



Recién Nacido

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy Gracias!

Escala de Edinburgh (Spanish Version)

PLACE PATIENT LABEL HERE

La Nombre del Obstetrica o Doctora normal

El numero telefonico: _____

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Éste es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

- Sí, siempre
 Sí, casi siempre
 No, muy a menudo
 No, nunca

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

En los últimos 7 días:

- He podido reír y ver el lado bueno de las cosas
 Tanto como siempre
 No tanto ahora
 Mucho menos
 No, no he podido
- He mirado al futuro con placer
 Tanto como siempre
 Algo menos de lo que solía hacer
 Definitivamente menos
 No, nada
- Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal
 Sí, casi siempre
 Sí, algunas veces
 No muy a menudo
 No, nunca
- He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 No, nada
 Casi nada
 Sí, a veces
 Sí, a menudo
- He sentido miedo o pánico sin motivo alguno
 Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, nada
- Las cosas me oprimen o agobian
 Sí, casi siempre
 Sí, a veces
 No, casi nunca
 No, nada
- Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir
 Sí, casi siempre
 Sí, a menudo
 No muy a menudo
 No, nada
- Me he sentido triste y desgraciada
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, nada
- He estado tan infeliz que he estado llorando
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 Sólo ocasionalmente
 No, nunca
- He pensado en hacerme daño a mí misma
 Sí, bastante a menudo
 Sí, a menudo
 Casi nunca
 No, nunca

Score: _____

Office Use Only:

Declined Home Visiting Counseling

Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

0-6 Meses (0-6 Months)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

					Nutrition
1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
2	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
					Safety
4	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
5	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
6	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
7	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
8	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
9	¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
10	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
11	¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
					Dental Health
14	En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

15	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Drug, Alcohol & Tobacco Exposure</i>
16	¿Hay algún miembro en la familia del niño que tenga o haya tenido problema de drogas o de alcohol? <i>Family members with drug or alcohol problems?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Tiene su niño miembro en la familia que sufra de depresión, ansiedad, TEPT o otra enfermedad mental? <i>Family members with depression, anxiety, PTSD?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Home Environment</i>
18	(para mamá de familia) ¿Ha sido usted golpeada, lastimada o amenazada por su pareja o otra persona en su hogar? <i>(For parents) Does a partner, or anyone at home, hurt, hit or threaten you?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	¿Se le ha separado a su niño de alguno de sus padres por más de un mes, debido a alguna enfermedad de los padres, separación de los padres, a un encarcelamiento u otra razón? <i>Child has been away from either parent due to parental illness, separation, foster care, parental incarceration or other reasons?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Le ha sucedido algo verdaderamente aterrador o angustiante a su niño o a otra persona en la familia del niño? <i>Has anything really scary or upsetting happened to child or anyone in family?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Durante el último año, ¿le ha preocupado que se le terminen los alimentos antes de poder conseguir más? <i>Worried that food would run out before you were able to get more?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
22	Durante el último año, ¿le ha preocupado tener que mudarse de su hogar por no poder pagar la renta, o por otras razones? <i>Worried that you would need to move out of a place you were staying due to inability to afford the rent, or for other reasons?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Other Questions</i>
23	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Drug, Alcohol & Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Home Environment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:



Evaluación de Necesidades Familiares^{1,2}

Nuestro objetivo en Gardner Packard Children's Health Center es brindar la mejor atención posible para su hijo y su familia. Nos gustaría asegurarnos de que conoce los recursos disponibles para las necesidades de su familia. Por favor, conteste a las preguntas y dar al médico de su hijo al comienzo de la visita. ¡Gracias!

1. ¿En cuál de estas áreas le gustaría recibir ayuda o recursos adicionales hoy? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida
- Alojamiento
- Condiciones de vivienda (ejemplo: moho en casa)
- Utilidades
- Transporte
- Apoyo Educativo
- Cuidado de niños o preescolar

- Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál de las preocupaciones anteriores es la más importante de hoy?



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

Riesgo por exposición

1. ¿Algún familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto tuvo tuberculosis? Sí No
2. ¿Ha tenido su hijo/a, un familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto un resultado positivo en un análisis de tuberculosis o ha recibido medicamentos para tratar la tuberculosis? Sí No
3. ¿Nació su hijo/a en otro país*? Sí No
4. ¿Ha viajado su hijo/a fuera de los Estados Unidos (por más de un mes)*? Sí No

*Excluyendo Canadá, Australia, Nueva Zelanda o los países del norte y el oeste de Europa

Confirmando que la información arriba detallada es verdadera según mi leal entender y saber.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____