

## PRENATAL QUESTIONNAIRE (CUESTIONARIO PRENATAL)

PATIENT'S NAME:

MEDICAL RECORD NUMBER:

DATE / FECHA / /	IMPRINT KAISER PERMANENTE ID CARD HERE		
PATIENT'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) / NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO / /	AGE / EDAD	TELEPHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO ( )
PREVIOUS NAMES / NOMBRES ANTERIORES	PRIMARY LANGUAGE / IDIOMA PRINCIPAL <input type="checkbox"/> ENGLISH / INGLÉS <input type="checkbox"/> SPANISH / ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO: _____		
DATE OF 1ST DAY OF YOUR MENSTRUAL PERIOD / FECHA DEL 1º DÍA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN / /	LAST MENSTRUAL PERIOD WAS / SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUÉ <input type="checkbox"/> DEFINITE / DEFINITIVA <input type="checkbox"/> APPROXIMATE / APROXIMADA <input type="checkbox"/> UNKNOWN / NO SABE	MENSTRUAL PERIOD FLOW WAS / EL FLUJO MENSTRUAL FUÉ <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ABNORMAL / ANORMAL	HOW FAR APART ARE YOUR PERIODS? (e.g. 28 to 30 days) / ¿CADA CUÁNTOS DÍAS TIENE SUS PERÍODOS? (por ejemplo de 28 a 30 días)

PREGNANCY HISTORY / ANTECEDENTES DE EMBARAZO	CHECK NO or YES / MARQUE SÍ o NO	COMMENTS / COMENTARIOS
1. At the time you conceived, were you wanting to get pregnant, wanting to get pregnant but not at this time, or not wanting to get pregnant at all? <i>En el momento de la concepción, ¿quería quedar embarazada, quería quedar embarazada pero no en este momento, o no quería quedar embarazada?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Wanting to get pregnant <i>Quería quedar embarazada</i> <input type="checkbox"/> Wanting to get pregnant, but not at this time <i>Quería quedar embarazada, pero no en este momento</i> <input type="checkbox"/> Not wanting to get pregnant at all <i>No quería quedar embarazada</i>
2. Did you conceive through infertility treatment? If yes, through which treatment: clomiphene, gonadotropins, IUI, or in-vitro fertilization? <i>¿Concibió a través de un tratamiento para la infertilidad? Si respondió 'sí', ¿a través de qué tratamiento: clomifeno, gonadotropinas, inseminación intrauterina (IUI) o fecundación in vitro?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
3. Is this a surrogate pregnancy? <i>¿Es un embarazo de vientre prestado o alquilado?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
4. Do you currently have, or have a history of abnormalities of the uterus? <i>¿Tiene antecedentes de algún tipo de anormalidad en el útero?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
5. Have you had two or more consecutive miscarriages? <i>¿Ha tenido dos o más abortos espontáneos seguidos?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
6. Have you had preterm labor? <i>¿Ha tenido señales de parto prematuro?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
7. Have you had premature deliveries (before 37 weeks of pregnancy)? If yes, specify how many weeks in "Comments." <i>¿Ha tenido partos prematuros (antes de las 37 semanas de embarazo)? Si respondió 'sí', especifique cuántas semanas en la sección "Comentarios".</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
8. Did you have any complications during any of your previous pregnancies such as ectopic pregnancy, gestational diabetes, pregnancy-related hypertension, diffuse body itching? <i>¿Tuvo alguna complicación durante alguno de sus embarazos anteriores, como embarazo ectópico, diabetes gestacional, hipertensión relacionada con el embarazo, comezón generalizada en el cuerpo?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
9. Were you hospitalized during any of your pregnancies other than for delivery? <i>¿La hospitalizaron durante algunos de sus embarazos por alguna causa excepto el parto?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

<b>PREGNANCY HISTORY (CONTINUED)/  ANTECEDENTES DE EMBARAZO (CONTINUACIÓN)</b>	<b>CHECK  NO or YES/  MARQUE  Sí o NO</b>	<b>COMMENTS/  COMENTARIOS</b>
10. Did you have any problems during your delivery such as excessive bleeding, rectal or anal laceration, or shoulder dystocia? <i>¿Tuvo algún problema durante su parto, por ejemplo, exceso de sangrado, desgarro rectal o anal, o distocia del hombro?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
11. Have you delivered a baby weighing more than 9 pounds (4 kilos)? <i>¿Ha dado a luz a un bebé que pesara más de 9 libras (4 kilos)?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
12. Did you have a baby infected with group B streptococcus after birth? <i>¿Tuvo algún bebé con infección por estreptococos grupo B después del nacimiento?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
13. Have you breastfed in the past? If yes, specify how long in “Comments.” <i>¿Ha amamantado antes? Si respondió ‘sí’, especifique cuánto tiempo en la sección “Comentarios”.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
14. If you breastfed in the past, did you have any problems? <i>Si ha amamantado, ¿tuvo algún problema?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
15. With this pregnancy, do you plan to breastfeed? If yes, specify how long in “Comments.” <i>Con este embarazo, ¿tiene intenciones de amamantar a su bebé? Si respondió ‘sí’, especifique cuánto tiempo en la sección “Comentarios”.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>If pregnancy is greater than 13 weeks:  Si tiene más de 13 semanas de embarazo:</b>		
16. Have you had prenatal care outside Kaiser Permanente? <i>¿Ha recibido atención prenatal fuera de Kaiser Permanente?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Undecided <input type="checkbox"/> Indecisa
17. Have you had your blood drawn for California Prenatal Screening? <i>¿Le han extraído sangre para los exámenes prenatales de detección de California?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>MEDICAL HISTORY/  HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CHECK  NO or YES/  MARQUE  Sí o NO</b>	<b>COMMENTS/  COMENTARIOS</b>
18. Do you have any allergies to drugs or over-the counter medications? If yes, specify which drugs/medications and your reactions in “Comments.” <i>¿Tiene alguna alergia a medicamentos recetados o a medicamentos de venta sin receta? Si respondió ‘sí’, especifique qué medicamentos y sus reacciones en la sección “Comentarios”.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>Have you had or do you currently have:  ¿Ha tenido o tiene:</b>		
19. Hypertension? If taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>hipertensión? Si toma medicamentos especifique los nombres en “Comentarios”.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
20. Heart disease, heart surgery, heart murmur or irregular heartbeat? If taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>enfermedad del corazón, cirugía del corazón, soplo o latidos irregulares? Si toma medicamentos especifique los nombres en “Comentarios”.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

MEDICAL HISTORY (CONTINUED)/ HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	CHECK NO or YES/ MARQUE SÍ o NO	COMMENTS/ COMENTARIOS
<p><b>Have you had or do you currently have:</b> <b>¿Ha tenido o tiene:</b></p> <p>21. Lung-related diseases such as childhood asthma, adult asthma, or pulmonary hypertension? If you have taken or are currently taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>enfermedades relacionadas con los pulmones como asma infantil, asma de adultos o hipertensión pulmonar? Si ha tomado o está tomando medicamentos, especifique los nombres en “Comentarios”.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>22. Diabetes? If taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>diabetes? Si toma medicamentos, especifique los nombres en “Comentarios”.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>23. Thyroid problems? If taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>problemas de tiroides? Si toma medicamentos, especifique los nombres en “Comentarios”.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>24. Autoimmune disease such as lupus or rheumatoid arthritis? If taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>enfermedades autoinmunitarias como lupus o artritis reumatoide? Si toma medicamentos, especifique los nombres en “Comentarios”.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>25. Migraine headaches? <i>migrañas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>26. Myasthenia gravis, multiple sclerosis, or any other neurological problems? <i>miastenia grave, esclerosis múltiple o algún otro problema neurológico?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>27. Hepatitis, liver disease, cholestasis, or jaundice? <i>hepatitis, enfermedad del hígado, colestasis o ictericia?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>28. Anemia? <i>anemia?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>29. Kidney disease, kidney infection, or multiple bladder infections? <i>enfermedad renal, infección renal o múltiples infecciones de la vejiga?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>30. Sleep apnea? <i>apnea del sueño?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p><b>Have you ever had:</b> <b>¿Alguna vez tuvo:</b></p> <p>31. Epilepsy, seizures, or eclampsia? If taking medication(s), specify the name(s) in “Comments.” <i>epilepsia, convulsiones o eclampsia? Si toma medicamentos, especifique los nombres en “Comentarios”.</i></p> <p>32. Stroke? <i>derrame cerebral?</i></p> <p>33. Asthma attack? <i>ataques de asma?</i></p> <p>34. A positive skin test for tuberculosis? <i>un resultado positivo en la prueba cutánea para la tuberculosis?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	

MEDICAL HISTORY (CONTINUED)/ HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	CHECK NO or YES/ MARQUE Sí o NO	COMMENTS/ COMENTARIOS
<b>Have you ever had:</b> <b>¿Alguna vez tuvo:</b> 35. A chest X-ray to indicate active tuberculosis? <i>una radiografía para indicar tuberculosis activa?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
36. BCG vaccine? <i>una vacuna contra la tuberculosis?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
37. Any sexually transmitted disease? <i>alguna enfermedades de transmisión sexual?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
38. Have you and/or your partner had genital herpes? <i>¿Usted y/o su pareja han tenido herpes genital?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
39. Have you been hospitalized for a non surgical reason other than normal delivery? <i>¿Le han hospitalizado por una razón no quirúrgica (sin incluir un parto normal)?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
40. Have you had any breast surgeries such as lumpectomy, reduction, or augmentation? <i>¿Ha tenido alguna cirugía en los senos, por ejemplo, extirpación de un tumor, reducción o aumento de senos?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
41. Have you had any gynecological surgical procedures such as cervical conization, LEEP, or dilatation and curettage, etc.? <i>¿Le han hecho alguna intervención quirúrgica, como conización cervical, LEEP (escisión electroquirúrgica con asa) o dilatación y raspado, etc.?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
42. Have you had bariatric surgery? <i>¿Le han hecho cirugía bariátrica?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
43. Have you had any other surgical procedures? <i>¿Le han hecho algún otro procedimiento quirúrgico?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
44. Have you had any anesthetic complications? <i>¿Ha tenido complicaciones con la anestesia?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
45. Have you ever been in a major accident, or suffered serious trauma? <i>¿Ha estado involucrada en algún accidente serio o sufrido un traumatismo grave?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
46a. Have you ever been treated for blood clots in your veins or blood clots in your lungs? <i>¿Alguna vez recibió tratamiento por coágulos de sangre en las venas o en los pulmones?</i> 46b. If yes, do you currently take medication for this condition? <i>Si respondió 'sí', ¿toma medicamentos para este problema?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
47. Have you ever been treated for excessive bleeding after surgery or dental work? <i>¿Alguna vez recibió tratamiento por exceso de sangrado después de una cirugía o intervención dental?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
48. Have you ever received a blood transfusion? <i>¿Alguna vez recibió una transfusión de sangre?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
49. Would you refuse a blood transfusion if a doctor judged it to be medically necessary? <i>¿Rechazaría una transfusión de sangre si un médico la considera necesaria desde un punto de vista médico?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

<b>MEDICAL HISTORY (CONTINUED)/ HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)</b>	<b>CHECK NO or YES/ MARQUE Sí o NO</b>	<b>COMMENTS/ COMENTARIOS</b>
50. During this pregnancy, are you currently taking any medication(s) you have not shared with us? <i>Durante este embarazo, ¿está tomando algún medicamento que nos haya informado?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>CHECK NO or YES/ MARQUE Sí o NO</b>	<b>COMMENTS/ COMENTARIOS</b>
51a. Will you be 35 years old or older by your expected delivery date? <i>¿Tendrá 35 años o más cerca de la fecha de dar a luz?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
51b. Are you carrying more than one baby? <i>¿Está embarazada de más de un bebé?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
51c. If yes, will you be 32 years or older at delivery? <i>Si respondió 'sí', ¿tendrá 32 años o más cuando dé a luz?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>Do you, the baby's father, or anyone in either family have:</b> <b>¿Usted, el padre del bebé o alguien de alguna de las dos familias tiene:</b>		
52. Down syndrome or other chromosomal abnormality? <i>Síndrome de Down u otras alteraciones cromosómicas?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
53. Any neural tube defect, such as spina bifida or anencephaly? <i>defectos del tubo neural, como espina bífida o anencefalia?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
54. A genetic blood disorder such as sickle cell, hemophilia, thalassemia, or clotting disorder? <i>una alteración genética de la sangre, como anemia drepanocítica, hemofilia, talasemia o trastorno de coagulación?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
55. A heart defect at birth? <i>un defecto cardíaco en el nacimiento?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
56. A cleft lip/palate? <i>labio leporino o paladar hendido?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
57. Mental retardation or autism? <i>retraso mental o autismo?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
58. A nerve, muscle, or skin disorder such as neurofibromatosis or muscular dystrophy? <i>un trastorno de los nervios, los músculos o la piel, como neurofibromatosis o distrofia muscular?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
59. A bone or skeletal disorder such a dwarfism? <i>un trastorno de los huesos o el esqueleto como enanismo?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
60. Cystic fibrosis? <i>fibrosis cística?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
61. Tay-Sachs or Canavan disease? <i>enfermedad de Tay-Sachs o de Canavan?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
62. Polycystic kidney disease? <i>enfermedad renal poliquística?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
63. Any genetic condition or birth defect not already mentioned? If yes, specify in "Comments." <i>alguna alteración genética o defecto congénito que no se haya mencionado? Si responde 'sí', especifique en "Comentarios".</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES FAMILIARES	CHECK NO or YES/ MARQUE SÍ o NO	COMMENTS/ COMENTARIOS
64. Cancer? <i>cáncer?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
65. Do you or does the father of the baby have any of the following backgrounds? <i>¿Usted o el padre del bebé tienen alguno de estos orígenes?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Black/African American <i>Negro/afroamericano</i></li> <li>• White/Caucasian (not Hispanic) <i>Blanco/caucásico (no hispano)</i></li> <li>• Eastern European Jewish (Ashkenazi) <i>Judío de Europa Oriental (Ashkenazi)</i></li> <li>• French Canadian or Cajun <i>Francocanadiense o Cajun</i></li> <li>• Asian, Mediterranean, or Middle Eastern <i>Asiático, mediterráneo o de Medio Oriente</i></li> </ul>	Self / <i>Usted</i>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Father / <i>Padre</i>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
66. Are you or the baby's father related by blood, e.g. cousins? <i>¿Usted y el padre del bebé son parientes sanguíneos (por ejemplo: primos)?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
67. Have you or the baby's father had a baby with a birth defect or known genetic condition who died before one year of age? If yes, specify in "Comments." <i>¿Usted o el padre del bebé han tenido un bebé con un defecto congénito o un problema genético que haya muerto antes del año de vida? Si respondió 'sí', especifique en "Comentarios".</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
68. Have you or the baby's father had a stillbirth with a birth defect or known genetic condition? If yes, specify in "Comments." <i>¿Usted o el padre del bebé han tenido un hijo que nació muerto y tenía un defecto congénito o un problema genético conocido? Si respondió 'sí', especifique en "Comentarios".</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
OTHER / OTROS	CHECK NO or YES/ MARQUE SÍ o NO	COMMENTS/ COMENTARIOS
69. Do you follow any kind of restrictive diet, e.g. vegetarian, vegan, etc.? <i>¿Sigue algún tipo de alimentación con restricciones, por ejemplo, vegetariana, vegana, etc.?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
70. Have you ever had an eating disorder? <i>¿Ha tenido algún trastorno de la alimentación?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
71. Do you need assistance to provide nutritional food to your family? <i>¿Necesita ayuda para ofrecerle alimentos nutritivos a su familia?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>Within the last year:</b> <b><i>En este último año:</i></b> 72. Has anyone hit, slapped, kicked, or forced you to have sex when you didn't want to? <i>alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o forzado a tener relaciones sexuales cuando no quería hacerlo?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	



OTHER / OTROS	CHECK NO or YES/ MARQUE SÍ o NO	COMMENTS/ COMENTARIOS
<b>Since the pregnancy began:</b> <b>Desde que comenzó el embarazo:</b> 73. Has your partner ever threatened you? <i>¿Su pareja la amenazó alguna vez?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
74. Have you smoked cigarettes? If yes, specify how many cigarettes/ week in "Comments." <i>¿Ha fumado? Si responde sí, especifique cuántos cigarrillos por semana en "Comentarios".</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
75. Have you had any alcoholic beverages? <i>¿Ha consumido alguna bebida alcohólica?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
76. Have you taken any drugs? If yes, specify the names in "Comments." <i>¿Ha consumido alguna droga? Si responde sí, especifique los nombres en "Comentarios".</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
77. Before you were aware of your pregnancy, had you been smoking, drinking, and/or using drugs regularly? <i>Antes de saber que estaba embarazada, ¿había fumado, bebido y/o consumido drogas con regularidad?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
78. Do you think you may have trouble staying off cigarettes, alcohol, or drugs during your pregnancy? <i>¿Cree que tendrá dificultad para no consumir cigarrillos, bebidas alcohólicas o drogas durante su embarazo?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
79. Have you ever been treated for depression, anxiety, bipolar disorder, or ever required psychiatric care? <i>¿Alguna vez recibió tratamiento para la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar o necesitó atención psiquiátrica?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

**PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE [PHQ-2] (Please enter your score in the box) /  
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE [PHQ-2] (Anote su puntaje en la casilla)**

In the past 2 weeks, how often have you been bothered by:  
*En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia la molestó:*

1. Little interest or pleasure in doing things?  
*tener poco interés o placer al hacer cosas?*  (3) Nearly every day / *Casi todos los días*  
 (2) More than half the days / *Más de la mitad de los días*  
 (1) Several days / *Varios días*  
 (0) Not at all / *Nunca*

2. Feeling down, depressed or hopeless?  
*tener sensación de tristeza, depresión o desesperanza?*  (3) Nearly every day / *Casi todos los días*  
 (2) More than half the days / *Más de la mitad de los días*  
 (1) Several days / *Varios días*  
 (0) Not at all / *Nunca*

**ENTER YOUR TOTAL SCORE HERE:**  **ANOTE AQUÍ SU PUNTAJE TOTAL:**  If your total score is one (1) or more, please proceed below and take the Edinburgh Postnatal Depression Scale Screening.  
*Si su puntaje total es uno (1) o más, continúe y responda el cuestionario de la Escala de Edimburgo para evaluar la depresión posparto.*

**EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE SCREENING**  
©1987 The Royal College of Psychiatrists (Please enter your score in the box)/  
**ESCALA DE EDINBURGO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN POSPARTO**  
©1987 The Royal College of Psychiatrists (Anote su puntaje en la casilla)

**In the LAST 7 DAYS:**  
**En los ÚLTIMOS 7 DÍAS:**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things<br><i>He podido reír y ver el lado bueno de las cosas</i>                 | <input type="checkbox"/> | (0) As much as I always could / <i>Tanto como siempre he podido hacerlo</i><br>(1) Not quite as much now / <i>No tanto ahora</i><br>(2) Definitely not so much now / <i>Sin duda, mucho menos ahora</i><br>(3) Not at all / <i>No, en absoluto</i>  |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things<br><i>He mirado el futuro con placer para hacer cosas</i>                             | <input type="checkbox"/> | (0) As much as I ever did / <i>Tanto como siempre</i><br>(1) Rather less than I used to / <i>Algo menos de lo que solía hacerlo</i><br>(2) Definitely less than I used to / <i>Definitivamente menos de lo que solía hacerlo</i><br>(3) Hardly at all / <i>Prácticamente nunca</i>  |
| 3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong<br><i>Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal</i>       | <input type="checkbox"/> | (3) Yes, most of the time / <i>Sí, casi siempre</i><br>(2) Yes, some of the time / <i>Sí, algunas veces</i><br>(1) Not very often / <i>No muy a menudo</i><br>(0) No, never / <i>No, nunca</i>  |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason<br><i>He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno</i>                         | <input type="checkbox"/> | (0) No, not at all / <i>No, en absoluto</i><br>(1) Hardly ever / <i>Casi nada</i><br>(2) Yes, sometimes / <i>Sí, a veces</i><br>(3) Yes, very often / <i>Sí, muy a menudo</i>   |
| 5. I have felt scared or panicky for no very good reason<br><i>He sentido miedo o pánico sin motivo alguno</i>                          | <input type="checkbox"/> | (3) Yes, quite a lot / <i>Sí, bastante</i><br>(2) Yes, sometimes / <i>Sí, a veces</i><br>(1) No, not much / <i>No, no mucho</i><br>(0) No, not at all / <i>No, en absoluto</i>  |
| 6. Things have been getting on top of me<br><i>Las cosas me oprimen o agobian</i>   | <input type="checkbox"/> | (3) Yes, most of the time I haven't been able to cope at all / <i>Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas</i><br>(2) Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual / <i>Sí, a veces no he podido sobrellevarlas tan bien como siempre</i><br>(1) No, most of the time I have coped quite well / <i>No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien</i><br>(0) No, I have been coping as well as ever / <i>No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre</i> |
| 7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping<br><i>Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir</i> | <input type="checkbox"/> | (3) Yes, most of the time / <i>Sí, casi siempre</i><br>(2) Yes, sometimes / <i>Sí, a veces</i><br>(1) Not very often / <i>No muy a menudo</i><br>(0) No, not at all / <i>No, en absoluto</i>  |



**EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE SCREENING (CONTINUED)**  
©1987 The Royal College of Psychiatrists (Please enter your score in the box)/  
**ESCALA DE EDINBURGO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN POSPARTO (CONTINUACIÓN)**  
©1987 The Royal College of Psychiatrists (Anote su puntaje en la casilla)

**In the LAST 7 DAYS:**

**En los ÚLTIMOS 7 DÍAS:**

8. I have felt sad or miserable  
*Me he sentido triste y desgraciada*  (3) Yes, most of the time / *Sí, casi siempre*  
(2) Yes, quite often / *Sí, bastante a menudo*  
(1) Not very often / *No muy a menudo*  
(0) No, not at all / *No, en absoluto*
9. I have been so unhappy that I have been  
crying  
*Me he sentido tan infeliz que he estado  
llorando*  (3) Yes, most of the time / *Sí, casi siempre*  
(2) Yes, quite often / *Sí, bastante a menudo*  
(1) Only occasionally / *Ocasionalmente*  
(0) No, never / *No, nunca*
10. The thought of harming myself has occurred  
to me  
*He pensado en hacerme daño*  (3) Yes, quite often / *Sí, bastante a menudo*  
(2) Sometimes / *A veces*  
(1) Hardly ever / *Casi nunca*  
(0) Never / *No, nunca*

**ENTER YOUR TOTAL SCORE HERE:**  
**ANOTE AQUÍ SU PUNTAJE TOTAL:**