

# HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE RIESGOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Para Mujeres Embarazadas

Nombre del Paciente/Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por Proveedor Calificado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La salud de las mujeres y sus hijos puede ser afectada por los problemas emocionales, el alcohol, tabaco, uso de otras drogas y la violencia. La salud de las mujeres y sus hijos también puede ser afectada cuando estos mismos problemas están presentes en personas cercanas a ellos. El alcohol incluye cerveza, vino, cócteles, licor y otras bebidas embriagantes. Los productos de tabaco incluyen cigarrillos, puros, tabaco en polvo y tabaco de mascar.

|  |                        |                             |                             |
|--|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Alguno de sus padres tiene problemas con el consumo de alcohol u otra droga?   | <b>LOS PADRES</b>      | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el consumo de alcohol u otra droga?   | <b>COMPAÑEROS</b>      | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Su pareja tiene problemas con el consumo de alcohol u otra droga?  | <b>PARTNER</b>         | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿En el pasado, ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicamentos recetados?   | <b>PASADO</b>          | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Marque SÍ si está de acuerdo con cualquiera de estas declaraciones.<br>- ¿En el último mes, ha consumido usted alcohol o usado otras drogas?<br>- ¿Cuántos días al mes toma alcohol? _____<br>- ¿Cuántos tragos toma en un día cualquiera? _____<br>- ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más tragos por día en el último mes? _____ | <b>ACTUALIDAD</b>      | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Ha fumado algún cigarrillo o utilizado algún producto de tabaco en los últimos tres meses?   | <b>EL TABACO</b>       | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. ¿En las últimas semanas, se le ha hecho difícil hacer su trabajo, convivir con otras personas o hacerse cargo de su hogar por causa de la preocupación, ansiedad, depresión o tristeza?   | <b>SALUD EMOCIONAL</b> | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. ¿Está usted actualmente o ha estado alguna vez en una relación donde resultó físicamente lesionada estrangulada, amenazada, controlada o le hicieron sentir miedo?  | <b>VIOLENCIA</b>       | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

## PROVIDER USE ONLY

| Brief Intervention/Brief Treatment              | Y                        | N                        | NA                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Did you <b>State</b> your medical concern?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Did you <b>Advise</b> to abstain or reduce use? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Did you <b>Check</b> patient's reaction?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Did you <b>Refer</b> for further assessment?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Did you <b>Provide</b> written information?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Moderate drinking for non-pregnant women is one drink per day. Women who are pregnant or planning to become pregnant should not use alcohol, tobacco, illicit drugs or prescription medication other than as prescribed.

Developed by the Institute for Health and Recovery (IHR), Massachusetts, February, 2007. Adapted by the Southern Oregon Perinatal Task Force in partnership with AllCare Health Plan, Oregon, May 2013.