



Gaston County Department of Health & Human Services

Maternity Clinic, 991 West Hudson Boulevard, Gastonia 28052
Summit Midwifery and High Risk Obstetrics, 890 Summit Crossing, Gastonia, 28054
Highland Health Center, 609 North Highland Street, Gastonia, 28052

Maternity Care Cuidado de Maternidad

BIENVENIDOS al programa de Maternidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Gaston. Nuestro objetivo es ayudarle tener un embarazo saludable y un bebé sano!

Por favor lea este documento con cuidado y pregunte que les explique lo que no entiende por completo.

En este documento se describen los servicios que ofrecemos en todas nuestras clínicas de maternidad—en Hudson Boulevard, Summit Midwifery and High Risk Obstetrics, y a Highland Health Center. Cuando termine se le pedirá que firme un formulario de consentimiento que indica que usted ha leído y entendido este documento.

Si recibe atención prenatal temprana y regular tiene más probabilidades de tener un embarazo saludable y un bebé sano. Te invitamos a ser nuestro socio como te enseñamos acerca de su embarazo y cómo puede mantenerse saludable.

También queremos que usted esté consciente de los riesgos de cuando sacamos la sangre. Puede que se desmaye o que tenga enrojecimiento, hinchazón, dolor, moretones, sangrado, o, en casos raros, una infección donde la aguja fue puesta.

Si usted desea ir a un médico privado, por favor háganos saberlo y con mucho gusto le haremos una lista de médicos locales que proporcionan atención obstétrica. Por favor, díganos si se decide ir a otra práctica médica. Si usted viene al departamento de salud or ir a un médico privado, es muy importante que reciba cuidado prenatal regular. Sin el cuidado prenatal, puede que haya problemas médicos que no están identificados o tratados que pueden afectar a usted y su bebé.

Solamente ayudamos a las mujeres dar luz a los bebés en el Gaston Memorial Hospital. Si usted tiene problemas médicos, nosotros podemos ingresarla en el hospital para evaluaciones o cuidado. Se le pedirá que usted firme un formulario de consentimiento para los servicios del parto que vamos a proporcionarle.

Información General

Durante su **primera visita** se le pedirá que complete un formulario con sus antecedentes médicos y familiares. También sacaremos una muestra de sangre, orina y muestras vaginales para las siguientes pruebas. Vamos a documentar los resultados de las pruebas en su expediente médico y en cuanto a las pruebas especiales, que hemos marcado con (*), se le pedirá que firme un formulario de consentimiento especial.

| | |
|--|---|
| Detección de anticuerpos | VIH / SIDA (*) |
| Grupo sanguíneo y tipo | Detección de drogas al azar (*) |
| Detección de clamidia | Rubeóla |
| Conteo sanguíneo completo | Detección de células falciformes (*) |
| Detección de la fibrosis quística (opcional) (*) | Sífilis |
| Detección de gonorrea | Detección de tuberculosis (si es necesario) |
| Hepatitis B | Análisis de orina |
| HgbA1C (glicemia) | Varicela |

Si es necesario realizar otras pruebas médicas, vamos a hablar con usted.

DHHS- Salud Pública

Atención Médica de Maternidad Apta Para Usted...

El Departamento de Salud y Servicios Humanos-Salud Pública brinda atención de maternidad adaptada a las necesidades individuales de nuestros pacientes. Sus necesidades particulares determinarán qué tipo de atención necesita y a qué sitio asistirá.

Atención de Maternidad de Rutina – DHHS-PH Hudson Blvd., Highland Health Center, o Summit Midwifery & High Risk Obstetrics – este modelo es una atención médica tradicional personalizada con una Partera, Enfermera Practicante o un médico.

Cuidado Incluye:

- ❖ Visitas con la enfermera seguidas de un proveedor
- ❖ Educación individualizada
- ❖ Pruebas de rutina para el bienestar de la madre y el bebé
- ❖ Centrarse en las necesidades individuales

Atención de Maternidad de Alto Riesgo – Summit Midwifery & High Risk Obstetrics, – este modelo es una atención médica tradicional personalizada con un Médico o Partera. Condiciones de Alto Riesgo incluyen pero no se limitan a:

- ❖ Diabetes, Trastornos Convulsivos, Trastornos de la Salud Mental, Presión Arterial Alta, Gemelos, Uso de Drogas, Antecedentes de Nacimientos Prematuros.

Cuidado Incluye:

- ❖ Visitas con la enfermera seguidas de un proveedor
- ❖ Educación individualizada
- ❖ Pruebas de rutina para el bienestar de la madre y el bebé
- ❖ Centrarse en las necesidades individuales

Recomendamos encarecidamente a todos los pacientes de maternidad que asistan a nuestras clases de Educación sobre el parto dirigidas por instructores capacitados en Parto. Por favor llame al 704-853-5301 hoy para registrarse.

También vamos a llevar a cabo un examen físico para comprobar su peso, su altura, su presión arterial, su pulso, sus senos, y al examinar el pelvis podemos hacer una prueba de Papanicolaou.

Al final de su primera visita le vamos a programar visitas:

- Cada 4 semanas hasta la semana 28 de su embarazo
- Cada 2 semanas desde la semana 28 a la semana 36 de su embarazo
- Cada semana entre la semana 36 y la semana 40 de su embarazo, dos veces a la semana después de la semana 40 del embarazo. Su parto será provocado si usted llega a las 43 semanas de embarazo

En sus visitas subsecuentes, vamos a obtener, evaluar, y actualizar lo siguiente:

- Los tonos cardíacos fetales y el tamaño de su útero
- La vacuna contra la gripe será ofrecida al usuario si está embarazada durante la temporada de gripe
- La prueba de VIH se repetirá durante el tercer trimestre
- Historial médico desde su última visita
- Detección de alfafetaproteína (MSAFP) que tiene como objetivo buscar señales del síndrome de Down y la espina bífida. Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento especial antes de tomar esta prueba
- Prueba sin esfuerzo (NST) para monitorear el corazón de su bebé y las contracciones
- Pruebas de drogas al azar se llevarán a cabo según sea necesario con su consentimiento
- Detección de diabetes
- Peso, presión arterial, y su orina

Como parte de su cuidado en curso, podríamos hacerle un referimento para un ultrasonido o a otros especialistas.

Números de teléfono para hacer preguntas o para dejar mensajes para la enfermera, lunes—viernes, 8:00 a 4:30

- **704-853-5008** para la clínica de maternidad en Hudson Boulevard
- **704-853-5464** para la clínica de Summit Midwifery and High Risk Obstetrics
- **704-853-1550** para la clínica de Highland Health Center

Número de teléfono para llamar y programar o cambiar citas, lunes – viernes 8:00 – 4:30

- **704-853-5073** El Departamento de Salud Línea Hispana (Clínica de Maternidad en Hudson, Summit Midwifery and High Risk Obstetrics, y Highland Health Center)

Números de teléfono para llamar si usted tiene un problema urgente

- Para ***verdaderas emergencias***, llame al 911
- Cuando la clínica está cerrada (durante las noches, los fines de semanas y los días festivos), por favor, llame a la partera al **704-470-2512**. No vaya al hospital sin primero llamar y hablar con la partera. La partera le dará instrucciones sobre qué hacer. Si usted llama primero, esto puede evitar una visita a la sala de emergencia. La partera no renovará medicamentos o recetas fuera de las horas regulares de la clínica. **Cuando llame, por favor lista para leer información de su tarjeta blanca.**
- **Entre 8:00 y 4:30**, Lunes a viernes, llame la clínica donde recibe cuidado de maternidad (los números de teléfono que aparecen arriba)

Un mensaje será tomado por la secretaria y será dado a una enfermera registrada (RN). La enfermera registrada revisará el mensaje y consultará a un proveedor médico para determinar qué es lo mejor para usted. Una enfermera o un proveedor médico le llamarán. Así pues, asegúrese que está cerca del teléfono.

Cuando llame, por favor, esté lista para leer información de su tarjeta blanca.

Señales de peligro que debería reportar enseguida

- Un disminución significativo o ningún movimiento fetal
- Un aumento significativo de movimiento fetal
- Quemazón, dolor o sangre al orinar
- Dolor de pecho
- Escalofríos o fiebre que usted haya chequeado con un termómetro
- Dolor abdominal (uterino) seguido
- Mareos, visión borrosa o ver la luz muy brillante y centellante
- Pérdida de líquido o un flujo abundante de líquido de la vagina
Dolores regulares de su útero, dolor de espalda, cambios en la secreción u otras señales de parto antes de 37 semanas
- Dolores de cabeza severos o frecuentes
- Vómitos severos
- Hinchazón en las manos, los pies o la cara que persiste
- Sangrado vaginal que sea más que manchas

La Exposición a la Varicela:

- Si entra en contacto con alguien que tenga la varicela, llame inmediatamente al Departamento de Salud al (704) 853-5008. ***No entren*** en la clínica o ir al hospital. Si el Departamento de Salud está cerrado, llame a la partera al 704-470-2512 y dígame la fecha y la hora que se expuso y su fecha de vencimiento.

Las responsabilidades de la paciente: Lo que puede hacer para participar en su cuidado prenatal

- Cumplir con sus citas y llegar a tiempo. Si no llega a tiempo, puede que su cita sea reprogramada. Si no puede venir a su cita, llame la línea hispana (704-853-5073) antes de su cita para discutir y volver a programar.
- Si usted no viene a sus citas, puede perder exámenes y cuidado médico importantes
- Háganos saber si usted tiene problemas con el transporte
- Nos dice inmediatamente si usted se muda o cambia su número de teléfono para que podamos llamar con los resultados del laboratorio o si tenemos que cambiar su cita
- Participar en las clases y programas que ofrecemos: Clases de Parto, Embarazo Centrado, Clases de Lactancia, WIC, y Recén Nacido y Post-Parto Visitas al Hogar
- Hacer preguntas acerca de su embarazo o la atención que está recibiendo

HISTORIA DE LA SALUD MATERNA:
Evaluación Inicial Sobre La Nutrición

| |
|---------------|
| Patient Label |
|---------------|

Deberá ser completada por la paciente o por un miembro del personal adecuado. COMPLETAR CON TINTA NEGRA SOLAMENTE.

Por favor, conteste las siguientes preguntas.

Marque con una "X" en la caja por SÍ o NO, lo que sea aplicable. Cuando se solicite, aliste comentarios. Al completar este formulario, entrégueselo al personal.

| PREGUNTA | SÍ | NO | N/A | COMENTARIOS |
|--|----|----|-----|---|
| ¿Tiene usted alergia a cualquier comida? | | | | Si su respuesta es "sí," describa sus alergias: |
| ¿Se brinca usted una comida 5 veces a la semana o más? | | | | |
| ¿Tiene usted intolerancia a la lactosa (Productos con la leche)? | | | | |
| ¿Tiene usted dificultades para obtener alimentos? | | | | |
| ¿Desea información sobre dieta o alimentación? | | | | |
| ¿Cómo piensa alimentar a su bebé? | | | | <input type="checkbox"/> Leche Materna <input type="checkbox"/> Fórmula <input type="checkbox"/> No he decidido |
| ¿Tuvo algún problema para amamantar a sus otros hijos? | | | | |
| ¿Ha tenido usted alguna cirugía en el seno? | | | | Si su respuesta es "sí," procedimiento y fecha: |
| ¿Tiene alguna pregunta sobre la lactancia materna? | | | | |
| ¿Sigue usted alguna dieta especial? | | | | Si su respuesta es "sí," describa su dieta |
| ¿Alguna vez ha deseado comer algo que no sea un alimento, tal como hielo, arcilla, tierra, almidón para ropa, jabón en polvo, papel o grava? | | | | Si su respuesta es "sí," haga una lista: |
| ¿Tiene usted actualmente o ha tenido algún trastorno de la alimentación, tal como pica severa, anorexia nerviosa, bulimia, etc.? | | | | Si su respuesta es "sí," haga una lista: |
| ¿Ha tenido alguna operación para reducir la obesidad, tal como una cirugía bariátrica? | | | | Si su respuesta es "sí," procedimiento y fecha |

SECTION G: To be completed by staff.

Notes: _____

Interpreter Used: N/A No Yes Interpreter Name: _____

Referrals Made: None: Nutritionist WIC Other: _____

Signature of Reviewer: _____ Date: _____

| | | | |
|--|----------------------------|--|-----------------------|
| The following diagnoses may require a nutritionist referral and care plan by nutritionist: | | | |
| Previous low birth weight infant | Pre-pregnancy BMI <18.5 | Autoimmune disorder (lupus, colitis, etc) | Substance use |
| Intrauterine growth restriction | Inadequate weight gain | Hgb <10 gm or Hct < 30% | Multiple fetuses |
| Medications, Herbal supplement use | Maternal age 16 or younger | Pre-pregnancy overweight | Excessive weight gain |
| Metabolic Disorders (diabetes, PKU, thyroid dysfunction, etc) | | Chronic Infection (HIV/AIDS, hepatitis, etc) | |
| Chronic Medical Disease (inflammatory bowel, hyperlipidemia, liver disease, renal disease, heart disease, hypertension, malabsorption syndromes) | | | |

| |
|---------------|
| Patient Label |
|---------------|

HISTORIA DE LA SALUD MATERNA:
Evaluación Inicial Sobre La Psicología Social

Deberá ser completada por la paciente o por un miembro del personal adecuado.

Por favor complete las siguientes preguntas.

Marque con una "X" en la caja por SÍ o NO, lo que aplique. Cuando se solicite, aliste comentarios. Al completar esta formulario, entrégueselo al personal.

| PREGUNTA | SÍ | NO | COMENTARIOS |
|--|----|----|--|
| ¿Hay algunos factores culturales o religiosos que afectarían sus opciones de atención médica? | | | Aliste los factores culturales o religiosos: |
| ¿Esta experimentando problemas familiares o personales? * | | | |
| ¿Cuál es su nivel más alto de educación alcanzado? | | | Nivel más alto alcanzado: |
| ¿Está usted empleada? | | | |
| ¿Tiene una vivienda adecuada y segura? * | | | Aliste las personas que viven con usted: |
| ¿Tiene aparatos que funcionan (estufa, refrigerador, plomería, etc.)? * | | | Aliste los problemas o las necesidades: |
| ¿Tiene usted transporte? * | | | Aliste los tipos de transporte: |
| ¿Tiene usted recursos del hogar adecuado? * | | | |
| ¿Quiénes son sus personas de apoyo? | | | Aliste las personas de apoyo: |
| ¿Cuáles son sus planes para el bebé? * | | | <input type="checkbox"/> Criar al niño <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| ¿Tiene alguna limitación física o problemas de audición, lectura, hablar o entender? * | | | Aliste las limitaciones físicas o problemas: |
| ¿Ha experimentado algún tipo de daño significado en último año, tal como la muerte, la pérdida de empleo, la vivienda, la relación de ruptura, enfermedad grave o un ser querido en los militares desplegados? + | | | Si es "SÍ" – adénir comentarios: |
| En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? + | | | Si es "SÍ" – agregar comentarios: |
| En las últimas dos semanas, ¿ha tenido menos interés o placer en hacer las cosas? + | | | Si es "SÍ" – agregar comentarios: |
| En las últimas dos semanas, ¿ha pensado en hacerse daño a sí misma o a otra persona? + | | | Si es "SÍ" – agregar comentarios: |

Firma de la Paciente (de autoadministrado) _____ Fecha: _____

Intérprete Utilizado: N/A SÍ No Nombre del Intérprete: _____

Signature of Reviewer: _____ Date: _____

* Psychosocial/case management referral required

** LCSW referral required

+ Psychosocial or LCSW referral required

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL PERSONAL Y MÉDICO**Note to Staff: Information to be entered into computer; form NOT to be scanned**

No tengo ninguna historia de problemas médicos distintos de los accidentes o infecciones menores, y estoy tomando ningún medicamento de venta con receta.

Nadie en mi familia tiene algún problema médico que no sean accidentes o infecciones menores.

Soy adoptada o alejada de mi familiar biológica y por lo tanto no conocen sus historiales médicos.

Por favor compruebe si usted o miembros de su familia inmediata ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

Hermanos—significa sus hermanos y hermanas biológicas solamente

| | Yo | Madre | Padre | Hermano/a |
|---|----|-------|-------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> automóvil <input type="checkbox"/> fractura con yeso o conjunto externa <input type="checkbox"/> fractura con el conjunto quirúrgico | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> actualmente tomando medicamentos Lista _____ <input type="checkbox"/> actualmente no toma medicamentos <input type="checkbox"/> nunca requiriendo medicamentos <input type="checkbox"/> han tenido transfusion de sangre por anemia fecha: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> actualmente estoy tomando medicamentos Lista _____ <input type="checkbox"/> no estoy tomando medicamentos actualmente <input type="checkbox"/> nunca requiere medicación | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Otro | | | | |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento/Trastornos genéticos <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Retraso Mental <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tay-sachs <input type="checkbox"/> Corea de Huntington <input type="checkbox"/> Defecto del Tubo Neural (espina abierta, anencefalia, mielomeningocele) <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Síndrome X Frágil <input type="checkbox"/> Distrofía Muscular | | | | |

| | Yo | Madre | Padre | Hermano/a |
|---|----|-------|-------|-----------|
| __ Coágulos de Sangre __ DVT __ embolia pulmonar | | | | |
| __ Transfusión de Sangre | | | | |
| __ Problemas en los Senos __ Cambios Fibroquísticos __ Mastitis o abscesos __ Fibroadenoma __ Quiste o descarga __ Bulto o masa __ Cáncer | | | | |
| __ Cáncer __ Seno __ Pulmón __ Ovárica __ Leucemia __ Intestino __ Otro—por favor enumere _____ __ Cervical | | | | |
| __ D (Rh) sensibilizado __ Tipo de Sangre Negativo | | | | |
| __ Problemas dentales __ Enfermedad de las encías __ Caries o cavidades __ Dentaduras postizas o placas parciales | | | | |
| __ Diabetes __ Uso de insulina ahora ___ Edad en que comenzó (para usted) __ Sólo gestacional __ Pastillas por vía oral solamente __ Controlado por dieta Proveedor que está prescribiendo la medicina _____ | | | | |
| __ Trastornos de la alimentación __ Anorexia __ Atracones __ Bulimia ___ Pica ___ | | | | |
| __ Trastornos gastrointestinales __ Síndrome del colon irritable __ ERGE __ Estreñimiento crónico __ Diverticulitis __ Enfermedad de Crohn Usted Solamente: __ Cirugía de banda gástrica __ Año de cirugía _____ __ Pérdida de peso total hasta la fecha _____ | | | | |

| | Yo | Madre | Padre | Hermano/a |
|---|----|-------|-------|-----------|
| ___ Dolores de Cabeza ___ Tensión ___ Migraña ___ Otro Algún medicamento prescrito por paciente solamente _____ Proveedor que está prescribiendo la medicina a la paciente _____ | | | | |
| ___ Enfermedad del Corazón Para usted: ___ Prolaso Mitral Se toma antibióticos? ___ Sí ___ No ___ Antecedentes de fiebre reumática ___ Nacido con defecto cardíaco Nombre de defecto _____ Ninguna cirugía requerida Año y hospital de corrección quirúrgica _____ ¿Cuándo fue su último examen con el cardiólogo? _____ | | | | |
| Historia familiar: ___ Ataque al corazón ___ Derrame cerebral ___ Aneurisma ___ Cirugía | | | | |
| ___ Alta presión sanguínea ___ Solamente durante el embarazo o el parto ___ No estoy tomando medicamento ___ Actualmente estoy tomando medicación(aliste) _____ Proveedor que está prescribiendo la medicina a la paciente _____ | | | | |
| Historia de Citomegalovirus: ___ No ___ Sí | | | | |
| Historia de Toxoplasmosis: ___ No ___ Sí | | | | |
| ___ Hiperlipidemia ___ Estoy tomando medicamento ___ No estoy tomando medicamento | | | | |
| ___ Inmunosupresión/VIH/SIDA ___ Receptor del trasplante ___ SIDA ___ cero positivo para el VIH ___ Neutropenia ___ Estoy tomando medicamento inmunosupresor Enumerar: _____ | | | | |

| | Yo | Madre | Padre | Hermano/a |
|--|----|-------|-------|-----------|
| ___ Problemas en los riñones o en la vejiga ___ Infecciones del tracto urinario frecuentes ___ Historia de infecciones renales que requieren atención médica ___ Cálculos renales ___ Stents ___ Cistitis intersticial ___ Cirugía ___ Diálisis | | | | |
| ___ Problemas del hígado o la vesícula biliar ___ Cirugía de vesícula biliar ___ Cálculos biliares ___ Hepatitis: ___ A ___ B ___ C ___ cirrosis ___ Otra enfermedad del hígado (enumerar) _____ | | | | |
| ___ Problemas menstruales ___ Períodos irregulares ___ Períodos pesados ___ PCOS | | | | |
| ___ Salud mental/problemas psiquiátricos ___ Depresión ___ Ansiedad ___ Bipolar ___ Ataques de pánico ___ trastorno de déficit de atención o trastorno de déficit de atención hiperactividad ___ Dificultades de aprendizaje/retraso ___ Autismo o espectro del autismo ___ Esquizofrenia Paciente Solamente ___ Intento de suicidio ___ Año ___ hospitalización (aliste las fechas) _____ ¿Tiene un tutor legal? ___ No ___ Sí Nombre de tutor legal _____ | | | | |
| ___ Problemas musculoesqueléticos ___ EM (esclerosis múltiple) ___ Enanismo ___ DM(distrofia muscular) ___ Escoliosis ___ Osteogénesis imperfecta | | | | |
| ___ Trastornos neurológicos ___ Epilepsia Paciente solamente ___ Eclampsia ___ Epilepsia ___ Edad al momento del diagnóstico Fecha de la última convulsión _____ ___ Nunca uso medicamento ___ Estoy tomando medicamento ahora Nombre de medicina: _____ ___ He usado medicamento en el pasado Nombre de medicina _____ ___ Nombre/ubicación del neurólogo | | | | |

| | Yo | Madre | Padre | Hermano/a |
|---|----|-------|-------|-----------|
| __ Depresión post-parto __ Tratado con medicamento __ Tratado con asesoramiento __ No tratado/resuelto | | | | |
| __ Problemas pulmonares __ Bronquitis crónica __ Tuberculosis (TB) __ EPOC __ Neumonía Si TB: ¿ha completado tratamiento de INH? __ Sí __ No | | | | |
| __ Trastornos sensoriales: __ discapacidad auditiva __ requiere intérprete de lenguaje de señas __ ceguera __ otro (Enumerar) _____ | | | | |
| __ Enfermedades de la piel/Problemas __ Eczema __ Psoriasis __ Otro—Enumerar _____ | | | | |
| __ Células falciformes o anomalía en la sangre __ Rasgo de células falciformes __ Enfermedad de células falciformes __ Trombofilia __ Porfria __ Thalesemia __ Hemofilia __ Factor V Leiden __ Otra hemoglobinopatía _____ | | | | |
| __ Problemas de tiroides __ hipotiroidismo __ hipertiroidismo Indique todos los medicamentos actuales _____ | | | | |
| __ Anormalidades uterinas __ Forme bicorne __ Útero septado __ La exposición al DES __ Fibromas documentadas por un médico | | | | |
| __ Venas varicosas __ Debajo de la rodilla __ Muslo __ Vulva | | | | |
| __ Otra historia médica pertinente no mencionada anteriormente _____ _____ | | | | |

HISTORIA DE LA CIRUGÍA: Enumerar todas las cirugías (incluso las cirugías orales) que ha tenido:

| Cirugía | Fecha/Año |
|---------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

MEDICAMENTOS: Enumerar medicamentos actuales (con receta y venta libre):

Esto debería leer: Enumere todos los medicamentos actuales (de prescripción y de venta libre y sin receta incluyendo vitaminas y suplementos):

| Medicamento | Dosis |
|-------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ALERGIAS: Enumerar todos medicamentos, comidas y otras alergias

FARMACIA: Enumerar farmacia actual y ubicación/número de teléfono (si te lo sabes)

Nombre: _____

Ubicación: _____ Número de teléfono: _____

Bilingual Lead and Pregnancy Risk Questionnaire

Answer each question by checking the
small "YES," "NO," or "UNSURE" box.

Marque su respuesta a cada pregunta en la casilla
indicada (Sí, No, o No sabe).

***If there is at least one "yes or unsure" box checked off, the
patient should have a blood lead test. The patient's care should
be managed according to CDC guidelines based on test results.***

| | | |
|---|------------|------|
| 1. Last Name | First Name | MI |
| 2. Patient Number | | |
| 3. Date of Birth (MM/DD/YYYY) | | |
| | Month | Day |
| | | Year |
| 4. Race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> White | | |
| 5. Ethnic Origin <input type="checkbox"/> Hispanic Cuban <input type="checkbox"/> Hispanic Mexican American <input type="checkbox"/> Hispanic Other <input type="checkbox"/> Hispanic Puerto Rican <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Unreported | | |
| 6. Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male | | |
| 7. County of Residence | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 1. Have you ever had a high blood lead level? ¿Ha tenido usted alguna vez niveles de plomo altos en la sangre? | YE S <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you spent any time outside of the United States in the past 12 months? If yes: Where? ¿Ha estado usted fuera de los Estados Unidos en los pasados 12 meses? Sí es Sí ¿Dónde? | YE S <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you use pottery, remedies, spices, foods, candies or make-up that are not sold in a regular drug store or are homemade, but are sent to you from another country? ¿Usa usted cerámica, remedios caseros, especias, comida, dulces o maquillaje que son hechos en casa, o que no son vendidos en una farmacia regular, o son enviados de otro país? | YE S <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |
| 4. Sometimes pregnant women have the urge to eat nonfood items such as clay, soil, plaster, paint chips, or crushed pottery. Do you ever eat any of these things— even accidentally? Algunas veces las mujeres embarazadas tienen el impulso de comer arcilla (barro), tierra, yeso, pedazos de pintura o de cerámica. ¿Ha comido usted alguna vez uno de estos, aunque sea por accidente? | YE S <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |
| 5. a) Was your home built before 1978? b) This past year, have there been any renovations in your home that involved sanding or scraping? a) ¿Fue su casa construida antes de 1978? b) ¿Ha habido una remodelación en su casa donde se raspó o lijó algo? | YES a) <input type="checkbox"/> Sí a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> | NO a) <input type="checkbox"/> No a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> | UNSURE a) <input type="checkbox"/> No sabe a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> |
| 6. Do you or others in your household have a job or a hobby that involves possible lead exposure, such as home renovation or working with stained glass, ceramics, jewelry, auto repair, battery manufacturing or firearms (projectiles, bullets or firing ranges)? ¿Usted o miembros de su familia tienen un trabajo o pasatiempo que implique la posible exposición a plomo, como son la renovación de casas o trabajos con vidrios de color, cerámica, joyería, reparación de vehículos o fabricación de baterías/pilas o armas de fuego (proyectiles, balas o campos de tiro)? | YE S <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 7. Based on the results of a laboratory test, have you been told there's lead in your home's water? ¿Con base en los resultados de una prueba de laboratorio, le han dicho que hay plomo en el agua de su casa? | YES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |
| 8. Have any of your children had an elevated blood lead level (>5 µg/dL)? ¿Alguno de sus hijos ha tenido un nivel alto de plomo en la sangre (>5 ug/dL)? | YES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | UNSURE <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> |

Fecha _____

Bilingual Lead and Pregnancy Risk Questionnaire Instructions

- Purpose:** To assess and document past and present risk factors for lead exposure that may impact pregnancy.
- Instructions:** This form can be self-administered by the patient or verbally-administered by staff. Instruct the patient or staff to check off the responses of either "yes," "no," or "unsure" for each question. Regardless of who completes the form, it must be reviewed by staff to determine if clarifications are needed. If there is at least one "yes" box checked off, the patient should have a blood lead test and upon results, subsequently managed according to CDC Guidelines.
- The best time to conduct this questionnaire is during the initial new obstetric intake. If a blood draw is needed, it should be conducted during the time of initial obstetric labs. However, this questionnaire can be administered any time during the pregnancy.
- The CDC Guidelines can be accessed at www.cdc.gov/nceh/lead.
- Disposition:** This form is to be retained in accordance with the records disposition schedule of medical records as issued by the Division of Archives and History, and the form should become part of the patient's medical record.
- Location:** Go to the following link to access this form and print as needed:
<http://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm>.

Instrucciones para el cuestionario de riesgo de plomo durante el embarazo

- Objetivo:** Evaluar y documentar factores de riesgo pasados y presentes de la exposición al plomo que pueda afectar el embarazo.
- Instrucciones:** Este formulario puede ser auto-administrados por el paciente o verbalmente administrado por el personal. Instruir al paciente o al personal de marcar las respuestas de "sí", "no" o "no sabe" por cada pregunta. Independientemente de que complete el formulario, éste debe ser revisado por el personal para determinar si se necesitan aclaraciones. Si hay al menos un "sí" o un cuadro marcado con "no sabe", el paciente debe someterse a una prueba de plomo en la sangre y los resultados serán administrados posteriormente de acuerdo con las directrices de los CDC.
- El mejor momento para realizar este cuestionario es durante la cita obstétrica inicial. Si se necesita una extracción de sangre, debe llevarse a cabo al mismo tiempo que se hacen los exámenes de laboratorio obstétricos iniciales. Sin embargo, este cuestionario se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo.
- Se pueden consultar las Directrices de los CDC en: www.cdc.gov/nceh/lead.
- Disposición:** Este formulario debe ser conservado en conformidad con el calendario de eliminación de documentos del historial clínico como se indica por la División de Archivos e Historia, y la forma debe ser parte del historial médico del paciente.
- Localización:** Vaya al siguiente enlace para acceder a este formulario e imprimir según sea necesario:
<http://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm>.