

Nombre del Proyecto:

Formulario de Seguimiento de Información de Participantes del proyecto VitaGrant de March of Dimes en Florida

*Instrucciones: Infórmele a la participante que su participación es voluntaria y que toda información proporcionada es confidencial. En su primer encuentro con la participante, pídale que firme la declaración de consentimiento en donde se le informa cómo se utilizará la información. Marque la/s respuesta/s que coincide/n mejor con las respuestas que le dio la participante. Por favor, marque una respuesta para la Raza **y** otra para el Origen Étnico de cada participante. El/la Trabajador/a de Servicios Sociales de VitaGrant coordinará con usted la recolección de los formularios una vez completados.*

Encuentro Inicial (Proporcionar multivitaminas, con el material adjunto, si la mujer está interesada)

Fecha:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de la Participante:	Raza
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática	
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial	
Origen Étnico	
<input type="checkbox"/> No Hispano y No Haitiano <input type="checkbox"/> Hispano Mexicano <input type="checkbox"/> Hispano Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano Centro Americano	
<input type="checkbox"/> Hispano Sudamericano <input type="checkbox"/> Hispano Cubano <input type="checkbox"/> Criollo Haitiano <input type="checkbox"/> Otro tipo de Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	
A. Conocimientos Básicos sobre Ácido Fólico	
1. Basándose en lo que ha escuchado, visto o leído, ¿debe una mujer tomar multivitaminas <i>antes</i> de su embarazo o no?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Quizá	
2. ¿Qué vitaminas específicas pueden ayudar a una mujer a reducir el riesgo de que su hijo nonato presente defectos de nacimiento?	
<input type="checkbox"/> Ácido Fólico <input type="checkbox"/> Multivitamina/Prenatal <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro	
3. El Servicio de Salud Pública de los EUA recomienda una dosis de 400 microgramos de ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil, estén embarazadas o no. Antes de hoy, ¿había escuchado esta recomendación alguna vez?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
B. Historial de Defectos de Nacimiento	
1. ¿Ha tenido algún embarazo en el que se haya identificado que el bebé tenía un defecto de nacimiento?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es Sí</i>	
1.a. ¿Fue un defecto del tubo neural (incluyendo anencefalia, espina bífida o encefalocele)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, especifique el Tipo: _____	
<i>Si la respuesta a 1.a. es Sí, la mujer tuvo un embarazo que resultó en un defecto del tubo neural; se debe alentar a la mujer a hablar con su proveedor de servicios médicos acerca de si ella se beneficiaría al tomar una dosis terapéutica de ácido fólico (4,0 miligramos).</i>	
C. Historial de Suplementos	
1. ¿Toma actualmente alguna vitamina o suplemento?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No está segura	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es Sí.</i>	
1.a. ¿Alguna de las pastillas que toma es una multivitamina?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No está segura	
<i>Si la respuesta a 1 es Sí, pero la respuesta a 1.a es No.</i>	
1.b. ¿Alguno de los suplementos o las pastillas de vitaminas que toma contienen ácido fólico?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No está segura	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es Sí.</i>	
1.c. ¿Con qué frecuencia toma este suplemento o pastilla de vitaminas?	
Veces por Día ___ Veces por Semana ___ Veces por Mes ___ No sabe/No está segura ___	
<i>Si la respuesta a 1 es Sí, explíquelo que es importante no tomar más de la dosis de multivitaminas recomendada. Si ella ya toma multivitaminas, no debería tomar una multivitamina adicional.</i>	

Información de Contacto Regional de Trabajador/a de Servicios Sociales de VitaGrant

Ft. Lauderdale/Miami
Tel.: 954-772-0013
Fax: 954-772-4655

Jacksonville
Tel.: 904-398-2821
Fax: 904-398-8299

Gainesville
Tel.: 352-378-9522
Fax: 352-377-5918

Tampa
Tel.: 813-287-2600
Fax: 813-287-8916

Tallahassee
Tel.: 850-245-4465 x2769
Fax: 850-245-4047

Nombre del Proyecto:

Segundo Encuentro (no antes de dos semanas pasada la visita del encuentro inicial)

Fecha:

Nombre de la Participante:

Fecha de Nacimiento:

D. Conocimientos sobre Ácido Fólico después de la Prueba

1. ¿Qué ha leído, escuchado o visto sobre ácido fólico? (marque todas las respuestas que le brinde la participante)

Previene los defectos de nacimiento/Defectos del tubo neural/Espina bífida Se necesita mucho más durante el embarazo

Debe tomarse antes del embarazo Hace bien/Es bueno tomarlo/Importante

Importante para el desarrollo del bebé No sabe

2. A su mejor saber y entender, ¿las multivitaminas contienen ácido fólico o no?

Sí No No sabe

E. Experiencia con Suplementos

1. ¿Toma actualmente las multivitaminas provistas?

Sí No A veces

Si la respuesta a la pregunta 1 es No.

1.a. ¿Por qué motivo no las toma?

No me acuerdo Pastilla demasiado grande Me cae mal No me parece importante Otro

Si la respuesta a la pregunta 1 es A veces.

1.b. ¿Con qué frecuencia?

5-6 Veces/Semana 3-4 Veces/Semana 1-2 Veces/Semana Menos de una vez por semana

1.b.1. ¿Qué le impide tomarla todos los días?

No me acuerdo Pastilla demasiado grande Me cae mal No me parece importante Otro

Comentarios:

Información de Contacto Regional de Trabajador/a de Servicios Sociales de VitaGrant

Ft. Lauderdale/Miami
Tel.: 954-772-0013

Jacksonville
Tel.: 904-398-2821

Gainesville
Tel.: 352-378-9522

Tampa
Tel.: 813-287-2600

Tallahassee
Tel.: 850-245-4465
x2769

Fax: 954-772-4655

Fax: 904-398-8299

Fax: 352-377-5918

Fax: 813-287-8916

Fax: 850-245-4047

Nombre del Proyecto:

Tercer Encuentro (aproximadamente dos a tres meses después de la visita del encuentro inicial; proporciónale a la participante otra botella de vitaminas, si está interesada)

Fecha:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de la Participante:	
F. Experiencia con Suplementos	
1. ¿Toma actualmente las multivitaminas provistas?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es No.</i>	
1.b. ¿Por qué motivo no las toma?	
<input type="checkbox"/> No me acuerdo <input type="checkbox"/> Pastilla demasiado grande <input type="checkbox"/> Me cae mal <input type="checkbox"/> No me parece importante <input type="checkbox"/> Otro	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es A veces.</i>	
1.c. ¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/> 5-6 Veces/Semana <input type="checkbox"/> 3-4 Veces/Semana <input type="checkbox"/> 1-2 Veces/Semana <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana	
1.c.1. ¿Qué le impide tomarla todos los días?	
<input type="checkbox"/> No me acuerdo <input type="checkbox"/> Pastilla demasiado grande <input type="checkbox"/> Me cae mal <input type="checkbox"/> No me parece importante <input type="checkbox"/> Otro	

Comentarios:

Información de Contacto Regional del Trabajador de Servicios Sociales de VitaGrant:

Ft. Lauderdale/Miami
Tel.: 954-772-0013

Jacksonville
Tel.: 904-398-2821

Gainesville
Tel.: 352-378-9522

Tampa
Tel.: 813-287-2600

Tallahassee
Tel.: 850-245-4465
x2769

Fax: 954-772-4655

Fax: 904-398-8299

Fax: 352-377-5918

Fax: 813-287-8916

Fax: 850-245-4047