

## Cuestionario de Inscripción en Healthy Beats

*Por favor conteste las siguientes preguntas:*

<b>1. ¿Es este su primer embarazo?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>¿Si no, cuantos embarazos ha tenido?</b>
<b>2. ¿Este embarazo fue planeado?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>3. ¿Tiene usted acceso a anticonceptivos?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>¿Si no, está interesada en obtener anticonceptivos?</b> Yes                      No
<b>4. ¿Tiene usted actualmente un médico de obstetra?</b>  Nombre del obstetra: _____ Clínica de Obstétrica: _____  Ultima cita obstétrica: ___/___/___      Próxima cita obstétrica: ___/___/___  ¿Cuál es su fecha para dar a luz? ___/___/___	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>5. ¿Cuál es el nombre del padre de su bebe? _____</b>  Fecha de nacimiento: ___/___/___      Edad: _____      Teléfono móvil: _____  Dirección: _____  Lugar de empleo: _____			
<b>6. ¿Tiene usted una fuente estable de ingresos?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>7. ¿Si si, le alcanza para sus necesidades básicas? (ropa, alimentos, hogar)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>8. ¿Actualmente consume usted productos de Tabaco de cualquier tipo?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>9. ¿Si si, desea usted obtener información sobre como dejar de fumar?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>10. ¿Usa o ha usado drogas en el pasado?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>9. ¿Durante su último embarazo, sintió usted que necesitaba uno de los siguientes servicios? Para cada uno, seleccione No si no necesito ese servicio y SI si tuvo la necesidad de ese servicio.</b>			
<b>a. Estampillas de Alimentos o dinero para comprar alimentos (SNAP)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>b. WIC (el Programa de Suplementos Especiales para Mujeres, Niños e infantes)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>c. Consejería para familias y problemas personales</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>d. Ayuda para dejar de fumar o dejar las drogas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>e. Ayuda para reducir la violencia en mi hogar</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>f. Ayudar para llenar la solicitud de Medicaid</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>g. Transporte para citas de cuidado prenatal /Obstetra</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>h. Ayuda para encontrar un medico obstetra</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>10. ¿Tiene usted problemas con su hogar actual? (seleccione con un circulo)</b>  Pagar la renta    Con quien vivo    Reparaciones    Necesito un lugar donde vivir	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>11. ¿Necesita usted asistencia con lo siguiente: (seleccione con un circulo)</b>  Clases de parto/como ser padres    Clases sobre amamantar a su bebe/Ropa de maternidad Opciones de Adopción	<b>Si</b>	<b>No</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>	



## Cuestionario de Inscripción de Healthy Beats

La información en este formulario de consentimiento se le ha dado para informarlo acerca de los servicios de salud que recibirá. Si usted comprende esta información y recibe los servicios, firme este formulario para indicar su consentimiento.

**NOTIFICACION:** El Distrito Metropolitano de Salud de San Antonio (SAMHD) le recomienda que busque un doctor personal o clínica médica comunitaria para exámenes y tratamiento de problemas de salud. Los servicios de la clínica SAMHD están enfocados en prevenir problemas de salud en aquellos que no tienen acceso a un médico. SAMHD no puede hacerse cargo de los costos médicos con respecto a servicios médicos recibidos fuera de esta clínica.

**RENUNCIA SOBRE EVALUACION:** SAMHD lleva a cabo exámenes de evaluación, las cuales pueden identificar individuos que corren riesgo de desarrollar problemas médicos comunes y pueden requerir evaluación médica y tratamiento de un médico privado, clínica médica comunitaria o sala de emergencias. Exámenes de evaluación no cubren todas las enfermedades/condiciones y no son diagnósticos. Puede que no identifiquen todas las enfermedades que se intenta detectar y no reemplazan o constituyen una exanimación completa. Yo comprendo que SAMHD no me ha dado garantía acerca del resultado de mis exámenes.

**SENTIMIENTO GENERAL:** Yo comprendo que tengo un embarazo de alto riesgo y me están inscribiendo en el programa Latidos Saludables de SAMHD dado el estado de mi embarazo y me comprometo a recibir las llamadas de chequeo rutinarias. También yo doy consentimiento al personal de Latidos Saludables para comunicarse con mi médico obstetra para obtener información acerca de mi embarazo.

**NOTIFICACION DE PRIVACIDAD:** Con algunas excepciones usted tiene el derecho de saber qué información SAMHD está recaudando acerca de usted y pedir una copia de aquella información. Usted tiene el derecho de recibir y revisar la información cuando la pida. Usted también tiene el derecho de pedir a SAMHD una corrección de cualquier información que esta incorrecta. Usted puede permitir o restringir la emisión de esta información. Yo he recibido una copia de la notificación de privacidad de SAMHD de acuerdo con HIPAA con fecha de 4/14/03 la cual explica en más detalle como la información médica puede ser utilizada o emitida.

Yo certifico que este formulario se me ha sido explicado y comprendo sus contenidos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los servicios y riesgos y beneficios y se me contestado todas mis dudas a mi satisfacción.

<input type="checkbox"/> <b>Sí, inscribame.</b>		<input type="checkbox"/> <b>NO, no me inscriba.</b>		<b>Código:</b>	
<b>Nombre del paciente:</b>				<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del paciente:</b>				<b>Testigo:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b># de Seguridad Social:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Tamaño de su familia:</b>	<b>Ingreso mensual:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Apto #</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b> Bexar o _____	<b>Estado:</b>
		<b>Código postal:</b>			
<b>¿Tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<b>Si sí, por favor seleccione que tipo de seguro médico tiene:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro:			
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Bi-Racial: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<b>Sexo/Genero:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	
		<b>Mis parejas sexuales son</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Poli amorosa <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Nivel educativo:</b> <input type="checkbox"/> 6 <sup>to</sup> -8 <sup>vo</sup> Grado <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Estudio parte de tiempo en la universidad <input type="checkbox"/> Certificación Profesional <input type="checkbox"/> Título de Bachiller <input type="checkbox"/> Título de Maestría <input type="checkbox"/> Título de Doctorado			
<b>Estatus militar:</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Veterana					
<b>¿Durante su más reciente embarazo, le ha dicho algún doctor, enfermera, u otro trabajador de salud que usted tenía alguna siguientes infecciones? Para cada infección seleccione No si nunca le dijeron que tenía esta infección y Si si la tuvo.</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Verrugas genitales (HPV)</b>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No estoy segura		<input type="checkbox"/> <b>Hepatitis C</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Herpes</b>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No estoy segura		<input type="checkbox"/> <b>Gonorrea</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Clamidia</b>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No estoy segura		<input type="checkbox"/> <b>Sífilis</b>	
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No estoy segura	
<b>¿Has tenido una prueba de VIH antes de este embarazo?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No estoy segura					

0 DATA RESULTS  
0 STD MIS 0 ENTERED  
0 TWOC 0 PROVIDED

Incentive provided: \_\_\_\_\_