

Encuesta para cuidadores

COMPLETAR EN

- **Inscripción:** para todos los cuidadores
- **Prenatal:** 32-40 semanas
- **Posparto:** 1-8 semanas, 6 meses, 1 año
- **Cuidadores que no sean del período perinatal:** cada 6 meses desde la inscripción

Nombre de la persona que visita el domicilio: _____

Nombre del/la cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Fecha de la visita/fecha de la encuesta: _____ / _____ / 20_____

1. Código postal actual del/la cliente: _____

2. Marque todas las evaluaciones que el/la cliente recibió hoy

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Experiencias de racismo | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar/normas para fumar |
| <input type="checkbox"/> Financiera | <input type="checkbox"/> Apoyo social |
| <input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Vivienda/entorno del hogar | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Atención médica - <i>ejemplo: PNC, hogar médico, salud bucal</i> | <input type="checkbox"/> Violencia o maltrato |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/depresión | <input type="checkbox"/> Visión o audición |

3. ¿El/la cliente fuma cigarrillos?

- Sí
- No [👇 PASE A LA PREGUNTA 5](#)
- Se negó a responder [👇 PASE A LA PREGUNTA 5](#)

4. De ser así, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de uno | <input type="checkbox"/> 6-9 |
| <input type="checkbox"/> 1-5 | <input type="checkbox"/> Más de diez |

5. ¿El/la cliente usa cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina?

EJEMPLO: VAPEADORES, PIPAS DE AGUA ELECTRÓNICAS, PIPAS DE AGUA, CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS, PIPAS ELECTRÓNICAS, PARCHE, CHICLE, TABACO PARA MASCAR, ETC.

- Sí
- No [👇 PASE A LA PREGUNTA 7](#)
- Se negó a responder [👇 PASE A LA PREGUNTA 7](#)

6. De ser así, ¿con qué frecuencia usa cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina?

- Más de una vez al día
- Una vez por día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- Se negó a responder

7. Si el/la cliente tiene antecedentes de consumo de sustancias (incluido el tabaco), ¿existe un plan en caso de recaída?

- Sí
- No, el/la cliente dice que no lo necesita
- El/la cliente no sabe
- No corresponde, sin antecedentes de consumo de sustancias
- Se negó a responder
- Otro: _____

8. ¿Tiene el/la cliente un plan de vida reproductiva?

- Sí
- No
- El/la cliente no sabe
- Se negó a responder
- Otro: _____

9. ¿La clienta [o la pareja] está haciendo algo ahora para evitar quedar embarazada?

- Sí
- No, la clienta está embarazada en este momento [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, la clienta está tratando de quedar embarazada [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, a la clienta no le importa quedar embarazada [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, la clienta está preocupada por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, la clienta no quiere usar métodos anticonceptivos [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, la clienta no tiene recursos financieros para métodos anticonceptivos [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, la clienta tiene problemas para acceder a métodos anticonceptivos [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- No, la clienta tiene problemas de infertilidad/problemas para quedar embarazada/no cree que pueda quedar embarazada [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- La clienta no sabe [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- Se negó a responder [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)
- Otro: _____ [⬇ PASE A LA PREGUNTA 11](#)

10. ¿Qué método anticonceptivo usa la clienta [o la pareja] para evitar el embarazo?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abstinencia | <input type="checkbox"/> Parche |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas o histerectomía | <input type="checkbox"/> Anillo de cuello uterino |
| <input type="checkbox"/> Solo pareja(s) del mismo sexo | <input type="checkbox"/> Vacuna anticonceptiva (Depo-provera, Lunelle) |
| <input type="checkbox"/> Preservativo masculino | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Preservativo femenino | <input type="checkbox"/> Método anticonceptivo de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Diafragma/capuchón cervical/esponja | <input type="checkbox"/> Implante anticonceptivo |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar natural (método del ritmo) | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Espermicidas/jalea/espuma/crema/supositorio/VCF | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Método de retirada | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas | |

11. ¿El/la cliente tiene un proveedor de atención primaria o un hogar médico?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí
- Todavía no, está en una lista de espera
- No, no pudo encontrar una cita que se ajuste a su horario
- No, el/la cliente/cuidador afirma que no puede encontrar un proveedor que comprenda a su familia
- No, el/la cliente/cuidador afirma que los proveedores no tratan a la familia con respeto
- No, falta de transporte al proveedor
- No, no hay nadie que cuide a los otros niños durante una cita
- No, no tiene recursos financieros para un proveedor
- No, el/la cliente/cuidador afirma que el cliente no necesita un proveedor
- No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro
- No, no hay proveedores en su área
- Se negó a responder
- No, otro: _____

12. ¿El/la cliente recibe atención dental recomendada de un proveedor dental primario o un higienista dental?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí, de un dentista
- Sí, de un higienista dental únicamente
- Sí, de un curador tradicional
- Todavía no, está en una lista de espera
- No, recibe atención dental de un proveedor de emergencia cuando es necesario
- No, el/la cliente/cuidador afirma que no puede encontrar un proveedor que comprenda a su familia
- No, el/la cliente/cuidador afirma que los proveedores no tratan a la familia con respeto
- No, falta de transporte al proveedor
- No, no hay nadie que cuide a los otros niños durante una cita
- No, no tiene recursos financieros para un proveedor
- No, el/la cliente/cuidador afirma que el/la cliente no necesita un proveedor
- No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro
- Se negó a responder
- No, otro: _____

13. ¿Quién más está involucrado actualmente en la atención de este(a) cliente?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapeuta conductual | <input type="checkbox"/> Farmacia/farmacia de compuestos farmacológicos |
| <input type="checkbox"/> Comunidad/vecinos/amigos | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Bienestar infantil del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Oregón | <input type="checkbox"/> Líder religioso/de fe |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Discapacidades del Desarrollo (Servicios de DD) | <input type="checkbox"/> Personal de enfermería escolar |
| <input type="checkbox"/> Educación especial para la primera infancia | <input type="checkbox"/> Seguridad social |
| <input type="checkbox"/> Servicios de intervención temprana | <input type="checkbox"/> Coordinador de educación especial |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia extendida | <input type="checkbox"/> Proveedor especializado |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Terapeuta del habla |
| <input type="checkbox"/> Seguro/pagador/CCO | <input type="checkbox"/> Curador tradicional |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de equipos médicos | <input type="checkbox"/> Nadie más |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de padres/pareja/compañeros | |

14. Durante los últimos seis meses, ¿cuál ha sido la percepción del/de la cliente sobre su estado de salud mental y emocional?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente o muy buena | <input type="checkbox"/> Regular o mala |
| <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |

15. Durante los últimos seis meses, ¿había alguien a quien el/la cliente pudiera acudir para recibir apoyo emocional diario con la crianza de sus hijos?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Se negó a responder PASE A LA PREGUNTA 18 |
| <input type="checkbox"/> No | |

16. ¿Con qué frecuencia el/la cliente tiene conexiones con otras familias que comparten situaciones de vida similares para recibir apoyo?

EJEMPLO: MADRES RECIENTES, FAMILIAS DE NIÑOS CON NECESIDADES SIMILARES, JÓVENES EN TRANSICIÓN A LA ADULTEZ, ABUELOS CRIANDO NIETOS, ETC.

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Regularmente PASE A LA PREGUNTA 18 |
| <input type="checkbox"/> Se negó a responder PASE A LA PREGUNTA 18 |

17. ¿Al/la cliente le gustaría estar en contacto con otras familias que comparten situaciones de vida similares?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Se negó a responder |

[i](#) Si el cuidador es PRENATAL [PASE A LA PREGUNTA 18](#)

[i](#) ¡Si el cuidador está en Babies First! y NO ES PERINATAL [FINAL DE LA ENCUESTA](#)

[i](#) ¡Si el cuidador está en Babies First! y POSNATAL (nacimiento - dos meses) [PASE A LA PREGUNTA 21](#)

[i](#) Si el cuidador está en CaCoon [PASE A LA PREGUNTA 22](#)

CUIDADOR EN EL PERÍODO PRENATAL

18. ¿Cuál fue la fecha de la primera consulta de atención prenatal de la cliente? _____ / _____ / 20 _____

- Sin atención prenatal
- Se informó anteriormente
- Se negó a responder
- Se desconoce

19. ¿Cuál es la intención de alimentación del/de la cliente para el bebé?

- Leche materna
- Leche de fórmula
- Leche materna y de fórmula
- Se negó a responder
- Se informó anteriormente
- Otro: _____

20. ¿Con qué frecuencia la cliente toma vitaminas prenatales o ácido fólico?

- 1-3 veces por semana
- 4-6 veces por semana
- Todos los días
- No toma vitaminas prenatales o ácido fólico
- Se negó a responder

i Si el cuidador prenatal está en Babies First! **➔** FINAL DE LA ENCUESTA

ÚNICAMENTE POSNATAL: DEL NACIMIENTO A LOS DOS MESES DE POSPARTO

21. ¿La cliente ha tenido una consulta de posparto para sí misma?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí
- Todavía no, está en una lista de espera
- No, no pudo encontrar una cita que se ajuste a su horario
- No, la cliente/cuidador afirma que no puede encontrar un proveedor que comprenda a su familia
- No, la cliente/cuidador afirma que los proveedores no tratan a la familia con respeto
- No, falta de transporte al proveedor
- No, no hay nadie que cuide a los otros niños durante una cita
- No, no tiene recursos financieros para un proveedor
- No, la cliente/cuidador afirma que la cliente no necesita un proveedor
- No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro
- No, no hay proveedores en el área de la cliente
- Se negó a responder
- No, otro: _____

i Si el cuidador posnatal está en Babies First! **➔** FINAL DE LA ENCUESTA

22. Durante los últimos 6 meses, ¿tuvo el/la cliente problemas para pagar alguna de sus facturas médicas o de atención médica o las de su hijo?

- No, no tuvo gastos médicos o relacionados con la salud [FINAL DE LA ENCUESTA](#)
- No, no tuvo problemas para pagar las facturas médicas [FINAL DE LA ENCUESTA](#)
- Sí, tuvo problemas para pagar sus propias facturas médicas
- Sí, tuvo problemas para pagar las propias facturas médicas de su hijo
- Sí, tuvo problemas para pagar sus propias facturas médicas Y las de su hijo
- Se negó a responder [FINAL DE LA ENCUESTA](#)

23. Si el/la cliente tuvo problemas para pagar las facturas médicas, ¿recibió alguna ayuda financiera para pagar las facturas médicas?

- Sí [FINAL DE LA ENCUESTA](#)
- Se negó a responder [FINAL DE LA ENCUESTA](#)
- No

24. De no ser así, le gustaría acceder a recursos que le ayuden a pagar las facturas médicas?

- Sí
- No
- Se negó a responder