

Nombre de la Promotora : \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**PROYECTO LEAD**  
**FORMA DE CONTACTO DE INFORMACION PRENATAL**

(Para ser usado solo con mujeres que estan embarazadas o que piensan que estan embarazadas)

**Toda esta informacion recolectada es confidencial y no sera compartida con nadie sin su consentimiento.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Codigo Postal \_\_\_\_\_

3. Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

3a. ¿Tiene maquina contestadora?

Si

No

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

4. Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_ ¿Habla usted Ingles? Si No

5. ¿Ha usted tenido un examen para el embarazo?

Si. No

Donde: En una clinica del condado En casa Ambas

6. ¿Cuantos meses de embarazo? \_\_\_\_\_

Fecha en que nacerá: \_\_\_\_\_

7. ¿Es este su primer embarazo? Si No

8. ¿Tiene usted un doctor al que usted esta viendo por este embarazo? Si No

**(Si la respuesta es SI, pase a la pregunta 9.) (Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 12.)**

9. Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clinica \_\_\_\_\_

10. ¿Cuando comenzo usted a ver al doctor? \_\_\_\_\_ (¿Cuantos meses tenia de embarazo cuando vio por primera vez al doctor? \_\_\_\_\_)

**11. Si usted ya vio a un doctor, ¿ cual fué su experiencia?:**

Positiva          Negativa

Si fué una experiencia positiva  
porque?:\_\_\_\_\_

Si fué una experiencia negativa,  
porque?:\_\_\_\_\_

12. ¿Tiene usted cobertura medica? Si          No

**13. Razones por la que no a visto al doctor (Marque las razones que la señora de)**

- No sabe donde ir para cuidados prenatales
- Transporte
  - a. No maneja
  - b. No tiene carro
  - c. No tiene dinero para el camion, bus
  - d. No sabe como usar el camion, bus
  - e. Dificil de llevar a mis niños en el camion, bus
  - f. Mi esposo no me deja tomar un camion, bus
- Temerosa porque no tengo mi residencia legal
- No creo que sea importante ver a un doctor
- Temerosa que si busco ayuda medica en este pais en el futuro me afecte mi tramite para arreglar mi estatus legal.
- Cuidado de niños
  - a. No tengo quien mire a mis hijos
  - b. Muy dificil llevar a mis hijos a la visita del doctor.
- Otros : (Por favor describa:\_\_\_\_\_)

**Ahora yo voy a compartir con usted sobre programas comunitarios, servicios y privilegios que le puedan ayudar a usted durante su embarazo y puedan ayudar a su familia.**

**¿Tengo su permiso para recolectar esta informacion y compartir su nombre y numero de telefono con el personal de estos servicios y programas?**

**Si          No**

Comentarios: \_\_\_\_\_

Nombre del programa	¿Conoce el servicio? Si/No	¿Le gustaria ser referida a este servicio? Si/No	Fecha en que la referencia fue hecha
Prueba de embarazo			
WIC			
HEALTHY START			
Guia para el cuidado Prenatal			
Mortalidad de Infantes o fetos			
Salud mental del Condado de Contra Costa			
CLINICAS/HOSPITALES CONDADO DE CONTRA COSTA  Clinica de Bay Point  Clinica de Pittsburg  Clinica de Brentwood  Hospital Regional del Condado de Contra Costa			
INFORMACION EDUCACIONAL	¿Sabe sobre el? Si/No	¿Le gustaria que se le refiera? Si/No	Fecha en que la referencia fue hecha
Como aplicar para cobertura medica			
Cargos Publicos			
Sistema de citas para clinicas del condado			
Derecho de servicios de traduccion con el condado (Solicite un interprete cuando usted llame para hacer su cita medica)			
Como obtener un ticket de autobus gratis en las clinicas de salud			

**Muchisimas gracias por su tiempo.**

**Despues de una semana  
SEGUIMIENTO POR TELEFONO:**

Hecho por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Resultados en la referencia que se hizo:**

La señora se conectó con el siguiente programa (s):

---

---

---

---

La señora no se ha conectado todabia con ninguna de las referencias proveidas, porqué?:

---

---

---

---

Un seguimiento por telefono fué hecho a los siguientes programas/servicios: (Por favor incluya fecha en que la llamada fué hecha)

---

---

---

---

---