



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de bebé: \_\_\_\_\_

F de N de bebé: \_\_\_\_\_

Nombres de los padres: \_\_\_\_\_

¡Felicidades por su nuevo bebé! ¡Estamos emocionados de formar parte de este tiempo tan importante de su vida! Es nuestra tarea asegurar que su bebé reciba la mejor atención de salud posible y ayudar a usted(es) a adaptarse a los cambios que el nuevo bebé trae a su vida.

Los padres pueden experimentar una variedad de sentimientos y ajustes emocionales a lo largo del primer año de la vida de su hijo(a). Puesto que el bienestar emocional de usted(es) puede tener un impacto significativo en su salud así como en la salud y bienestar de su familia, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los padres completen un proceso de revisión de salud en las visitas pediátricas.

Por consiguiente, en varias de las visitas durante el primer año de la vida de su hijo(a), se le(s) va a pedir que llene(n) un cuestionario breve respecto a cómo usted(es) está(n) adaptándose al primer año de la vida de su hijo(a). Sus respuestas deben reflejar sus sentimientos durante los últimos 7 días.

Ya que estaremos llevando a cabo la revisión a lo largo del primer año de la vida de su hijo(a), queremos incluir la puntuación en el expediente de su hijo(a), pero necesitamos su autorización para hacerlo. Tanto la puntuación y las respuestas a las preguntas de revisión, con su permiso, se mantendrán en el expediente médico electrónico de su hijo(a). Esta información es protegida por las normas de privacidad de Holyoke Pediatric Associates. A diferencia de un expediente médico en su propio nombre, el expediente médico de su hijo(a) es accesible por cualquiera de los padres, un tutor legal, compañía de seguros, o su hijo(a) al cumplir dieciocho años de edad. Si usted(es) no acepta(n) que los resultados se retengan en el expediente médico de su hijo(a), todavía puede(n) participar en la revisión. Sin embargo, no habrá ningún registro de los resultados de sus revisiones.

Yo acepto que los resultados de la revisión se retengan en el registro médico de mi hijo(a). Yo he leído esta autorización, he tenido una oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre y/o Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha (vence en 1 año)

\_\_\_\_\_  
Testigo

Solicitamos su permiso para compartir cualesquier inquietudes respecto a los resultados de la revisión con sus proveedores de servicios de salud. Por favor indique su información abajo:

\_\_\_\_\_  
Obstetra-Ginecólogo/Partera

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Proveedor primario de salud

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Terapeuta/Psiquiatra

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

# Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: \_\_\_\_\_ Número de identificación de participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo \_\_\_\_\_ 0

Sí, la mayor parte del tiempo  1

No, no muy a menudo \_\_\_\_\_ 2

No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

*Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.*

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:  
Tanto como siempre he podido hacerlo \_\_\_\_\_ 0  
No tanto ahora \_\_\_\_\_ 1  
Sin duda, mucho menos ahora \_\_\_\_\_ 2  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:  
Tanto como siempre \_\_\_\_\_ 0  
Algo menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 1  
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 2  
Prácticamente nunca \_\_\_\_\_ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, algunas veces \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0  
Casi nada \_\_\_\_\_ 1  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
Sí, muy a menudo \_\_\_\_\_ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:  
Sí, bastante \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
No, no mucho \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:  
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera \_\_\_\_\_ 2  
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien \_\_\_\_\_ 1  
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre \_\_\_\_\_ 0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
Ocasionalmente \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0

10. He pensado en hacerme daño:  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 3  
A veces \_\_\_\_\_ 2  
Casi nunca \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0