

**Cita postparto**

Llene la siguiente información:

**Fecha del parto:** \_\_\_\_\_**Tipo de parto:**  Vaginal  Cesárea  
 Parto vaginal después de cesárea**Nombre del bebé:** \_\_\_\_\_**Sexo:**  M  
 F**Peso al nacer:** \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz

Agregue esta información aquí para un bebé mellizo:

**Anestesia del parto:**  Epidural  Natural  Espinal**Médico partero:** \_\_\_\_\_**Complicaciones del parto:** \_\_\_\_\_**Su bebé, ¿nació con alguna complicación y/o tuvo que ser ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales?**  No  Sí (explique):  
\_\_\_\_\_**¿Cómo alimenta a su bebé?**  con leche materna  con fórmula  de ambas formas**Indique cualquier pregunta o problema sobre el que quisiera conversar:****¿Qué método anticonceptivo le gustaría utilizar?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                  | <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino (Mirena, Skyla, Kyleena) |
| <input type="checkbox"/> Condomes                 | <input type="checkbox"/> Parche                    | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino (Paragard)               |
| <input type="checkbox"/> Depo Provera (inyección) | <input type="checkbox"/> Nuvaring                  | <input type="checkbox"/> Nexplanon   |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía de la pareja  |  | <input type="checkbox"/> Esterilización tubárica                           |
|   |  | <input type="checkbox"/> No sé   |

**¿Necesita información sobre servicios de apoyo (lactancia, WIC)?**  Sí  No  N/C

Clinic Use Only: Weight \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PHQ9 Score \_\_\_\_\_

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas?

Ponga un ○ (CÍRCULO) alrededor del cuadro que contenga su respuesta.

	En ningún momento	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
b. Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza	0	1	2	3
c. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado	0	1	2	3
d. Sensación de cansancio o poca energía	0	1	2	3
e. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
f. Sentirse mal consigo misma, o sentir que es un fracaso o que ha quedado mal consigo misma o con su familia	0	1	2	3
g. Dificultad para concentrarse en las cosas, por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
h. Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: sentir tanta agitación o intranquilidad que ha estado moviéndose de un lado a otro mucho más de lo habitual	0	1	2	3
i. Pensar que sería preferible estar muerta o que quiere autolastimarse de alguna manera	0	1	2	3

AGREGAR COLUMNAS

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

¿Qué tanta dificultad le causaron estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de los quehaceres domésticos o llevarse bien con otras personas?

- Ninguna dificultad  
 Algo de dificultad  
 Mucha dificultad  
 Muchísima dificultad

Stanford Medicine Partners es una organización independiente sin fines de lucro que está afiliada a Stanford University, Stanford Health Care y Stanford Health Care Tri-Valley, pero es autónoma con respecto a estas instituciones. Stanford Medicine Partners contrata a grupos médicos para que presten servicios de atención médica en sus centros de salud. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley y Stanford University no tienen control alguno sobre dichos grupos médicos ni sobre la atención brindada por los médicos y proveedores de salud especializados de tales grupos médicos, ni se responsabilizan de sus acciones. Los médicos y los proveedores de salud especializados de tales grupos médicos que brindan atención en los centros de salud de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley o Stanford University.