



# INSCRIPCIÓN

Primer Aliento

<b>Número del Cliente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento del Cliente:</b>
<b>Fecha de Hoy:</b>	<b>Semanas de Gestación:</b>

- ¿Cómo clasificaría su nivel de estrés actual? (Favor de marcar con un círculo)    Bajo    Medio    Alto    Muy Alto
- ¿Durante la última semana ha sentido triste, infeliz o desesperada?  
 Sí, la mayoría del tiempo     Sí, frecuentemente     Sí, pero no muy frecuentemente     No, para nada
- ¿Cuántas personas hay en que se puede contar cuando necesita ayuda?    0    1-2    3-5    6+
- ¿A qué edad empezó a fumar? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos cigarrillos fumaba **por día** un **mes antes** de que estaba embarazada? (20 cigarrillos vienen en un paquete)  
 No he fumado, ni una chupada ocasional     11 a 20 cigarrillos (hasta 1 cajetilla)  
 Unos cuantos algunos días, pero no todos los días     21 a 30 cigarrillos  
 1 a 5 cigarrillos     31 a 40 cigarrillos (hasta 2 cajetillas)  
 6 a 10 cigarrillos     Más de 40 cigarrillos (más de 2 cajetillas)
- ¿Antes de que estaba embarazada, qué tan pronto después de amanecer fumó su primer cigarrillo?  
 Inmediatamente- dentro de 5 minutos     31 minutos a 1 hora     No sé  
 6 a 30 minutos     Más de 1 hora
- ¿Anteriormente cuántas veces se ha intentado de dejar de fumar? \_\_\_\_\_ (tiene que ser un número)
- ¿Cuántos cigarrillos ha fumado **cada día** en la **última semana**? (20 cigarrillos vienen en un paquete)  
 No he fumado, ni una chupada ocasional     11 a 20 cigarrillos (hasta 1 cajetilla)  
 Unos cuantos algunos días, pero no todos los días     21 a 30 cigarrillos  
 1 a 5 cigarrillos     31 a 40 cigarrillos (hasta 2 cajetillas)  
 6 a 10 cigarrillos     Más de 40 cigarrillos (más de 2 cajetillas)
- ¿Qué le parece dejar de fumar y/o mantenerse libre de cigarrillos?  
 Quiero dejar de fumar para siempre     Quiero reducir el consumo de tabaco  
 No quiero dejar de fumar     No sé lo que quiero  
 Quiero dejar de fumar hasta que nazca el bebé
- ¿Qué tan importante es dejar de fumar a usted?  
\_\_\_ No es importante    \_\_\_ No muy importante    \_\_\_ Un poco importante    \_\_\_ Muy importante
- ¿Qué tan importante es mantenerse libre de cigarrillos a usted?  
\_\_\_ No es importante    \_\_\_ No muy importante    \_\_\_ Un poco importante    \_\_\_ Muy importante
- ¿Qué tan segura está que será libre de tabaco en un año?  
\_\_\_ Nada segura    \_\_\_ No muy segura    \_\_\_ Un poco segura    \_\_\_ Muy segura

## PARA EL PROVEEDOR MÉDICO

1. ¿Quién completó este formulario? ___ Proveedor    ___ Cliente    ___ Los dos
2. ¿Dónde se completó este formulario? ___ Clínica/oficina    ___ Hogar de cliente    ___ Otro: _____
3. ¿Cuándo se completó este formulario? ___ Durante la visita    ___ Después de la visita    ___ Durante y después de la visita.



# SEGUIMIENTO PRENATAL

Primer Aliento

Número del Cliente:	Fecha de Nacimiento del Cliente:
Fecha de Hoy:	Semanas de Gestación:

- ¿Cómo clasificaría su nivel de estrés actual? (Favor de marcar con un círculo)    Bajo    Medio    Alto    Muy Alto
- ¿Durante la última semana ha sentido triste, infeliz o desesperada?  
 Sí, la mayoría del tiempo     Sí, frecuentemente     Sí, pero no muy frecuentemente     No, para nada
- ¿Cuántas personas hay en que se puede contar cuando necesita ayuda. (Favor de marcar con un círculo)  
0          1-2          3-5          6+
- ¿Cuántos cigarrillos ha fumado **cada día** en la **última semana**? (20 cigarrillos vienen en un paquete)  
 No he fumado, ni una chupada ocasional                       11 a 20 cigarrillos (hasta 1 cajetilla)  
 Unos cuantos algunos días, pero no todos los días             21 a 30 cigarrillos  
 1 a 5 cigarrillos     31 a 40 cigarrillos (hasta 2 cajetillas)  
 6 a 10 cigarrillos     Más de 40 cigarrillos (más de 2 cajetillas)
- ¿Qué le parece dejar de fumar ahora mismo?  
 Quiero dejar de fumar para siempre                                       No quiero dejar de fumar  
 Quiero dejar de fumar hasta que nazca el bebé                         No sé lo que quiero  
 Quiero reducir el consumo de tabaco.
- ¿Qué tan importante es dejar de fumar a usted?  
\_\_\_ No es importante          \_\_\_ No muy importante          \_\_\_ Un poco importante          \_\_\_ Muy importante
- ¿Qué tan importante es mantenerse libre de cigarrillos a usted?  
\_\_\_ No es importante          \_\_\_ No muy importante          \_\_\_ Un poco importante          \_\_\_ Muy importante
- ¿Qué tan segura está que será libre de tabaco en un año?  
\_\_\_ Nada segura                  \_\_\_ No muy segura                  \_\_\_ Un poco segura                  \_\_\_ Muy segura

## PARA EL PROVEEDOR MÉDICO

1. ¿Quién completó este formulario?    ___ Proveedor    ___ Cliente    ___ Los dos
2. ¿Dónde se completó este formulario?    ___ Clínica/oficina    ___ Hogar del cliente    ___ Otro: _____
3. ¿Cuándo se completó este formulario?    ___ Durante la visita    ___ Después de la visita    ___ Durante y después de la visita

### Mandar por Correo o Fax a:

Wisconsin Women's Health Foundation | 2503 Todd Drive Madison, WI 53713 | Fax: 608-251-4136



# POSPARTO

Primer Aliento

<b>Número del Cliente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento del Cliente:</b>
<b>Fecha de Hoy:</b>	<b>Fecha de Parto:</b>

- ¿Está amamantando a su bebé actualmente?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha amamantado a su bebé?  Sí  No
- ¿Cómo clasificaría su nivel de estrés actual? (Favor de marcar con un círculo) Bajo Medio Alto Muy Alto
- ¿Durante la última semana ha sentido triste, infeliz o desesperada?  
 Sí, la mayoría del tiempo  Sí, frecuentemente  Sí, pero no muy frecuentemente  No, para nada
- ¿Cuántas personas hay en que se puede contar cuando necesita ayuda? 0 1-2 3-5 6+
- ¿Cuántos cigarrillos ha fumado **cada día** en la **última semana**? (20 cigarrillos vienen en un paquete)  
 No he fumado, ni una chupada ocasional  11 a 20 cigarrillos (hasta 1 cajetilla)  
 Unos cuantos algunos días, pero no todos los días  21 a 30 cigarrillos  
 1 a 5 cigarrillos  31 a 40 cigarrillos (hasta 2 cajetillas)  
 6 a 10 cigarrillos  Más de 40 a cigarrillos (más de 2 cajetillas)
- ¿Cómo cambiaron sus hábitos de fumar durante su embarazo y cómo han cambiado desde que dio a luz?

Número de cigarrillos fumados por día	Semanas 1-13 1er trimestre	Semanas 14-26 2do trimestre	Semanas 27-parto 3er trimestre	Posparto
Ninguno (ni siquiera una chupada)				
Unos cuantos, no cada día				
1 a 5				
6 a 10				
11 a 20 (hasta una cajetilla)				
21 a 30				
31 a 40 (hasta 2 cajetillas)				
Más de 40				

- ¿Qué tan importante es dejar de fumar ahora que nació su bebé?  
 No es importante  No muy importante  Un poco importante  Muy importante
- ¿Qué tan importante es mantenerse libre de cigarrillos ahora que nació su bebé?  
 No es importante  No muy importante  Un poco importante  Muy importante
- ¿Qué tan segura está que será libre de tabaco en un año?  
 Nada segura  No muy segura  Un poco segura  Muy segura

## PARA EL PROVEEDOR MÉDICO

1. Resultado del embarazo: <input type="checkbox"/> Parto a término <input type="checkbox"/> Parto de un feto muerto o muerte del infante. <input type="checkbox"/> Parto prematuro (37 semanas o más temprano) <input type="checkbox"/> Infante con circunstancias especiales (favor de describir): _____	
2. <b>Bebé A</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Peso al nacer: _____ <input type="checkbox"/> libras <input type="checkbox"/> onzas <input type="checkbox"/> gramos Medida al nacer: _____ (pulgadas)	<b>Bebé B</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Peso al nacer: _____ <input type="checkbox"/> libras <input type="checkbox"/> onzas <input type="checkbox"/> gramos Medida al nacer: _____ (pulgadas)
3. ¿Quién completó este formulario? <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Los dos	
4. ¿Dónde se completó este formulario? <input type="checkbox"/> Clínica/oficina <input type="checkbox"/> Hogar del cliente <input type="checkbox"/> Otro: _____	
5. ¿Cuándo se completó este formulario? <input type="checkbox"/> Durante la visita <input type="checkbox"/> Después de la visita <input type="checkbox"/> Durante y después de la visita	

