

Patient Name \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

Physician \_\_\_\_\_

FIN \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO POSPARTO / AUTORIZACIÓN PARA EL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL POSPARTO / EVALUACIÓN DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO (Postpartum Questionnaire/ Authorization For Postpartum Emotional Support Program/ Postpartum Depression Risk Assessment)

## CUESTIONARIO POSPARTO

La tristeza posparto y la depresión posparto son muy comunes durante las primeras semanas y los primeros meses después de dar a luz. Este cuestionario nos ayudará a decidir si usted corre un mayor riesgo de tener dificultades de adaptación después del parto. Si determinamos que usted puede estar en riesgo, una enfermera la visitará en el hospital y es posible que la llame a casa para ver cómo se siente y ofrecerle sugerencias que puedan hacer esto más fácil. Su cuestionario completo será colocado en su historia clínica y se enviará una copia a los profesionales médicos que la atienden.

Responda a las siguientes afirmaciones confidenciales de la manera más honesta posible.

**SÍ NO**

- 1. Mi familia inmediata tiene antecedentes de depresión, ansiedad o problemas mentales.
- 2. Durante el pasado año, yo he experimentado mucho estrés y cambios negativos (ejemplo: pérdida de trabajo, pérdida de un ser querido, cambio / mudanza no deseados, etc.)
- 3. Este fue un embarazo **muy** difícil para mí, emocionalmente y/o físicamente.
- 4. Este fue un parto **muy** difícil para mí, emocionalmente y/o físicamente.
- 5. Yo tengo antecedentes de problemas emocionales (depresión / ansiedad / abuso / trastorno alimentario, etc.) **no** relacionados con el nacimiento del bebé, que pueden haber sido tratados con consejo profesional o medicamentos.
- 6. Yo sufrí de depresión o ansiedad durante las semanas / los meses siguientes al nacimiento de otro niño o a la pérdida de un embarazo.
- 7. Frecuentemente me siento no querida y no apoyada por las personas a mí alrededor.
- 8. Yo he tomado medicamentos para depresión, ansiedad o trastorno bipolar durante este embarazo.
- 9. Durante este embarazo, he tenido algunos sentimientos o pensamientos **muy** inquietantes.
- 10. Actualmente tengo problemas de depresión, ansiedad, ira o pensamientos terribles. Es posible que yo luzca más feliz por fuera de lo que me siento por dentro.
- 11. Yo tengo pensamientos acerca de hacerme daño a mí misma o hacer daño a mi bebé y tengo miedo de que, si le digo a alguien lo que siento, esta persona no vaya a entender o vaya a pensar que algo está realmente mal.

- Mi bebé está en la unidad neonatal de terapia intensiva (*Neonatal ICU*)  Yo he tenido un parto múltiple
- Deseo solicitar más información acerca del apoyo emocional posparto, sin importar los resultados de esta evaluación.

### Dónde me pueden localizar después de que me vaya del hospital:

Nombre de la paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Nombre del amigo o pariente más cercano \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha del nacimiento del bebé \_\_\_\_\_ Médico del bebé \_\_\_\_\_  
 Nombre de su médico / partera / clínica \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Al firmar este documento, usted da su permiso para comunicar los resultados a los profesionales médicos que la atienden y recibir llamadas telefónicas de seguimiento.

Firma de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Gracias por completar este cuestionario. **Entrégueselo a su enfermera** para que pueda ser revisado antes de que usted se vaya del hospital. Esta información será usada para evaluar el tipo de servicios que usted recibe o recibirá.

**SÓLO PARA USO DEL PERSONAL (STAFF USE ONLY)**

## RISK ASSESSMENT

- Risk status \_\_\_\_\_
- Nurse visit \_\_\_\_\_ (date)
- Referral \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Staff signature \_\_\_\_\_  
 White — Chart Yellow — Care Provider

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.