**(Nutrition)**

Identificador de la paciente  
(Patient Identifier)

48. Evaluación del consumo de alimentos realizada  Sí (Yes)  
(Food recall/frequency completed)
49. ¿Número de veces que come al día generalmente? (Number of times per day usually eats?)  
1 2 3 4 5 6 7 more often (más seguido)
50. Ingestión diaria de líquidos (núm. de tazas, vasos o latas): (Daily liquid intake (# of cups/glasses/cans): )  
agua \_\_\_\_\_ jugo \_\_\_\_\_ leche \_\_\_\_\_  
(water) (juice) (milk)  
café o té descafeinado \_\_\_\_\_  
(decaffeinated coffee/tea)  
café o té regular \_\_\_\_\_  
(regular coffee/tea)  
sodas o ponche regular \_\_\_\_\_ soda sin cafeína \_\_\_\_\_  
(regular soda/punch) (decaf soda)  
Núm. total de tazas, vasos o latas \_\_\_\_\_  
(Total # of cups/glasses/cans)  
De éstas, núm. de las que tienen cafeína \_\_\_\_\_  
(Of these, # that are caffeinated)
51. ¿Es alérgica a algún alimento?  No (No)  
(Allergic to foods?)  
 Sí, describa: (Yes, describe)
52. ¿Evita comer algunos alimentos o algún grupo de alimentos (como lácteos, carnes, etc.)?  No (No)  
(Any foods or food groups avoided (such as dairy, meat, etc.)?)  
 Sí, indique qué alimentos y anote la razón: (Yes, list which foods and note reason)
53. ¿Tiene algún antojo de comidas o cosas que no se comen? (los ejemplos de cosas no comestibles son el hielo, yeso, fécula de maíz, polvo, barro, almidón de ropa)  No (No)  
(Food or non-food cravings? (examples of non-foods are ice, plaster, cornstarch, dirt, clay, laundry starch))  
 Sí, describa: (Yes, describe)
54. ¿Tiene molestias actualmente?  No (No)  
(Current discomforts?)  
 náuseas (nausea)  vómitos (vomiting)  estreñimiento (constipation)  
 edema (edema)  diarrea (diarrhea)  agruras (heartburn)  
 otra cosa, describa: (other, describe)

55. ¿Tiene afecciones médicas relacionadas con la nutrición (como una enfermedad crónica)?  No (No)  
(Nutrition-related medical conditions (such as chronic illness?)  
 Sí, describa: (Yes, describe)
56. ¿Se observó un estado de mala nutrición clínicamente?  No (No)  
(Clinical observations of poor nutritional status?)  
 Sí, describa (como dientes en mal estado y yagas en la boca): (Yes, describe (such as poor teeth or mouth sores))
57. ¿Tiene conocimientos o experiencia para amamantar? (Knowledge or experience with breastfeeding?)  
 tomó una clase (took class)  observó a amigas o familiares (observed friends/family)  
 ¿tiene experiencia personal? Marque una y comente: (personal experience? Circle and comment)  
negativa (negative) ninguna (none) positiva (positive)
58. ¿Planea amamantar? (Plan to breastfeed?)  
 No (No)  combinado con fórmula (combine with formula)  no está segura (not sure)  Sí (Yes)
59. ¿Toma vitaminas prenatales ahora?  Sí (Yes)  
(Currently taking prenatal vitamins?)  
 No, comente: (No, comments)  
 No, necesita una receta: (No, needs prescription)
60. Ahora está tomando (si es así; tipo, cantidad, frecuencia): (Currently taking (if yes: type, amount, frequency))  
 Nada (None)  
 vitaminas, minerales (además de las vitaminas prenatales): (vitamins, minerals (in addition to prenatal vitamins))  
 ácido fólico (folic acid)  
 hierro (iron)  
 calcio (calcium)  
 otra cosa: (other)  
 remedios naturales, té de hierbas: (natural remedies, herbal teas)  
 laxantes, antiácidos: (laxatives, antacids)  
 medicamentos sin receta (jarabe para la tos, aspirinas, etc.): (over-the-counter medicine (cough syrup, aspirin, etc.))  
 medicamentos con receta: (prescription medications)  
 otra cosa: (other)

**Evaluación perinatal inicial combinada**  
**(Combined Initial Perinatal Assessment)**  
**Nutrición (cont.)**  
**(Nutrition) (cont.)**

Identificador de la paciente  
(Patient Identifier)

61. ¿Alguna vez se ha quedado sin comida?  No  
(Ever run out of food?) (No)

Sí, describa:  
(Yes, describe)

62. ¿Está recibiendo alguna ayuda financiera o de otro tipo para conseguir comida?  No  
(Receiving any financial/other help to get food?) (No)

WIC, ubicación: \_\_\_\_\_  
(WIC, site)

estampillas de comida  alimentos de emergencia  
(food stamps) (emergency food)

SHARE  otro tipo:  
(SHARE) (other)

63. ¿Tiene acceso a una cocina funcional?  Sí  
(Have access to a working kitchen?) (Yes)

No. ¿Cómo cocina sus alimentos? Comente:  
(No. Way to cook food? Comment)

No. ¿Tiene refrigerador para almacenar sus alimentos?  
(No. Refrigerator to store food?)

Comente:  
(Comment)

64. ¿Hace ejercicios cuando menos 3 veces por semana?  
(Exercising at least 3 times each week?)

Sí, comente: (Yes, comment)

No, comente: (No, comment)

65. Coloque el peso en la cuadrícula correcta.  
(Plot weight on appropriate grid.)

Peso antes del embarazo: \_\_\_\_\_ lb. Estatura: \_\_\_\_\_  
(Weight pre-pregnancy) (Height)

De acuerdo a lo anterior, el aumento de peso recomendado es:  
(Based on above, recommended weight gain is)

- 28-40 lb. (Bajo peso) (2° y 3° trimestre, aumento de 4+ libras al mes)  
(28-40 lb. (Underweight) (trimester 2/3 wt. gain 4+/mo))
- 25-35 lb. (Peso normal) (2° y 3° trimestre, aumento de 4+ libras al mes)  
(25-35 lb. (Normal) (trimester 2/3 wt. gain 4+/mo))
- 15-25 lb. (Sobre peso) (2° y 3° trimestre, aumento de 2+ libras al mes)  
(15-25 lb. (Overweight) (trimester 2/3 wt. gain 2+/mo))
- 15 o más lb. (Obesidad) (varía)  
(15 or more lb. (Obese) (varies))

Peso actual: \_\_\_\_\_ lb.  
(Today's weight)

Aumento de peso a la fecha durante el embarazo: \_\_\_\_\_ lb.  
(Weight gain to date this pregnancy)

66. ¿Es adecuado el aumento de peso actual?  Sí  
(Current weight gain appropriate?) (Yes)

No, el aumento de peso es excesivo  
(No, excessive weight gain)

No, el aumento de peso es inadecuado  
(No, inadequate weight gain)