

**HISTORIAL DE SALUD DE LA MADRE — PARTE C-1**

**Evaluación psicosocial inicial**

(PARA SER AUTO DILIGENCIADO O  
 COMPLETADO POR EL  
 PERSONAL)

1. Apellido	Nombre	IM
2. Número de paciente		
3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		
	Mes	Día
4. Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco		Año
5. Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano cubana <input type="checkbox"/> Hispano mexicano-americano <input type="checkbox"/> Otro hispano <input type="checkbox"/> Hispano puertorriqueño <input type="checkbox"/> No es hispano/latino <input type="checkbox"/> No reportado		
6. Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
7. Condado de residencia		

Por favor conteste las siguientes preguntas. Coloque una X o marca de verificación en el cuadro para SÍ o NO, según corresponda.

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿ Actualmente vive en un lugar seguro?		
2. ¿Actualmente Tiene estufa y refrigerador que funcionen? Agua corriente y plomería interior?		
3. ¿Actualmente Tiene limitaciones físicas o problemas para oír, leer y hablar? Tiene algún problema de aprendizaje?		
4. ¿Actualmente Ha experimentado algún tipo de evento vital importante en el último año? Como la muerte de alguien cercano, pérdida de empleo, preocupaciones por la vivienda, problemas en sus relaciones, enfermedad grave o la asignación de un ser querido en el servicio militar.		
5. ¿Actualmente Hay alguna razón que cree que podría impedirle asistir a sus citas? ¿Actualmente Transporte, horario de trabajo, falta de guardería, carencia de apoyo familiar?		
6. Ya completó el PHQ-9 o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)?		
7. Durante el último año, ¿Actualmente alguien le ha amenazado o golpeado, abofeteado, pateado, escupido o herido físicamente de otra forma?		
8. Desde que está embarazada, ¿Actualmente alguien le ha amenazado o golpeado, abofeteado, pateado, escupido o herido físicamente de otra forma?		
9. Si se siente insegura, ¿sabe a dónde puede ir o tiene a una persona de confianza para llamar?		
10. En el último año, ¿alguien le ha obligado a realizar actos sexuales que la hicieron sentir incómoda?		
11. Evaluación de uso de sustancias: Complete el formulario 5Ps Modificado, si no se ha completado el Análisis de Riesgo de Embarazo		
12. ¿Actualmente Otras personas fuman, usan cigarrillos electrónicos o vaporizadores a su alrededor?		
13. ¿Actualmente Cuál de los siguientes productos ha usado en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos/vaporizador <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco masticable <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo <input type="checkbox"/> Narguile <input type="checkbox"/> Tabaco de consumo oral "Snus" <input type="checkbox"/> Tiras <input type="checkbox"/> Tabaco soluble <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro		
14. Si pudiera elegir el mejor momento para su embarazo, le gustaría quedar embarazada: <input type="checkbox"/> En otro momento <input type="checkbox"/> No lo cambiaría, mi embarazo fue planeado <input type="checkbox"/> En ningún momento <input type="checkbox"/> No lo cambiaría, aunque no fue planeado		

Comentarios/Notas: \_\_\_\_\_

Utilización de Intérprete:  N/A  No  Sí Nombre del intérprete: \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal que revisa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **MATERNAL HEALTH HISTORY — PART C-1**

### **Initial Psychosocial Screening Instructions**

<u>Purpose:</u>	To assess and document initial psychosocial information on the prenatal patient.
<u>Instructions:</u>	The patient should complete items 1- 14. Staff should document results on the Interval Psychosocial Screening form. Maternal Health History, Part C-2. Documentation of referrals and follow up should occur in the narrative notes.
<u>Case Management:</u>	No to #1 or #2, a referral to CMHARP and/or community resources should be completed.
<u>Communication Barriers:</u>	Yes to #3 requires further clinician response and evaluation to establish patient's needs and ensure understanding and connection to resources.
<u>Stressors, Losses and Support:</u>	Yes to #4 or #5 a referral to CMHARP, LCSW or community resources should occur.
<u>Depression:</u>	PHQ-9 or EPDS should be completed. Based on the PHQ-9 or EPDS score, a referral could be needed to LCSW or Local Management Entity (LME) /community mental health resource. Score should be documented in narrative notes or per Health Department policy.
<u>Interpersonal Violence:</u>	Yes, to any or all #7, #8, #9, and/or #10 requires further clinician response and evaluation to establish (1) patient's current safety, (2) need for a safety plan, and/or (3) referral to community resources. Health Department policy should guide this intervention. A referral to CMHARP should be completed.
<u>Substance Use:</u>	#11, if a Risk Screening from <b>has not</b> been completed, patient should complete the Modified 5P's to evaluate for substance use.
<u>Tobacco:</u>	#12, #13, based on responses requires further clinician response including the 5A's and evaluation for smoking cessation.
<u>Intendedness:</u>	#14 if responses "at another time" or "not at all" are recorded, further clinician response is required, including evaluation for possible referral to CMHARP or LCSW.
<u>Disposition:</u>	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.
Location:	Go to the following link to access this form and print as needed: <a href="https://wicws.dph.ncdhhs.gov/provpart/forms.htm">https://wicws.dph.ncdhhs.gov/provpart/forms.htm</a>