



**Asistencia para la
Rehabilitación de
Madres de Kentucky
(KY-Moms MATR):
entrevista inicial para
el año fiscal 2024**

Modificado en junio de 2024

KY-Moms MATR: entrevista inicial

Modificado en junio de 2024

Use el programa de recopilación de información en línea para la entrevista inicial, disponible en <https://ukcdar.uky.edu/kymoms>.

Si debe usar la versión impresa de la entrevista inicial del programa KY-Moms MATR (p. ej., si internet no funciona o no hay una computadora disponible en el momento de la entrevista), asegúrese de ingresar las respuestas en la entrevista de admisión en línea del programa KY-Moms MATR **en un plazo de 7 días** a fin de que la información pueda utilizarse para el estudio.

Para hacer un seguimiento preciso de las pacientes y permitirnos comunicarnos con el personal del programa en caso de tener preguntas, ingrese la información de contacto del administrador de casos o de la persona que realiza la entrevista de admisión.

Nombre de la persona que realizará la entrevista de admisión a KY-Moms MATR con la paciente:

1. Nombre y apellido del miembro del personal: _____
2. Dirección de correo electrónico del miembro del personal: _____
3. Número de teléfono laboral del miembro del personal: (____) _____ - _____

Ingrese la información de la paciente para que podamos registrarla en el sistema:

IMPORTANTE: Toda la información de las pacientes es confidencial (cuenta con identificadores que se almacenan por separado de las respuestas de la entrevista inicial), está encriptada (o codificada) para que solo puedan leerla quienes tengan una clave específica, y su acceso está limitado solo al personal autorizado. La información de identificación se usa para cotejar los datos de los eventos de servicio.

4. Nombre de la paciente: Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la paciente? ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
6. ¿Cuál es el número de Seguro Social de la paciente? ____ - ____ - ____
7. Fecha de admisión de la paciente en el programa KY-Moms MATR: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
8. ¿Cuándo quedó embarazada (del bebé que la trajo al programa KY-Mom)? **(Proporcione un estimado de la fecha y use el 15º día del mes si no conoce la fecha exacta.)**
____/____/____ (DD/MM/AAAA)
9. Ciudad donde vive la paciente: _____
10. Condado donde vive la paciente: _____
11. Estado donde vive la paciente: _____
12. Código postal del lugar donde vive la paciente: _____

PREGUNTAS PRELIMINARES

Responda las siguientes preguntas antes de comenzar la entrevista con la paciente:

1. Persona que completa esta encuesta (**seleccione una opción**):
 - a. Miembro del personal
 - b. Paciente

2. Fecha de la entrevista de admisión (es decir, la fecha real en que se realizó la entrevista con la paciente):
____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Nota: Si registra las respuestas de la entrevista en la versión impresa, debe ingresar los datos obtenidos en la encuesta de recopilación de información en línea en un plazo de 7 días.

Introducción

*Las siguientes preguntas son parte de la evaluación del **programa KY-Moms MATR**. La entrevista es similar a la que se usa para evaluar muchos programas en todo Kentucky y ayudará al estado a entender mejor las necesidades de las madres recientes. La evaluación del programa KY-Moms implica recopilar información de las pacientes antes, durante y después de la participación en dicho programa para conocer su nivel de satisfacción y estado a lo largo del tiempo.*

La evaluación del programa KY-Moms incluye dos componentes confidenciales.

*La **primera parte** consta de una entrevista presencial con un administrador de casos u otro miembro del personal del programa, que se completa como parte del proceso de admisión y dura unos 30 minutos. Se le harán preguntas sobre su experiencia antes, durante y después del embarazo, lo que incluye cuestiones como la salud física y mental, los antecedentes de consumo de sustancias, los antecedentes de tratamiento, la participación en el sistema de justicia penal, la educación, el empleo, las condiciones de vida, la seguridad y los apoyos. Al final de esta entrevista, se le preguntará si quiere participar como voluntaria en la segunda parte.*

*La **segunda parte** es una entrevista de seguimiento por teléfono, de unos 20 minutos de duración, que se realizará 6 meses después de finalizar su participación en el programa. El equipo de evaluación de la **Universidad de Kentucky es responsable de llevar a cabo las entrevistas de seguimiento**. Esto significa que el personal del programa KY-Moms MATR no tendrá acceso a la información que dé en ese momento, ya que sus respuestas se combinarán con las de otras 50-100 pacientes. Cuando los entrevistadores de la Universidad de Kentucky (UK) la llamen para hacer la entrevista de seguimiento, le recordarán que se trata de la segunda parte del **“Estudio de Seguimiento de la Salud de la UK”**. Los entrevistadores no revelarán su identidad o que usted recibió servicios a través del programa KY-Moms. Las pacientes que completen la **segunda mitad de la entrevista** recibirán un cheque de agradecimiento por un valor de **USD 20** de parte de la Universidad de Kentucky.*

*Toda la información que proporcione durante la entrevista de seguimiento será **confidencial**. Esto significa que no revelaremos su nombre ni la vincularemos a las respuestas que dé. En los informes, solo se incluirán los resultados generales de todo el grupo de participantes, y **no los resultados individuales**. La Universidad de Kentucky cuenta con un **Certificado Federal de Confidencialidad que prohíbe a los equipos de investigación revelar información sobre una persona, incluso bajo citación judicial**. Sus respuestas a estas preguntas están bien protegidas.*

Su participación ayudará a mejorar los servicios futuros para mujeres como usted que viven en Kentucky.

*Lea el formulario de consentimiento que se incluye al final de esta entrevista de admisión y decida si estaría dispuesta a participar en el **Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky** en unos 6 meses después de terminar su participación en el programa.*

Sección A: información básica sobre la paciente

El objetivo de estas primeras preguntas es recopilar la información básica que necesitamos para empezar la entrevista y saber un poco más sobre los servicios que podrían interesarle.

1. ¿Con qué raza/etnia se identifica? **Seleccione TODAS las opciones que correspondan.**
 - 1 = Blanca (no de origen hispano)
 - 2 = Afroamericana (no de origen hispano)
 - 3 = Indígena americana
 - 4 = Nativa de Alaska
 - 5 = Asiática o nativa de las islas del Pacífico
 - 6 = Hispana (mexicana)
 - 7 = Hispana (puertorriqueña)
 - 8 = Hispana (cubana)
 - 9 = Hispana (otra)
 - 10 = Otra (especificar): _____

2. ¿Cuál cree que es su fuente principal de remisión al programa KY-Moms MATR? Seleccione la fuente principal de remisión.
 - 1 = Fui remitida por mi ginecoobstetra
 - 2 = Fui remitida por mi médico de cabecera
 - 11 = Fui remitida por el Departamento de Salud
 - 3 = Fui remitida por mi consejero del centro comunitario de servicios de salud mental
 - 4 = Fui remitida por el programa de Servicios de Acceso a la Salud, Cuidado y Desarrollo (HANDS)
 - 5 = Fui remitida por el tribunal (juez o agente de libertad condicional)
 - 6 = Fui remitida por los Servicios de Protección a Niños o Adultos (Departamento de Servicios Comunitarios [DCBS])
 - 7 = Fui remitida por un amigo o familiar
 - 8 = Fui remitida por mi empleador
 - 9 = Fui remitida por el programa de prevención de KY-Moms MATR
 - 10 = Yo sola decidí que quería participar en el programa
 - 12 = Otra (especificar): _____

- 2a. ¿El tribunal u otro organismo estatal le ordenó que participara en este programa? 0 = No 1 = Sí

Sección B: información sobre su bebé

Las siguientes preguntas tratan sobre su bebé. Nos referimos al bebé (o bebés) que la trajo al programa.

1. ¿Ya nació su bebé? 1 = Sí (**pase a la pregunta 2**) 0 = No (**pase a la pregunta 11**)

2. ¿Cuándo nació su bebé? ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

3. ¿De cuántas semanas estaba embarazada cuando nació su bebé? _____ semanas
 - 3a. ¿Dio a luz a más de 1 bebé? 0 = No (**Si respondió "No", pase a la pregunta 4**) 1 = Sí

 - 3b. Si respondió "Sí", ¿a cuántos bebés dio a luz? _____ bebés

4. Bríndenos información sobre su bebé (*si nació más de un bebé al mismo tiempo, pida a la paciente que dé información sobre el bebé que nació último*):

4.1. ¿Cuál es el género de su bebé? 1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Intersexual

4.2. ¿Cuánto pesó su bebé al nacer? _____ lb, _____ oz

4.3. ¿Cuánto midió su bebé? _____ pulgadas

5. ¿Se atendió con un ginecoobstetra de cabecera durante su embarazo? 0 = No 1 = Sí

6. ¿Cuántas veces consultó a un médico o al personal de enfermería durante el **embarazo**? _____ vez/veces

7. ¿Cuántas veces consultó al pediatra o al personal de enfermería **desde el nacimiento de su bebé**? _____ vez/veces

8. ¿El médico le informó de alguna necesidad especial de atención médica que tiene su bebé desde el nacimiento? 0 = No (**pase a la pregunta 9**) 1 = Sí

8a. ¿Qué problemas de salud le diagnosticó? Enumere todos los problemas:

9. ¿Cuántas veces llevó a su bebé a la sala de emergencias desde el nacimiento? _____ vez/veces

10. ¿Amamantó a su bebé? 0 = No 1 = Sí (**Si respondió "No", pase a la Sección C**)

10a. (**Si respondió "Sí"**) ¿Cuánto tiempo amamantó o ha amamantado a su bebé? _____ mes/meses, _____ semana/s

10b. (**Si respondió "Sí"**) ¿Aún amamanta a su bebé? 0 = No 1 = Sí

10c. ¿Cómo calificaría la experiencia de lactancia materna para usted y su bebé?

1 = Deficiente

2 = Regular

3 = Buena

4 = Muy buena

5 = Excelente

Las preguntas de la 11 a la 16 están dirigidas a las mujeres que están embarazadas cuando ingresan al programa. Las pacientes que ingresaron DESPUÉS del nacimiento de sus bebés deben pasar a la Sección C: salud física.

11. ¿Cuál es la fecha probable de parto? ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

12. ¿Tiene un ginecoobstetra de cabecera?

0 = No (**pase a la pregunta 15**) 1 = Sí 2 = Todavía no tengo un médico para el embarazo (**pase a la pregunta 15**)

13. ¿Cuántas veces consultó a un médico o al personal de enfermería en relación con el embarazo? _____ vez/veces

14. ¿Su médico le informó de alguna necesidad especial de atención médica que afectara directamente el embarazo o a su bebé?

0 = No (**pase a la pregunta 15**) 1 = Sí (**pase a la pregunta 14a**)

14a. ¿Qué problemas de salud le diagnosticó? Enumere todos los problemas:

15. ¿Planifica elegir la adopción para su bebé?

0 = No (**pase a la Sección C**) 1 = Sí 2 = Todavía no lo decido

16. ¿Tiene pensado amamantar a su bebé? 0 = No 1 = Sí 2 = Todavía no lo decido

Sección C: salud física

El siguiente grupo de preguntas se refiere a la salud física. Es importante evaluar la salud física para poder identificar los problemas de salud que podría tener y hacer un seguimiento.

1. ¿Cómo calificaría su salud general actualmente?

- 1 = Deficiente
- 2 = Regular
- 3 = Buena
- 4 = Muy buena
- 5 = Excelente

2. ¿Alguna **vez** un médico le dijo que tenía alguno de los siguientes problemas crónicos de salud física?
(Marque TODAS las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular/cardíaca (p. ej., hipertensión, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, angina de pecho) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (p. ej., enfisema) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (p. ej., clamidia, gonorrea, herpes genital, tricomoniasis, sífilis, virus del papiloma humano [HPV]) |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales graves | <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmunitario (p. ej., lupus, esclerosis múltiple, celiaquía, diabetes de tipo 1) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/insuficiencia renal | |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | |

3. ¿Tiene algún problema de salud física grave sin tratar actualmente? 0 = No 1 = Sí

3a. Si la respuesta es "Sí", especifique los problemas de salud física graves que actualmente no se trata

4. Piense en el estado de su **salud física** (que incluye enfermedades y lesiones físicas) durante los **últimos 30 días**. ¿Cuántos días su salud física **no** fue buena? _____ día/s

5. Piense en el estado de su **salud mental** (que incluye estrés, depresión y problemas emocionales) durante los **últimos 30 días**. ¿Cuántos días su salud mental **no** fue buena? _____ día/s

(Si respondió "0" a ambas preguntas [4 y 5], omita la pregunta 6).

6. Durante los **últimos 30 días**, ¿aproximadamente cuántos días dicho **estado de salud física o mental deficiente** le impidió realizar sus actividades habituales, como aquellas relacionadas con el cuidado personal, el trabajo o el ocio? _____ día/s

7. En los **últimos 30 días**, ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas, medicamentos recetados o sustancias ilícitas para aliviar el dolor físico?

Nunca/casi nunca	A veces	Aproximadamente la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi siempre
1	2	3	4	5

8. A lo largo de los **6 meses previos al inicio de su participación en el programa**, ¿sufrió dolor crónico grave durante al menos 3 meses (p. ej., dolor a causa de artritis, fibromialgia o lesiones que no se curaron)?

0= No 1 = Sí

8a. Durante los **últimos 30 días**, ¿cuántos días sufrió dolor crónico? _____ día/s

(Si respondió "No" a las preguntas 8 y 8a, pase a la pregunta 9)

8b. Califique la intensidad PROMEDIO del dolor crónico que sufrió durante los últimos 30 días. Seleccione un puntaje.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de dolor El peor dolor imaginable

9. ¿Qué método anticonceptivo (para evitar el embarazo) utiliza actualmente? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- 0 = La paciente está embarazada actualmente
- 1 = Ninguno
- 2 = Preservativos masculinos
- 3 = Preservativos femeninos
- 4 = Anticonceptivos orales
- 5 = Capuchón cervical
- 6 = Anillo vaginal
- 7 = Parche
- 8 = Esponja
- 9 = Espermicida y gel
- 10 = DIU
- 11 = Diafragma
- 12 = Implante (que dura hasta 5 años)
- 13 = Inyección anticonceptiva (que dura hasta 3 meses)
- 14 = Otro (especificar): _____

10. ¿Qué método anticonceptivo (para evitar el embarazo) planifica utilizar en los próximos meses o después de que nazca el bebé? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- 0 = Ninguno
- 1 = Preservativos masculinos
- 3 = Preservativos femeninos
- 4 = Anticonceptivos orales
- 5 = Capuchón cervical
- 6 = Anillo vaginal
- 7 = Parche
- 8 = Esponja
- 9 = Espermicida y gel
- 10 = DIU
- 11 = Diafragma
- 12 = Implante (que dura hasta 5 años)
- 13 = Inyección anticonceptiva (que dura hasta 3 meses)
- 99 = No estoy segura/no lo sé
- 14 = Otro (especificar):

Sección D: salud emocional

En la siguiente sección, se le preguntará si cree que tiene problemas significativos en ciertas áreas relacionadas con la salud emocional. En esta sección, las preguntas se referirán a los 6 meses previos al inicio de su participación en el programa y a los últimos 30 días.

(Nota: primero, haga todas las preguntas con respecto a los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa; luego, vuelva a preguntar sobre los últimos 30 días).	En los 6 meses previos a su ingreso al programa		Durante los últimos 30 días	
	No	Sí	No	Sí
1. ¿Sintió depresión o tristeza de forma constante, la mayor parte del día y prácticamente todos los días durante dos semanas consecutivas (o más)?	0	1	0	1
2. ¿Se sintió mucho menos interesada en la mayoría de las cosas o mucho menos capaz de disfrutar de las cosas que solía disfrutar la mayor parte del tiempo durante dos semanas consecutivas (o más)?	0	1	0	1

3. (Si respondió “No” a las preguntas 1 y 2, pase a la pregunta 4). Piense en ese período **de dos semanas o más durante el cual sintió depresión o desinterés:**

(Nota: primero, haga todas las preguntas con respecto a los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa; luego, vuelva a preguntar sobre los últimos 30 días).	En los 6 meses previos a su ingreso al programa		Durante los últimos 30 días	
	0	1	0	1
3a. La mayoría de los días, ¿su apetito disminuyó o aumentó? ¿Su peso bajó o aumentó de forma involuntaria (p. ej., ±8 libras en un mes en una persona que pesa 160 libras) (más de lo esperado si estuvo embarazada durante este período)? (Si la respuesta a alguna de las preguntas es sí, seleccione Sí)	0	1	0	1
3b. La mayoría de las noches, ¿tuvo problemas para dormir (p. ej., dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso [más de lo esperado si su bebé no duerme toda la noche])?	0	1	0	1
3c. La mayoría de los días, ¿habló o se movió más despacio de lo normal, estuvo nerviosa o intranquila, o le costó quedarse quieta?	0	1	0	1
3d. La mayoría de los días, ¿sintió cansancio o falta de energía?	0	1	0	1
3e. La mayoría de los días, ¿se sintió inútil o culpable?	0	1	0	1
3f. La mayoría de los días, ¿tuvo problemas para concentrarse o tomar decisiones?	0	1	0	1
3g. ¿Pensó reiteradas veces en hacerse daño o quitarse la vida, o deseó estar muerta?	0	1	0	1

4. **En los 6 meses previos a su ingreso en el programa, ¿se preocupó excesivamente o estuvo ansiosa por varias cosas (como la familia, la salud, las finanzas, la escuela o dificultades laborales)?**
 0 = NO 1 = Sí **(Si respondió “No”, pase a la pregunta 13)**

5. **¿Esas preocupaciones estuvieron presentes la mayoría de los días?** 0 = No 1 = Sí

6. **¿Le resulta difícil controlar sus preocupaciones o estas interfieren con su capacidad para concentrarse en lo que está haciendo?** 0 = No 1 = Sí

Durante el período en el que sintió ansiedad...	En los 6 meses previos a su ingreso al programa	
	No	Sí
7. ¿Se sintió intranquila, nerviosa o al límite?	0	1
8. ¿Se sintió tensa (es decir, tensión muscular)?	0	1
9. ¿Se sintió cansada, débil o exhausta con facilidad?	0	1
10. ¿Tuvo problemas para concentrarse o su mente quedaba en blanco?	0	1
11. ¿Sintió irritabilidad?	0	1
12. ¿Tuvo problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso)?	0	1

13. En los **últimos 30 días**, ¿se preocupó excesivamente o estuvo ansiosa por varias cosas (como la familia, la salud, las finanzas, la escuela o dificultades laborales)?

0 = NO 1 = Sí (**Si respondió "No", pase a la pregunta 22**)

14. ¿Esas **preocupaciones estuvieron presentes la mayoría de los días**? 0 = No 1 = Sí

15. ¿Le resulta difícil controlar sus preocupaciones o estas interfieren con su capacidad para concentrarse en lo que está haciendo? 0 = No 1 = Sí

Durante el período en el que sintió ansiedad...	Durante los últimos 30 días	
	No	Sí
16. ¿Se sintió intranquila, nerviosa o al límite?	0	1
17. ¿Se sintió tensa (es decir, tensión muscular)?	0	1
18. ¿Se sintió cansada, débil o exhausta con facilidad?	0	1
19. ¿Tuvo problemas para concentrarse o su mente quedaba en blanco?	0	1
20. ¿Sintió irritabilidad?	0	1
21. ¿Tuvo problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso)?	0	1

22. (**Pregunta para las participantes que ya dieron a luz a sus bebés**) En los últimos 30 días, ¿tuvo un trastorno del estado de ánimo posparto (como depresión posparto, ansiedad posparto, psicosis posparto)?

0 = No

1 = Sí

23. ¿Cuánto le preocupa su seguridad personal en el día a día?

0 = En absoluto

1 = Muy poco

2 = Un poco

3 = Bastante

4 = Mucho

24. La siguiente serie de preguntas se refiere a los actos hirientes que podría haber sufrido por parte de otras personas en su infancia (antes de los 18 años). Estas preguntas son importantes porque, a veces, nuestros antecedentes pueden influir en nuestras emociones y formas de afrontar problemas. Conforme a las investigaciones, se demostró que los acontecimientos estresantes que nos suceden en la infancia y lo que nos ocurre de adultos son significativos. Solo deberá responder “SÍ” o “NO” a las preguntas, y no se le pedirá que proporcione detalles sobre ninguna de sus experiencias. **(Nota para la persona a cargo de la entrevista: si la paciente no está segura de si algo ocurrió o no, márkelo como “No”).**

Piense en la etapa anterior a cumplir 18 años:	No	Sí
a. ¿Algún miembro de su familia estuvo en prisión?	0	1
b. ¿Sus padres se separaron o se divorciaron (antes de que usted cumpliera 18 años)?	0	1
c. ¿Vivió con alguna persona que tenía problemas de alcoholismo o consumía drogas ilícitas?	0	1
d. ¿Algún miembro de su familia sufría depresión o una enfermedad mental, o intentó suicidarse?	0	1
e. ¿Solía sentir que no tenía suficiente para comer, que tenía que usar la ropa sucia y que no tenía a nadie que la protegiera?	0	1
f. ¿Solía sentir que sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla o llevarla al médico si lo necesitaba?	0	1
g. ¿Solía sentir que ningún miembro de su familia la quería o que nadie la consideraba importante o especial?	0	1
h. ¿Solía sentir que sus familiares no se cuidaban entre sí, no tenían una relación cercana o no se apoyaban mutuamente?	0	1
i. ¿Su madre o madrastra solía sufrir empujones, agarrones y bofetadas, o se le lanzaban objetos para golpearla?	0	1
j. ¿Su madre o madrastra solía recibir patadas, mordidas, puñetazos o golpes con un objeto duro (ya sea a veces o con frecuencia)?	0	1
k. ¿Alguna vez a su madre o madrastra la golpearon repetidamente durante al menos unos minutos, o la amenazaron con un arma de fuego o con un cuchillo?	0	1
l. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían insultarla, menospreciarla o humillarla?	0	1
m. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían actuar de una manera que le generaba temor de que podrían hacerle daño físico?	0	1
n. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían empujarla, agarrarla, abofetearla o lanzarle objetos para golpearla?	0	1
o. ¿Alguna vez su padre o madre u otro adulto del hogar la golpearon tan fuerte que le dejaron marcas o le provocaron lesiones?	0	1
p. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted la manoseó, la acarició o le pidió que le tocara el cuerpo de forma sexual?	0	1
q. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted intentó tener o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	0	1

25. El siguiente grupo de preguntas se refiere a situaciones en las que podría haber sido víctima de un delito, tanto a lo largo de su vida como en los seis meses previos a su ingreso en el programa. Solo deberá responder “SÍ” o “NO” a las preguntas; si selecciona “SÍ”, se le preguntará si el agresor fue su pareja o expareja, un conocido o familiar, o un desconocido. No deberá proporcionar ningún otro detalle.

	Alguna vez en su vida		En los 6 meses previos a su ingreso al programa	
	No	Sí	No	Sí
a. ¿Sufrió algún robo o asalto (es decir, alguien le arrebató su cartera, dinero u otros objetos de valor) por parte de alguien que usó la fuerza o la amenazó con usarla?	0	1	0	1
¿Quién le robó o la asaltó? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
b. ¿Alguna persona la atacó o agredió físicamente?	0	1	0	1
¿Quién la atacó o agredió físicamente? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
c. ¿La han amenazado con un arma de forma directa o indirecta, o le han apuntado con una pistola?	0	1	0	1
¿Quién la amenazó o le apuntó con una pistola? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
d. ¿Sintió miedo o preocupación por su seguridad o por la de otras personas cercanas a usted debido a que alguien, en repetidas ocasiones, la siguió, se puso en contacto con usted o se presentó en su casa u otros lugares cuando usted no quería que lo hiciera (es decir, la acosó o persiguió de forma obsesiva)?	0	1	0	1
¿Quién la acosó o persiguió de forma obsesiva? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
e. ¿La obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenaza y contra su voluntad?	0	1	0	1
¿Quién la agredió sexualmente o la violó? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				

f. ¿La forzaron a tener relaciones sexuales que no quería mientras estaba borracha, desmayada, dormida, drogada, o no podía aceptar ni dar su consentimiento para hacerlo?	0 1	0 1
¿Quién la forzó a tener relaciones sexuales que no quería mientras estaba borracha, desmayada, dormida, drogada, o no podía aceptar ni dar su consentimiento para hacerlo? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)		
g. ¿Sufrió abusos por parte de alguna pareja casual o estable (es decir, alguna pareja la agredió físicamente, la controló, o abusó emocionalmente de usted y le hizo temer por su seguridad)?	0 1	0 1
h. ¿Sufrió alguna otra situación de acoso verbal, sexual o de otro tipo que le haya hecho temer por su seguridad y que no se haya mencionado anteriormente?	0 1	0 1
¿Quién la acosó verbalmente, sexualmente o de otra forma que la haya hecho temer por su seguridad y que no se haya mencionado anteriormente? (Seleccione todas las opciones que correspondan) 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)		

26. Las siguientes cuatro preguntas se refieren a los problemas que a veces tienen las personas en respuesta a situaciones muy estresantes. Teniendo en cuenta su **peor acontecimiento**, indique en qué medida la afectó esa experiencia **en los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**.

En los 6 meses previos a su ingreso al programa, ¿en qué medida?	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida le afectaron los recuerdos recurrentes, perturbadores y no deseados de dichas experiencias?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida evitó los recordatorios externos de esas experiencias (p. ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
c. ¿En qué medida tuvo pensamientos negativos sólidos sobre sí misma, sobre otras personas o sobre el mundo a causa de dichas experiencias (p. ej., creer que no es una buena persona o que hay algo muy malo en usted, que no se puede confiar en nadie o que el mundo es muy peligroso)?	0	1	2	3	4
d. ¿En qué medida se sintió nerviosa o se alarmó con facilidad?	0	1	2	3	4

Sección E: educación y empleo

El siguiente grupo de preguntas se refiere a su formación académica y situación laboral. Esta información es importante para comprender sus necesidades particulares y los resultados del programa.

1. ¿Cuántos años de educación completó? En la siguiente lista, seleccione el nivel de educación más alto que haya completado.

0 = Sin escolarización	7 = 7.º grado	14 = Algunos años de educación superior
1 = 1.º grado	8 = 8.º grado	15 = Algunos años de formación vocacional/técnica
2 = 2.º grado	9 = 9.º grado	16 = Diploma de escuela de formación vocacional/técnica
3 = 3.º grado	10 = 10.º grado	17 = Título de asociado (título de técnico superior o similar)
4 = 4.º grado	11 = 11.º grado	18 = Título universitario de grado
5 = 5.º grado	12 = 12.º grado	19 = Maestría
6 = 6.º grado	13 = Diploma de Educación General (GED)	20 = Doctorado

2. **Durante los 6 meses previos al inicio de su participación en el programa**, ¿cuál fue su patrón de empleo habitual (es decir, su patrón de trabajo la mayor parte del tiempo)?

- 1 = Trabajadora a tiempo completo (más de 35 horas por semana)
- 2 = Trabajadora a tiempo parcial (<35 horas por semana)
- 3 = Trabajadora a tiempo parcial (irregular, trabajo diurno)
- 4 = Desempleada: estudiante
- 5 = Jubilada
- 6 = Persona con discapacidad o postulante para recibir beneficios por discapacidad
- 7 = Desempleada: persona a cargo del hogar o del cuidado de otros
- 8 = Desempleada
- 9 = Residente de un entorno controlado (prisión, hospital, etc.)

3. ¿Cuál es su situación laboral actual? Incluya todos los trabajos para calcular el total de horas trabajadas por semana en promedio.

0 = Sin trabajo **NI** de licencia por maternidad o por motivos relacionados con el embarazo (**Pase a la pregunta 4**).

- 1 = Tiempo completo (más de 35 horas por semana)
- 2 = Tiempo parcial (<35 horas por semana)
- 3 = Trabajo ocasional, irregular o por temporada
- 4 = En licencia del trabajo por embarazo o razones relacionadas con el parto

3a. ¿Cuánto tiempo tuvo este trabajo (en meses)? Ingrese el período más largo si tuvo muchos trabajos: ____ mes/es

3b. ¿Cuánto le pagan **por hora** actualmente? El pago por hora mínimo es de USD 7.25. Si tiene muchos trabajos, ingrese el monto más alto. Si recibe un salario, calcule el pago por hora según la cantidad habitual de horas que trabaja por semana: USD _____._____

3c. ¿Qué tipo de trabajo realiza? **(Seleccione uno) Si tiene varios trabajos, seleccione el tipo de trabajo al que le dedicó más tiempo.**

1 = **Empleo profesional** (p. ej., bibliotecario; proveedor de atención médica, como enfermero, paramédico, higienista dental o médico; perito de seguros; consejero de salud mental; trabajador social; agente de libertad condicional; asistente jurídico; taquígrafo; docente; docente adjunto; fotógrafo; clérigo; artista; etc.)

2 = **Servicios** (p. ej., mentor de pares, personal de preparación y servicio de alimentos; proveedor de cuidado infantil; proveedor de cuidado diurno de adultos; personal de apoyo al cuidado de la salud, como auxiliar de enfermería [CNA], masajista o flebotomista; jardinero; personal de conserjería/limpieza; personal de limpieza; personal de control de plagas; oficial de policía; socorrista; guardia de seguridad; estilista; entrenador personal; gerente de restaurante; etc.)

3 = **Ventas y oficina** (p. ej., personal de apoyo administrativo y de oficina; cajero; personal de ventas al por menor; agente de bienes raíces; vendedor por teléfono; contador; cajero de banco; personal de recepción de hotel; personal del servicio postal; personal de ingreso de datos; gerente de tienda; etc.)

4 = **Recursos naturales, construcción y mantenimiento** (p. ej., trabajadores de los sectores de minería, pesca, agricultura, viveros, explotación forestal, construcción, carpintería, fontanería, techado, mecánica, taller de reparaciones, reparación de computadoras, servicios públicos, técnico en calefacción y aire acondicionado, etc.)

5 = **Producción, transporte y traslado de materiales** (p. ej., trabajadores de los sectores de línea de producción de una fábrica, panadería, carnicería, tintorería, sastrería y carpintería; personal de central eléctrica; auxiliar de vuelo; conductor de autobús; taxista; empaquetador; soldador; trabajador de saneamiento; etc.)

6 = **Empleos específicos del ejército**

7 = **Otro (especificar):** _____

3d. Además de trabajar, ¿estudia o recibe formación vocacional adicional? 0 = No 1 = Sí

Si tiene empleo, OMITA la pregunta 4 y pase a la pregunta 5.

4. Si no tiene trabajo actualmente, ¿cómo describiría su situación? **Seleccione una opción.**

1 = Desempleada, pero en busca de trabajo

2 = Desempleada, pero con licencia laboral involuntaria o despido temporal

3 = Desempleada, pero a cargo del hogar o del cuidado de los niños a tiempo completo

4 = Persona con discapacidad o postulante para recibir beneficios por discapacidad

5 = Jubilada

6 = Estudiante/en formación

7 = Residente de un entorno controlado/sin autorización para trabajar

8 = Desempleada y sin intención de buscar trabajo

9 = Otra (especificar): _____

5. **(Pregunta para todas las pacientes)** ¿Espera tener trabajo en los próximos 6 meses? 0 = No 1 = Sí

6. ¿Recibe ayuda pública (p. ej., en virtud del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [WIC], el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP])? 0 = No **(Si respondió "No", pase a la pregunta 7)** 1 = Sí

6a. ¿Qué tipo de ayuda recibe actualmente? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

1 = Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

2 = Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

3 = WIC

4 = Asistencia por desempleo

5 = Ayuda de la iglesia local u otra organización comunitaria

6 = Beneficios en virtud de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

7 = Beneficios en virtud del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)

8 = Otra (especificar): _____

7. ¿Qué tipo de seguro médico tiene actualmente?

1 = Sin seguro médico

2 = Seguro a través de mi empleador

3 = Seguro a través del empleador de mi pareja

4 = Seguro a través del Mercado de Seguros Médicos

5 = Otro seguro privado (trabajadora independiente)

6 = Medicaid (tarjeta médica, programa Passport)

7 = Medicare

8 = Seguro del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)/Salud Civil y Programa Médico de los Servicios Uniformados (CHAMPUS)/TRICARE

9 = Seguro a través de mis padres o del empleador de mis padres

10 = Otro (*especificar*): _____

8. El siguiente grupo de preguntas se refiere a la situación en su hogar durante los **6 meses previos al inicio de su participación en el programa**. Responda “Sí” o “No” a cada pregunta.

	En los 6 meses previos a su ingreso al programa	
	No	Sí
a. ¿Usted o su familia tuvieron problemas para pagar el monto total del alquiler o la hipoteca?	0	1
b. ¿Usted o su familia fueron desalojados de su casa o departamento por no pagar el alquiler?	0	1
c. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de gas o electricidad?	0	1
d. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de teléfono/celular?	0	1
e. ¿En algún momento no hubo suficiente comida en su casa?	0	1
f. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó consultar a un médico o ir al hospital, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1
g. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó consultar a un dentista, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1
h. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó comprar medicamentos que le recetaron, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1

Sección F: servicios de KY-Moms

El siguiente grupo de preguntas se refiere a los servicios específicos que proporciona el programa KY-Moms.

1. Responda las siguientes preguntas sobre las necesidades de remisión específicas que pueda tener:

	Necesita o quiere una remisión 0 = No 1 = Sí
1a. Necesidades materiales (p. ej., alojamiento, transporte, alimentación, etc.)	0 (Pase a la pregunta 1b) 1
a. Ayudas para la vivienda	0 1
b. Servicios de transporte	0 1
c. Recursos alimenticios (p. ej., despensa de alimentos)	0 1
d. TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)	0 1
e. KTAP (Programa de Asistencia Transicional de Kentucky)	0 1
f. WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños)	0 1
g. SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	0 1
h. Ayudas para la vestimenta	0 1
a. Otras necesidades de ayuda tangibles (especificar):	0 1
1b. Necesidades educativas y laborales (p. ej., GED, rehabilitación vocacional, etc.)	0 (Pase a la pregunta 1c) 1
a. Ayudas para el empleo (p. ej., programas de rehabilitación vocacional/trabajo)	0 1
b. Ayudas para obtener el GED	0 1
c. Otras ayudas educativas/laborales (especificar):	0 1
1c. Necesidades de servicios de salud especializados (p. ej., servicios de salud mental y médicos, apoyo de pares, etc.)	0 (Pase a la pregunta 1d) 1
a. Servicios de tratamiento por consumo de sustancias (terapia)	0 1
b. Servicios de apoyo de pares	0 1
c. Servicios de salud mental	0 1
d. Servicios de trastorno del estado de ánimo posparto	0 1
e. Especialistas médicos para usted	0 1
f. Especialistas médicos para sus hijos	0 1
g. Servicios de planificación familiar (p. ej., opciones de anticoncepción)	0 1
h. Otras ayudas de salud especializadas (especificar):	0 1
1d. Necesidades de apoyo para la crianza de los hijos o el embarazo (p. ej., HANDS, remisiones a médicos, cuidado infantil, etc.)	0 (Pase a la pregunta 1e) 1
a. Centro de embarazos	0 1
b. Remisión a médicos (p. ej., cuidado prenatal, pediatría)	0 1
c. Servicios de asistentes de parto (doula)	0 1
d. Apoyo en lactancia materna	0 1
e. Opciones de bancos de leche materna	0 1
f. HANDS (Servicios de Desarrollo de Crianza y Acceso a la Salud)	0 1
g. Grupos de crianza de los hijos	0 1
h. Programas ofrecidos por MCO para madres y familias en riesgo	0 1
i. Asistencia para el cuidado infantil	0 1
j. Otras ayudas para la crianza de los hijos (especificar):	0 1

	Necesita o quiere una remisión 0 = No 1 = Sí
1e. Necesidades de servicio de seguridad (p. ej., servicios de violencia doméstica, refugios, planificación de la seguridad, etc.)	0 (Pase a la pregunta 1f) 1
a. Línea directa para víctimas de violencia doméstica	0 1
b. Refugios	0 1
c. Defensoría	0 1
d. Planificación de la seguridad	0 1
e. Otras ayudas de seguridad (especificar):	0 1
1f. Necesidades de ayuda social (p. ej., grupos de apoyo)	0 (Pase a la pregunta 1g) 1
a. Grupo de apoyo	0 1
b. Otras ayudas sociales (especificar):	0 1
1g. Otras remisiones para cubrir necesidades (p. ej., asistencia legal, educación y apoyo financieros, otro tipo de remisiones)	0 (Pase a la Sección G) 1
a. Asistencia legal	0 1
b. Educación para la planificación o apoyos financieros (p. ej., jubilaciones, gestión de presupuestos)	0 1
c. Otras ayudas (especificar):	0 1

Sección G: consumo de sustancias

El siguiente grupo de preguntas se refiere al consumo de sustancias durante los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa y en los últimos 30 días. (NOTA: Si consumió sustancias UNA vez en un mes, cuenta como un mes de consumo. Asimismo, el consumo no prescrito o indebido de medicamentos recetados (p. ej., tomar más de lo indicado) debe contarse como una instancia de consumo de sustancias ilegales).

1. ¿Alguna vez consumió marihuana medicinal (cannabis)? 0 = No (**Pase a la pregunta 2**) 1 = Sí

1a. ¿Alguna vez tuvo una certificación de un médico para consumir cannabis medicinal en Kentucky (o tuvo una tarjeta de marihuana medicinal del estado de Kentucky)? 0 = No 1 = Sí

1b. ¿Alguna vez tuvo una tarjeta o receta para consumir marihuana medicinal de otro estado? 0 = No 1 = Sí

1c. En los últimos... ¿cuánto tiempo consumió? *Si no consumió nada durante los 6 meses previos al inicio de su participación en el programa, pase a la siguiente pregunta y deje la columna de 30 días vacía. (Nota para la persona encargada de la entrevista: si consumió sustancias UNA vez en un mes, cuenta como un mes de consumo. Pregunte específicamente sobre el comportamiento en "los últimos 30 días". No use la frase "en el último mes" porque puede llevar a confusión y respuestas imprecisas).*

	En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa (CANT. DE MESES)	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
Marihuana medicinal (cannabis)		0 1

2. ¿Alguna vez consumió alguna de las siguientes sustancias legales de venta libre en los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa? (**Pregunte sobre el consumo durante los 6 meses previos al programa y los últimos 30 días**): Durante los últimos 30 días:

(El programa en línea mostrará las sustancias con respuestas afirmativas para los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa y preguntará por el consumo en los últimos 30 días)

	En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa 0 = No 1 = Sí	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
Kratom	0 1	0 1
Productos Delta (p. ej., Delta 8, 9 o 10)	0 1	0 1

3. Edad en el primer consumo	
a. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a consumir productos con tabaco (p. ej., cigarrillos, cigarros) de forma regular (es decir, diariamente)?	_____ años 0 = Nunca fumé de forma regular
b. ¿Cuántos años tenía cuando bebió alcohol por primera vez (más que solo unos tragos)?	_____ años 0 = Nunca bebí alcohol
c. ¿Cuántos años tenía cuando consumió sustancias ilegales (p. ej., marihuana, cocaína, heroína, tranquilizantes, estimulantes, sedantes, barbitúricos, inhalantes o analgésicos de venta con receta que no le hubiesen sido recetados a usted) por primera vez?	_____ años 0 = Nunca consumí

4. Consumo de tabaco/nicotina	En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
a. ¿Cuántos meses y cuántos días fumó productos con tabaco (p. ej., cigarrillos, cigarros, pipas, bidis, etc.)?	_____ CANT. DE MESES	0 1
b. Los días en que fuma/fumaba cigarrillos, ¿cuántos cigarrillos fuma/fumaba por día en promedio (tomando como base que un paquete tiene 20)?	_____ CANT. DE CIGARRILLOS	
c. ¿Cuántos meses y cuántos días usó cigarrillos electrónicos (dispositivos que liberan nicotina en forma de vapor y tienen un aspecto similar al de los cigarrillos regulares, pero no contienen tabaco)?	_____ CANT. DE MESES	0 1
d. ¿Cuántos meses y cuántos días consumió tabaco sin humo (p. ej., tabaco para mascar, rapé, tabaco soluble, etc.)?	_____ CANT. DE MESES	0 1
5. Consumo de alcohol <i>Entre las bebidas alcohólicas, se incluyen la cerveza, el vino, el vino espumante, el licor y el etanol. Un vaso equivale a una cerveza o copa de vino espumante de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o un chupito de licor. Por lo tanto, una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 vasos y un cóctel con 2 chupitos contaría como 2 vasos.</i>	En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
Cuántos meses y cuántos días hizo lo siguiente:		
a. ¿Bebió alcohol? (Si la respuesta es "0", pase a la pregunta 6 sobre consumo de sustancias ilícitas).	_____ CANT. DE MESES	0 1
b. Bebió alcohol hasta embriagarse	_____ CANT. DE MESES	0 1
c. Bebió 4 o más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas	_____ CANT. DE MESES	0 1
6. En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa y en los último 30 días, cuántos meses y días consumió lo siguiente: (El programa en línea mostrará desde los 6 meses previos al inicio del programa hasta el presente y luego se dividirá en plazos específicos).	En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
a. Marihuana (NO recetada como marihuana medicinal) (p. ej., hashish/hierba)	_____ CANT. DE MESES	0 1
b. Bolígrafo de vapeo de THC (NO recetado como marihuana medicinal)	_____ CANT. DE MESES	0 1
c. Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares o tranquilizantes sin indicación médica (p. ej., benzodiazepinas [Ativan®, Valium®, Xanax®, Klonopin®, Librium® y Halcion®], ácido oxibico [GHB], éxtasis líquido, Soma®, Flexeril®, ketamina [Special K, vitamina K], barbitúricos, pastillas para los nervios)	_____ CANT. DE MESES	0 1
d. Barbitúricos sin indicación médica (p. ej., mefobarbital [Mebacut], pentobarbital [Nembutal®], Seconal®, Amytal®)	_____ CANT. DE MESES	0 1
e. Opiáceos o analgésicos sin indicación médica (p. ej., morfina, Percocet®, oxicodona [Oxycontin®], Lortab®, hidrocodona, Dilaudid®, Opana, fentanilo)	_____ CANT. DE MESES	0 1

f. Estimulantes sin indicación médica (p. ej., metanfetamina, Dexedrine®, Adderall®, cristal, speed, anfetaminas, MDMA, Ritalin®, éxtasis, crank)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
6. Cuántos meses y cuántos días consumió las siguientes sustancias:	En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí	
g. Cocaína/crack (p. ej., cristales de cocaína, cocaína purificada, crack o cocaína en piedra)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
h. Heroína (p. ej., heroína de alquitrán negro [smack], H, junk, skag)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
i. Drogas alucinógenas y psicodélicas (p. ej., PCP, LSD, hongos, mescalina, psilocibina, otras drogas alucinógenas y psicodélicas)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
j. Inhalantes (p. ej., popper, rush, óxido nitroso, pintura, pegamento, aerosoles, chorro de aire, chroming)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
k. Metadona sin indicación médica (p. ej., dolofina, levacetilmetadol [LAAM], dolls, fizzies, mud, tootsie rolls)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
l. Buprenorfina o Subutex®/Suboxone® sin indicación médica (incluidos los parches Butrans®) (p. ej., subs, strips, oranges, buse)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
m. Drogas sintéticas/de diseño/novedosas (p. ej., marihuana sintética, sales de baño psicoactivas, K2, flakka)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
n. Tianeptina (p. ej., ZaZa, Tianna Red)	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
o. Otras sustancias ilícitas (no previamente indicadas) Especificar: _____	_____	0	1
	CANT. DE MESES		
p. No consumí NINGUNA sustancia ilícita durante los períodos indicados arriba (pase a la pregunta 7)	98	98	

	Durante los últimos 30 días
p. ¿Cuántos días consumió más de una sustancia por día (incluidas bebidas alcohólicas, pero no productos con tabaco)?	_____
	CANT. DE DÍAS

7. ¿**Alguna vez** se inyectó drogas? 0 = No 1 = Sí (Si respondió "No", pase a la pregunta 8)

7a. ¿Se inyectó drogas **durante los últimos 30 días**? 0 = No 1 = Sí

8. **Durante los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**, ¿cuántas veces recibió servicios para tratar el consumo de sustancias? Tenga en cuenta los tratamientos anteriores, incluidos tratamientos de desintoxicación, tribunales de drogas y programas de rehabilitación. _____ vez/veces

8a. **En los últimos 30 días**, ¿recibió servicios para tratar el consumo/abuso de sustancias, incluidos tratamientos de desintoxicación, tribunales de drogas y programas de rehabilitación?
0 = No 1 = Sí

9. **Durante los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**, ¿asistió a reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA), Marihuana Anónimos (MA) u otro grupo de autoayuda para la rehabilitación? 0 = No 1 = Sí

10. **En los últimos 30 días**, ¿cuántas veces asistió a una reunión de AA, NA, MA u otro grupo de autoayuda para la rehabilitación (cuente la cantidad de reuniones a las que asistió)?
_____ reunión/reuniones

11. ¿Cuántas veces sufrió una sobredosis de sustancias ilícitas (es decir, necesitó la intervención de otra persona para recuperarse, y no simplemente se quedó dormida, incluido cualquier intento de suicidio por sobredosis)?

11a. **Alguna vez en su vida**: _____ vez/veces (*Si la respuesta es "0", pase a la pregunta 12*)

11b. **En los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**: _____ vez/veces

11d. **En los últimos 30 días**: _____ vez/veces

12. **Durante toda su vida**, ¿alguna vez recibió buprenorfina (Suboxone/Subutex/buprenorfina inyectable), naltrexona (Vivitrol™) o metadona como parte de un tratamiento farmacológico para abordar su trastorno por consumo de sustancias?

0 = No (**Pase a la pregunta 14**) 1 = Sí

12a. ¿Cuántos meses **en los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa** consumió buprenorfina recetada o dispensada (Suboxone/Subutex/buprenorfina inyectable), naltrexona (Vivitrol™) o metadona para tratar su trastorno por consumo de sustancias? _____ mes/meses

12b. ¿Cuántos meses **durante su embarazo** consumió buprenorfina recetada (Suboxone/Subutex/buprenorfina inyectable), naltrexona (Vivitrol™) o metadona para tratar su trastorno por consumo de sustancias? _____ mes/meses

12c. ¿Consumió alguno de esos medicamentos en los últimos 30 días? 0 = No (**Pase a la pregunta 12e**)
1 = Sí

12d. ¿Actualmente consume alguno de esos medicamentos? 0 = No 1 = Sí

12e. ¿Qué tipo de medicamento consumió recientemente?

1 = Buprenorfina (Suboxone/Subutex/buprenorfina inyectable)

2 = Metadona

3 = Naltrexona (Vivitrol)

12f. ¿Dónde obtuvo el medicamento que consumió recientemente?

1 = Me lo recetó un médico en un centro de medicina general

2 = Me lo recetó un médico en una clínica especializada

3 = Lo obtuve en una clínica

12g. Teniendo en cuenta el medicamento que le recetaron recientemente para tratar sus problemas de consumo de opiáceos, ¿en qué medida cree que dicho medicamento le resultó de ayuda?

(Seleccione una opción)

1 = ME AYUDÓ con mi trastorno por consumo de sustancias

2 = NO TUVO EFECTO en mi trastorno por consumo de sustancias

3 = EMPEORÓ mi trastorno por consumo de sustancias

Aunque no haya consumido alcohol ni sustancias ilícitas durante los períodos mencionados anteriormente, es posible que se haya sentido ansiosa, molesta o preocupada por su capacidad para mantenerse recuperada.

14. Durante los últimos **30 días**, ¿cuántos días tuvo problemas relacionados con el consumo de alcohol/drogas (deseo incontrolable de consumir, abstinencia, deseo de dejar de consumir pero no poder hacerlo, preocupación por volver a consumir)?
- | | |
|---------------|---------------|
| ALCOHOL | DROGAS |
| _____ | _____ |
| CANT. DE DÍAS | CANT. DE DÍAS |

15. Alcohol	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida sus problemas de alcoholismo la afectaron o molestaron en los últimos 30 días?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida acceder a un programa de tratamiento fue importante para usted con respecto a sus problemas de alcoholismo en los últimos 30 días?	0	1	2	3	4
16. Drogas	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida sus problemas de consumo de drogas la afectaron o molestaron en los últimos 30 días?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida acceder a un programa de tratamiento fue importante para usted con respecto a sus problemas de consumo de drogas en los últimos 30 días?	0	1	2	3	4

Sección H: condiciones de vida

El objetivo de la siguiente serie de preguntas es que nos cuente más sobre usted, su familia y sus condiciones de vida. La situación familiar y las condiciones de vida pueden ser factores de riesgo o de protección contra el estrés.

1. ¿Cuál es su estado civil **actual**?
 - 1 = Casada (incluidos matrimonios de parejas del mismo sexo y de hecho) **(Si está casada, pase a la pregunta 3).**
 - 2 = Separada
 - 3 = Divorciada
 - 4 = Viuda
 - 5 = Soltera
2. ¿Vive **actualmente** en pareja? 0 = No 1 = Sí **(Si la respuesta es no, pase a la pregunta 4)**
3. **(Si está casada o convive en unión libre)** ¿Es esta pareja el padre del bebé o bebés que la trajeron al programa KY-Moms?

0 = No 1 = Sí 98 = No lo sé
4. ¿Cuántas veces estuvo embarazada anteriormente? **(No tenga en cuenta el embarazo más reciente)**
 _____ vez/veces **(Si respondió "0", pase a la pregunta 4a y luego a la 6)**
- 4a. ¿Está embarazada actualmente? 0 = No 1 = Sí 98 = No lo sé/sospecha

5. ¿A cuántos hijos dio a luz en su vida que todavía están con vida? _____ hijo/s **(Si no tuvo hijos, ingrese "0" y pase a la pregunta 6).**

5a. ¿Cuántos de esos hijos tienen menos de 18 años? ___ hijo/s **(Si respondió "0", pase a la pregunta 6)**

5b. ¿Cuántos de sus hijos menores de 18 años viven con usted en este momento? ___ hijo/s

6. ¿Alguna vez le quitaron la custodia legal de su bebé (el bebé por el que se inscribió en el programa KY-Moms), incluso por un tiempo breve? 0 = No 1 = Sí

7. **En los 6 meses previos al inicio de su participación en el programa KY-Moms**, ¿estuvo involucrada en un caso de los servicios de protección infantil, los DCBS o los servicios sociales? 0 = No **(Si respondió "No", pase a la pregunta 8)** 1 = Sí

7a. A raíz de esa participación, ¿se le abrió un caso con los servicios de protección infantil, los DCBS o los servicios sociales? 0 = No 1 = Sí

8. **Actualmente**, ¿está involucrada en un caso de los servicios de protección infantil, el DCBS o los servicios sociales? 0 = No **(Si respondió "No", pase a la pregunta 9)** 1 = Sí

8a. ¿Esa participación es un caso abierto con los servicios de protección infantil, los DCBS o los servicios sociales? 0 = No 1 = Sí

9. **Actualmente**, ¿se considera una persona sin hogar por alguna razón? 0 = No **(Si respondió "No", pase a la pregunta 10)** 1 = Sí

9a. ¿Por qué se considera una persona sin hogar? **(Seleccione una opción)**

1 = Vivo en un refugio

2 = Vivía con amigos/familiares de forma temporal

3 = Vivo en la calle o en el coche

4 = Otra (especificar): _____

10. **En los últimos 30 días**, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? **(Seleccione una opción)**

1 = En mi propia casa o departamento

2 = En la casa o departamento de otra persona

3 = En un programa residencial

4 = En un centro de rehabilitación

5 = En una prisión o centro de detención

6 = En el hospital

7 = En una base militar

8 = En un hogar de transición o casa de residentes sobrios

9 = En un refugio o en la calle

10 = Programa o vivienda de transición

11 = Otra, especificar: _____

11. ¿Qué tan estables son sus condiciones de vida en este momento?

1 = Muy inestables

2 = Moderadamente inestables

3 = No lo sé

4 = Moderadamente estables

5 = Muy estables

12. **Durante los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**, ¿cuántas **NOCHES** pasó en un lugar donde no era libre de ir y venir a su antojo, como un hospital, una prisión o un programa residencial de tratamiento para el consumo de sustancias (no un refugio)? ____ noche/s EN TOTAL
13. **Durante los últimos 30 días**, ¿cuántas **NOCHES** pasó en un lugar donde no era libre de ir y venir a su antojo, como un hospital, una prisión o un programa residencial de tratamiento para el consumo de sustancias (no un refugio)? ____ noche/s EN TOTAL
14. **Durante los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**, ¿cuántas veces la arrestaron o acusaron por algún delito? _____ vez/veces
15. **Durante los 6 meses previos al inicio de su participación en este programa**, ¿cuántas **NOCHES** estuvo privada de su libertad (prisión o centro de detención)? ____ noche/s en TOTAL
- 15a. **Durante los últimos 30 días**, ¿cuántas **NOCHES** estuvo privada de su libertad (prisión o centro de detención)? ____ noche/s en TOTAL
16. ¿Está en libertad bajo palabra **actualmente**? 0 = No 1 = Sí
17. ¿Está en libertad condicional **actualmente**? 0 = No 1 = Sí
18. ¿**Actualmente** está implicada con un tribunal especializado (tribunal de drogas, tribunal de tratamiento de veteranos, tribunal de salud mental)? 0 = No 1 = Sí

Sección I: calidad de vida

La próxima serie de preguntas se refiere a su calidad de vida, que puede verse afectada por factores estresantes en su vida. Sabemos que es posible que le resulte difícil responder algunas de las preguntas, así que tómese todo el tiempo que necesite.

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida **actual**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La peor calidad imaginable				Con aspectos buenos y malos por igual					La mejor calidad imaginable

2. ¿**Actualmente** vive con una persona que tiene problemas relacionados con el consumo de alcohol, medicamentos recetados o sustancias ilícitas (es decir, no incluye programas de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias ni situaciones de vivienda de transición)?
- 0 = No 1 = Sí

3. Pensando en los **6 meses previos al inicio de su participación en este programa** y los **últimos 30 días**, ¿alguna pareja, expareja o familiar cometió alguno de los siguientes actos? En caso afirmativo, indique si fue una pareja, una expareja o un familiar. No deberá proporcionar ningún otro detalle.

Una pareja, expareja o familiar:	En los 6 meses previos a su ingreso al programa 0 = No 1 = Sí	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
a. ¿ La maltrató verbal o psicológicamente (p. ej., la insultó, le gritó, la criticó en privado o frente a otras personas, la trató como si fuera alguien inferior, la trató de loca, le dijo que sus sentimientos eran irracionales o disparatados, etc.)?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién la maltrató verbal o psicológicamente? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
b. ¿ Fue extremadamente celoso/a o controlador/a (p. ej., trató de controlarla, le controló su tiempo, la acusó de ser infiel, interfirió en su relación con otros miembros de la familia o amigos, le impidió hacer cosas que podían serle de ayuda, le controló las finanzas, interfirió en su trabajo, etc.)?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién fue extremadamente celoso/a o controlador/a? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
c. ¿ La amenazó a usted o amenazó a sus seres queridos con violencia (p. ej., amenazó con golpearla o lanzarle objetos para hacerle daño)?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién la amenazó a usted o a sus seres queridos con violencia? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
d. ¿ Impartió violencia física contra usted (p. ej., la empujó, pateó, golpeó, asfixió, quemó o atacó con un arma)?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién impartió violencia física contra usted? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
e. ¿Le hizo sentir miedo debido a que, en repetidas ocasiones, la siguió, se puso en contacto con usted o se presentó en su hogar (la acosó o persiguió de forma obsesiva cuando usted no quería que lo hiciera)?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién la acosó o persiguió de forma obsesiva cuando usted no quería que lo hiciera? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
f. ¿ Destruyó bienes que les pertenecían a usted o a un amigo o familiar cercano de forma intencional?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién destruyó bienes que les pertenecían a usted o a una persona cercana? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar

Una pareja, expareja o familiar:	En los 6 meses previos a su ingreso al programa 0 = No 1 = Sí	Durante los últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
g. ¿La obligó a participar en actos sexualmente degradantes , o la humilló y degradó sexualmente?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién la degradó o humilló sexualmente? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
h. ¿Se aprovechó del miedo que usted tenía de lo que podía pasar para convencerla de mantener relaciones sexuales (aun sabiendo que no quería), pero no la amenazó directamente, no la forzó ni tuvo relaciones sexuales con usted mientras dormía?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién la obligó a mantener relaciones sexuales aprovechándose del miedo que usted tenía de lo que pudiera pasar si no lo hacía? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar
i. ¿La obligó a mantener relaciones sexuales bajo amenaza de daño a usted o a un ser querido, o la forzó físicamente (p. ej., con golpes, sujeción física o un arma) para que lo hiciera?	0 1	0 1
Si respondió "Sí", ¿quién la obligó a mantener relaciones sexuales bajo amenazas y uso de violencia contra usted u otras personas? (Marque TODAS las opciones que correspondan)	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar	1 = Una pareja 2 = Una expareja 3 = Un familiar

4. ¿Le preocupa su seguridad o tiene miedo de sufrir daños físicos o de otro tipo por parte de una pareja actual, una expareja o un familiar? 0 = No 1 = Sí

Sección J: apoyos sociales

La última serie de preguntas trata sobre los apoyos que tuvo a su disposición en los últimos 30 días.

- Durante los últimos 30 días**, ¿a cuántas personas pudo acudir para obtener apoyo emocional cuando lo necesitó? ____ persona/s
- Piense en el nivel general de apoyo que recibió por parte de otras personas **en los últimos 30 días**. ¿Qué tan satisfecha diría que está con este apoyo?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente insatisfecha	Bastante insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Bastante satisfecha	Extremadamente satisfecha

3. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente afirmación? Para mí, es importante ayudar a otras madres recientes que tuvieron experiencias similares a la mía.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Gracias por ayudarnos con esta encuesta.

También nos gustaría obtener su autorización para usar algunos datos y servicios de salud pública sobre el nacimiento de su bebé. Esta información se mantendrá completamente confidencial; de hecho, toda la información de identificación, como su nombre, se eliminará de los datos finales, y los resultados solo se comunicarán con respecto a todas las personas que completen una entrevista inicial. Su información nos ayudará a comprender mejor las necesidades de servicios de atención médica que tienen las madres de recién nacidos en Kentucky.

- Sí, doy mi autorización (se requiere el n.º de Seguro Social [SSN] para vincular la información).

¿Confirmó el n.º de Seguro Social de la paciente? 0 = No 1 = Sí

(En caso negativo) Confírmelo en este punto O actualice el n.º de Seguro Social de la paciente

¿Cuál es su SSN? _____ - ____ - _____

- NO, no doy mi autorización.

Estudio de seguimiento

Gracias por considerar participar en el estudio de seguimiento, el cual nos ayudará a mejorar programas similares a KY-Moms. En esta página, se incluye un resumen del estudio. Encontrará más detalles en las páginas siguientes. Es posible que el personal del Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky se comunique con usted dentro de unos 6 meses después de terminar su participación en el programa si: (1) acepta dicha comunicación, (2) resulta seleccionada para participar y (3) podemos contactarla.

¿Qué se me pedirá que haga?

Si acepta y la seleccionan para participar, nos comunicaremos con usted por teléfono unos 6 meses después de terminar su participación en el programa para realizar una breve encuesta (de aproximadamente 20 minutos). Se le pagarán USD 20 como agradecimiento por su tiempo. Le preguntaremos acerca de su experiencia en el programa y cómo ha estado durante los últimos 6 meses.

La información que proporcione puede resultar útil para ayudar a otras mujeres en todo el estado, así como también contribuir a mejorar los programas.

Puede aceptar participar en este momento, pero también tendrá la posibilidad de decidir si acepta o no formar parte si nos comunicamos con usted.

¿Quién tendrá acceso a mis respuestas?

Nadie tendrá acceso a la información que nos proporcione. Su nombre no se incluirá en las respuestas que dé, por lo que no podrán vincularse con usted. Alrededor de 50-100 mujeres de todo Kentucky participan en este estudio cada año, y todas sus respuestas se divulgan en conjunto. Nunca se revelan los nombres.

¿Por qué debo inscribirme?

Cada persona tiene una experiencia diferente en el programa y queremos conocer la suya. Cuando termine la encuesta, la Universidad de Kentucky le enviará un cheque por un monto de USD 20 como agradecimiento por sus comentarios y su tiempo.

¿Cómo me inscribo?

En la página siguiente, indíquenos si desea que nos comuniquemos con usted con respecto al estudio de seguimiento. También necesitaremos información sobre cómo podremos ponernos en contacto con usted alrededor de 6 meses después de terminar su participación en el programa.

Su información solo se compartirá con usted. Utilizaremos un procedimiento especial de seguridad para asegurarnos de hablar solo con usted cuando la llamemos.

¿Qué sucede si tengo preguntas?

Puede visitar nuestro sitio web en ukhealthfollowup.com, enviarnos un mensaje de texto o llamarnos al 866-304-5467 para obtener más información; o bien puede llamar a la Dra. TK Logan al 859-323-0416 en caso de tener preguntas o inquietudes.

Estudio de los Resultados del Programa de Asistencia para la Rehabilitación de Madres de Kentucky (KY-Moms MATR)

Consentimiento para la recopilación de información de seguimiento

¿POR QUÉ SE ME PIDE QUE PARTICIPE EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Se le pide que participe en un estudio de investigación de seguimiento sobre KY-Moms MATR porque participó en dicho programa. Su participación en este proyecto de investigación mediante encuesta telefónica es completamente voluntaria. Si decide participar, formará parte del grupo de aproximadamente 50-100 mujeres que participan en esta investigación cada año.

¿QUIÉN LLEVA A CABO EL ESTUDIO?

La investigadora principal del estudio es la Dra. TK Logan, que trabaja en colaboración con la Dra. Allison Scrivner y la Dra. Jennifer Cole. También es posible que haya otros profesionales involucrados en el estudio.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO?

El propósito de este estudio es recopilar información sobre su salud durante el embarazo y en el período posparto. También se abordan otros factores, como el empleo, la educación, la situación legal, el estrés y el estado de salud, y el uso que hace del tratamiento y los servicios de KY-Moms MATR. Esta entrevista forma parte de la evaluación del programa KY-Moms MATR y nos ayudará a obtener más información sobre las experiencias de las participantes.

¿DÓNDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO Y CUÁNTO DURARÁ?

El personal de la Universidad de Kentucky es responsable de llevar a cabo las entrevistas de seguimiento por teléfono, las cuales durarán unos 20 minutos.

¿QUÉ SE ME PEDIRÁ QUE HAGA?

Se le pedirá que responda preguntas sobre su salud durante el embarazo y en el período posparto, lo que incluye el consumo de sustancias y los problemas de salud conductual relacionados. También se le preguntará sobre su empleo, nivel de estrés y uso de servicios. No se le pedirá que participe en ningún tratamiento o procedimiento experimental.

Además, se le pedirá que nos brinde su información de contacto para que podamos comunicarnos alrededor de 6 meses después de terminar su participación en el programa. Le pediremos su nombre, dirección y número de teléfono, así como también los datos de contacto de hasta dos personas que tengan más probabilidades de saber cómo comunicarse con usted en el momento de la entrevista de seguimiento (es decir, 6 meses después de terminar su participación en el programa). Es posible que nos comuniquemos con usted (o con las personas que indique como contactos) por teléfono, correo postal o correo electrónico, o a través de las redes sociales, como Facebook, a fin de ubicarla para que complete la entrevista de seguimiento. Podemos utilizar bases de datos públicas para encontrar información actualizada con el fin de ponernos en contacto con usted para que complete la entrevista de seguimiento. En algunos casos, es posible que intentemos comunicarnos con usted de forma confidencial por correo postal o por teléfono usando direcciones o números de teléfono que estén o hayan estado vinculados a usted de alguna manera. Al tratar de contactarla, no se revelará su vínculo con el programa. También se le pedirá que permita a las investigadoras utilizar la información estatal sobre la cantidad, el tipo y los costos de los servicios financiados por el estado y por Medicaid que recibe, así como la información médica sobre su salud y el desenlace del embarazo al momento de dar a luz.

¿HAY ALGUNA RAZÓN POR LA QUE NO DEBERÍA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No hay ninguna condición que le impida participar en este estudio.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS?

No se conocen riesgos por participar en estas entrevistas. Es posible que las preguntas le causen cierto malestar emocional, ya que pueden hacer que recuerde momentos en los que sintió tristeza o estrés. Además, algunas personas pueden sentirse incómodas al compartir información confidencial. Debido a las medidas que tomamos para proteger su privacidad, el riesgo de que su información se revele sin autorización es mínimo. Si indica que se siente incómoda durante la entrevista de seguimiento, se le ofrecerá una remisión a recursos locales y nacionales.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No hay beneficios directos para usted por participar en el estudio de seguimiento. Sin embargo, en el caso de algunas mujeres, participar en entrevistas sobre su estado de salud y embarazo les resulta útil porque las ayuda a pensar en su salud desde una perspectiva diferente. Además, su opinión nos ayudará a proporcionar información sobre cómo ayudar mejor a las mujeres durante el embarazo y después del parto y optimizar el programa KY-Moms MATR, así como también puede contribuir a la obtención de financiación para el programa en el futuro.

¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La decisión de participar en este estudio de seguimiento es completamente voluntaria.

SI NO QUIERO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, ¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES?

Si no quiere participar en el estudio de seguimiento, no hay otras opciones disponibles.

¿CUÁNTO ME COSTARÁ PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La participación en cualquier parte de este estudio de investigación no tendrá ningún costo para usted.

¿QUIÉN TENDRÁ ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE BRINDE?

Debido a las medidas que tomamos para proteger su privacidad, el riesgo de que su información se revele sin autorización es mínimo. Su información se combinará con la de otras personas que participen en el estudio. Todos los informes que redactemos sobre el estudio se basarán en la información combinada que recopilamos. Usted no será identificada en estos materiales escritos. Cuando publiquemos los resultados del estudio, mantendremos la confidencialidad de su nombre y otros datos de identificación personal. Su consejero le pedirá su número de Seguro Social, el cual se codificará para garantizar su seguridad y protección. Este número nos ayudará a cotejar claramente toda la información con su expediente; sin embargo, si no quiere darnos el número de Seguro Social, aún puede participar en el estudio. Toda la información se almacenará en computadoras seguras y protegidas por contraseña. Los archivos se encriptarán para proteger aún más su confidencialidad; esto significa que los datos estarán codificados para que solo el personal autorizado pueda acceder a ellos usando una clave.

Para proteger su información aún más, obtuvimos un Certificado de Confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), el cual protege a las investigadoras contra la obligación de revelar información de identificación sobre una persona, incluso bajo citación judicial o procedimiento civil, penal, administrativo, legislativo o de otro tipo (ya sea federal, estatal o local). Sin embargo, es importante que sepa que podemos compartir información con las personas o agencias apropiadas si tomamos conocimiento de que usted u otras personas sufrieron algún daño, o de que se produjo un caso de abuso infantil. Además, la agencia que financia esta investigación (la División de Salud Conductual de Kentucky) y el personal de la Universidad de Kentucky también pueden acceder a su información si es necesario.

¿RECIBIRÉ ALGUNA RECOMPENSA POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Recibirá USD 20 por completar la entrevista de seguimiento a los 6 meses después de terminar su participación en el programa. Debe participar en la entrevista de seguimiento para obtener esta recompensa, que se le enviará por correo. Si recibe más de USD 600 por participar en varios estudios en un año, la Universidad de Kentucky deberá informar estos pagos como ingresos ante el Servicio Interno de Impuestos (IRS). No se otorga ninguna compensación por completar la entrevista de admisión.

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO PREGUNTAS?

Antes de decidir si participará en este estudio de seguimiento, asegúrese de hacer todas las preguntas que se le ocurran en este momento. Si tiene preguntas sobre el estudio más adelante, puede comunicarse con la investigadora, la Dra. TK Logan, llamando al 859-257-8248. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con el personal de la Oficina de Integridad de la Investigación de la Universidad de Kentucky llamando al 859-257-9428 o al número gratuito 1-866-400-9428. También puede ponerse en contacto con la Junta de Revisión Institucional (IRB) del Gabinete de Salud y Servicios Familiares (CHFS) llamando al 502-564-5497 (ext. 4102). Puede solicitar una copia de este formulario de consentimiento para sus registros, si lo desea.

¿QUÉ MÁS DEBO SABER?

Este estudio está financiado por la División de Salud Conductual de Kentucky con el objetivo de comprender mejor los resultados del programa KY-Moms MATR.

Al elegir la opción correspondiente a continuación, la paciente acepta que la contactemos por teléfono aproximadamente 6 meses después de dar a luz para una entrevista de seguimiento. En ese momento, podrá volver a decidir si desea participar o no en dicha entrevista de seguimiento.

- Acepto que me contacten para participar en el estudio de seguimiento.
- NO acepto que me contacten para participar en el estudio de seguimiento.

Si la paciente respondió “NO acepto”:

Gracias por responder estas preguntas. Su información ayudará a mejorar los servicios de atención prenatal para mujeres como usted que viven en Kentucky.

Si la paciente respondió “Acepto”:

Gracias por permitir que nos comuniquemos con usted en el futuro. En esta última sección, le preguntaremos algunos datos que nos ayudarán a ponernos en contacto con usted. Al igual que el resto de las respuestas que acaba de dar, la información de localización se almacena encriptada en un archivo protegido por contraseña al que solo tiene acceso el personal autorizado del estudio. Solo utilizaremos esta información para contactarla en el futuro y no la compartiremos con ninguna otra persona. Le preguntaremos si podemos comunicarnos con alguna persona conocida (como su madre o su abuela) para tratar de ubicarla a usted. Si lo hacemos, no compartiremos ***ningún tipo de información*** con esa persona; solo le diremos que se le pidió que participara en un **estudio de seguimiento del programa de salud**.

1. Para ayudarnos a garantizar que solo hablaremos con usted durante el seguimiento, elija **dos preguntas de seguridad** de la siguiente lista y proporcione respuestas que pueda recordar aproximadamente 6 meses después de terminar su participación en el programa.

1. ¿Cuál es el nombre de su primera mascota? _____
2. ¿De qué modelo/marca era su primer coche? _____
3. ¿En qué ciudad nació? _____
4. ¿Cuál es el nombre de la última escuela primaria a la que asistió? _____
5. ¿Cuál era su apodo en la infancia? _____
6. ¿Cuál es el nombre de su mejor amigo de la infancia? _____

Proporcione tanta información como sea posible para que podamos comunicarnos con usted dentro de 6 meses después de que la paciente termine su participación en el programa (por cualquier motivo) a fin de llevar a cabo la segunda parte de KY-Moms, el Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky.

2. Información de contacto de la paciente	
Nombre de soltera u otro nombre asociado de la paciente (sobrenombre)	
Número de teléfono residencial (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
¿Tiene otro número de teléfono al que podamos comunicarnos con usted? (con código de área)	
Dirección actual de la paciente (número y calle)	
Número de departamento (si corresponde)	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
¿Esta es la dirección permanente de la paciente?	_____ Sí (Si respondió "Sí", pase a las dos preguntas siguientes) _____ No _____ No responde
Si no se trata de la dirección permanente de la paciente, ¿quién vive en esta dirección? Nombre (nombre, apellido)	Nombre (nombre _____ apellido _____)
Vínculo con la paciente	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

Indique las DOS personas que siempre sabrán dónde ubicarla. Las madres y las parientes de sexo femenino suelen ser mejores para mantenerse en contacto. **Recuerde que las personas que entrevistan NUNCA revelarán que participó en el programa** ni compartirán información personal; solo dirán que dio su consentimiento para que la contacten con respecto al Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky.

4. Persona 1

Mejor dirección secundaria de la paciente	
Nombre y apellido de la persona asociada con esta dirección	
Dirección (número y calle)	
Número de departamento (si corresponde)	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono residencial (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Vínculo con la paciente (seleccionar una opción)	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

5. Persona 2

Información de contacto:	
Nombre y apellido de la persona asociada con esta dirección	
Dirección (número y calle)	
Número de departamento (si corresponde)	
Ciudad	

Estado	
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono residencial (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Vínculo con la paciente (seleccionar una opción)	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

6. Podemos comunicarnos con usted por mensaje a través de Facebook Messenger o alguna otra plataforma de redes sociales. En caso de usar Facebook Messenger o las redes sociales, solo lo haremos para ponernos en contacto con usted o con la persona de contacto que haya indicado. No revelaremos ninguna información privada.

¿Cuál es su nombre en Facebook? _____

* Nota: Los mensajes provendrán de nuestra página comunitaria de Facebook en inglés sobre el estudio, UKHFS Page (Health Follow Up Study), o de la página UKHFS Page (Kentucky Health Follow Up). Es posible que le enviemos una solicitud de amistad desde nuestra página; sus amigos de Facebook podrían ver esta actividad. Si decide no seguir nuestra página, compruebe la carpeta de correo no deseado de Facebook Messenger para ver si tiene mensajes de nuestro equipo del estudio. Además, le aconsejamos no divulgar ninguna información privada en los mensajes de Facebook que nos envíe.

Cláusula de privacidad: No compartiremos ningún tipo de información privada; sin embargo, todos los mensajes que se envían a través de Facebook Messenger están sujetos a las políticas de privacidad y de datos de Facebook. Facebook recopila información sobre contenido y de otro tipo que se envía o comunica a otras personas. Esto puede incluir información sobre el contenido que se publica, como la ubicación de una foto o la fecha de creación de un archivo. Para obtener más información, visite www.facebook.com/about/privacy/.

7. ¿Cuál es la dirección de correo electrónico principal a la que podemos contactarla? _____

7a. ¿Tiene otra dirección de correo electrónico a la que podamos contactarla? _____

9. ¿Cuál es el mejor medio para contactarla? Marque todas las opciones que correspondan.

- Mensaje de texto Llamada telefónica Correo electrónico Facebook Trabajo
 Otras redes sociales

10. Si su lugar de trabajo es una buena opción para comunicarnos con usted, proporcione los datos de contacto:

Nombre de la compañía/agencia	
Número de oficina o unidad	
Número de teléfono de la compañía/agencia	

11. Si dentro de un año alguien le debiera USD 1,000 y su número de teléfono y dirección hubieran cambiado, ¿cómo podría encontrarla esa persona para devolverle el dinero?

**Gracias por responder estas preguntas.
Su información ayudará a mejorar los servicios para las mujeres que viven
en Kentucky.**