

# Formulario demográfico Healthy Start | Mayo del 2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento  
09/30/2026

**LA INFORMACIÓN DE ESTE RECUADRO ES SOLO PARA LOS REGISTROS DEL BENEFICIARIO—NO SUBIR**

Nombre del participante/individuo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

**El nombre y la fecha de nacimiento incluidas en la parte superior son solamente para el rastreo de los beneficiarios y no deben ser enviados a HRSA.**

**Declaración de carga pública:** El objetivo de la recolección de esta información es obtener datos de rendimiento para evaluar lo siguiente: beneficiarios de subvenciones y acuerdos de cooperación de la HRSA, operaciones del programa y requisitos de presentación de informes. Además, estos datos facilitarán la capacidad de demostrar la alineación entre los programas discrecionales del MCHB y el Programa Healthy Start para cuantificar los resultados en todo el MCHB. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de control OMB para esta recopilación de información es 0915-0338 y es válido hasta el 09/30/2026. Se estima que la declaración de carga pública para esta recolección de esta información es de 0,15 horas por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes y completar y revisar la recolección de información. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o por correo electrónico a [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).

## INSTRUCCIONES GENERALES

- Este formulario demográfico debe ser diligenciado con todos los participantes inscritos en Healthy Start para servicios de preconcepción, prenatales, posparto, crianza o durante el periodo entre embarazos; un padre o pareja inscritos; u “otro adulto” que no está inscrito en el programa, pero cuenta con la responsabilidad principal/custodia del niño inscrito; o un individuo que asiste a clases grupales sobre educación para la salud patrocinadas o provistas por el programa Healthy Start.
- Este formulario debe ser suministrado por un manejador de casos capacitado o por algún miembro de Healthy Start para garantizar la consistencia en las respuestas de todos los participantes. Este formulario no debe ser diligenciado individualmente o ser suministrado por algún miembro del personal que no haya sido capacitado.
- Cada formulario debe incluir el número de identificación único de cada participante (UID, por sus siglas en inglés) en la pregunta G1. El número de identificación único de cada participante debe ser el mismo a través de todas las etapas y los años de participación en el programa, y debe estar en el formato descrito en la pregunta G1.
- Independientemente de la fase reproductiva en la que se encuentre la persona, cada individuo debe diligenciar este formulario de acuerdo con sus experiencias personales.

# Formulario demográfico Healthy Start | Mayo del 2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento  
09/30/2026

*Consulte la página siguiente para obtener instrucciones adicionales.*

# Formulario demográfico Healthy Start | Mayo del 2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento  
09/30/2026

## Cuando diligenciar este formulario:

- **Para participantes inscritos en manejo de casos/coordinación de cuidados (CM/CC, por sus siglas en inglés)** (una persona que se inscribe o ya está inscrita en Healthy Start para recibir servicios de manejo de casos/coordinación de cuidados):
  - Complete este formulario cuando una persona se inscriba por primera vez en el programa Healthy Start. Cada participante de CM/CC inscrito debe tener un formulario demográfico completo para que cuente en el número de personas atendidas por un programa.
- **Solo para personas que asisten a clases grupales sobre educación para la salud** (una persona que no está inscrita en los servicios de manejo de casos/coordinación de la atención de Healthy Start pero que asiste a educación sobre salud en grupo/proporcionadas por Healthy Start)
  - Complete este formulario cuando la persona asista por primera vez a la clase grupal sobre educación para la salud. Cada participante de las clases grupales sobre educación para la salud debe tener un formulario demográfico completo para que cuente en el número de personas atendidas por un programa.
- **Para “otros adultos”** (personas que no están inscritas en Healthy Start o que atienden clases grupales sobre educación para la salud que tienen la responsabilidad principal/custodia de un niño inscrito):
  - Complete este formulario con el cuidador cuando el niño se inscriba en el programa.

## Cómo actualizar/revisar este formulario:

- Este formulario solo debe actualizarse/revisarse si el tipo de participante de una persona (G2) y/o las respuestas a las preguntas 3 a la 9 han cambiado. Para actualizar el formulario:
  1. Seleccione “Formulario actualizado” en G3.
  2. Rellene el campo “Fecha de actualización” en G3 introduciendo la fecha en la que se actualiza el formulario.
  3. Actualice la(s) respuesta(s) a la pregunta G2, y/o a las preguntas 3 a la 9, según corresponda.
  4. No actualice/revise las preguntas 1-2.

# Formulario demográfico Healthy Start | Mayo del 2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento  
09/30/2026

[INFORMACIÓN GENERAL debe ser diligenciada por un miembro del personal de Healthy Start:]

**G1. El número de identificación único de la persona ID#:** \_\_\_\_\_  
[Ingréselo como un número completo: Código Org del beneficiario + PP + número de identificación único del cliente (por ejemplo: 123PP45678)]

**G2. ¿A quién se entrevista?**

(Seleccione una)

- Participante en CM/CC** (persona que se inscribe o ya está inscrita en el programa Healthy Start para recibir servicios de manejo de casos/coordinación de cuidados)
- Participante en clases grupales sobre educación para la salud** (una persona que no está inscrita en manejo de casos/coordinación de cuidados, si no que asiste únicamente a las clases grupales sobre educación para la salud)
- Otro adulto** (una persona que no está inscrita en el programa Healthy Start o que asiste a una de las clases de educación de salud, pero que tiene la responsabilidad principal o custodia de un niño inscrito)
  - **Especifique la relación con el niño (seleccione una):**
    - Abuelo**
    - Miembro de la familia**
    - Padre adoptivo**
    - Otro tutor legal**

**G3. Este formulario es un...**

(Seleccione una)

- Formulario inicial** (esta es la primera vez que la persona completa este formulario)  
⇒ **Fecha inicial cuando se diligenció el formulario:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- Formulario actualizado** (la persona que completó este formulario está siendo entrevistada nuevamente)  
⇒ **Fecha de la actualización:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

**(ADMINISTRATIVO)** Marque la casilla siguiente si este formulario es una corrección de una copia ya cargada en el Sistema de datos de seguimiento y evaluación de Healthy Start (HSMED, por sus siglas en inglés). De lo contrario, deje esta casilla en blanco.

- Este formulario es una corrección.

[Miembros del personal – Por favor leer el siguiente enunciado al participante:]

*El propósito de este formulario es examinar en qué medida Healthy Start está cumpliendo sus objetivos de ayudar a las familias a mejorar su salud, la salud de sus bebés y obtener los cuidados de salud que necesitan. Completar este cuestionario tomará aproximadamente 9 minutos. Toda la información que nos brinde será confidencial. No tiene que contestar ninguna pregunta que no desee, y puede ponerle fin a la entrevista en cualquier momento sin ninguna penalización ni pérdida de beneficios.*

## Información general del participante

### 1. ¿Está actualmente...?

(Seleccione todas las que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Etapas de preconcepción</b> (no hay embarazos previos, no tiene hijos, no se encuentra en embarazo) | <input type="checkbox"/> <b>Criando a un bebé menor de 6 meses</b>       |
| <input type="checkbox"/> <b>Embarazada</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Criando a un bebé de entre 6 a 11 meses</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Posparto</b> (dio a luz hace menos de 6 meses)  | <input type="checkbox"/> <b>Criando a un niño de entre 12 a 18 meses</b> |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Ninguna de las anteriores</b>                |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b>                     |

### 2. ¿Qué edad tiene?

(Seleccione una)

- \_\_\_\_\_ años
- Se niega a responder**

### 3. ¿Cómo se describiría actualmente?

(Seleccione una)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Mujer</b>              | <input type="checkbox"/> <b>Utiliza un término diferente; por favor especifique:</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Hombre</b>             | _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Mujer transgénero</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Se niega a responder</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Hombre transgénero</b> |  |

### 4. ¿Cuál fue el sexo que le asignaron al nacer, en su certificado de nacimiento original?

(Seleccione una)

- Mujer**
- Hombre**
- Se niega a responder**

**5. ¿Es de origen hispano, latino o español?**

*(Seleccione todas las que correspondan)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no es de origen latino, hispano o español | <input type="checkbox"/> Sí, de Cuba   |
| <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano        | <input type="checkbox"/> Sí, de origen hispano, latino o español de otro lugar |
| <input type="checkbox"/> Sí, de Puerto Rico                            | <input type="checkbox"/> Se niega a responder                                  |

**6. ¿Cuál es su raza?**

*(Seleccione todas las que correspondan)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                                     | <input type="checkbox"/> Coreano                   |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                      | <input type="checkbox"/> Vietnamita                |
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> De otros países asiáticos |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                             | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái           |
| <input type="checkbox"/> Chino                                      | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro        |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                   | <input type="checkbox"/> Samoano                   |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                    | <input type="checkbox"/> De otra isla del pacífico |
|   | <input type="checkbox"/> Se niega a responder      |

**7. ¿Habla otro idioma aparte del inglés en casa?**

*(Seleccione una)*

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sí – especifique el idioma o los idiomas _____ |
| <input type="checkbox"/> No   |
| <input type="checkbox"/> Se niega a responder                           |

**8. ¿Qué tan bien habla inglés?**

*(Seleccione una)*

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muy bien    | <input type="checkbox"/> Para nada bien       |
| <input type="checkbox"/> Bien        | <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
| <input type="checkbox"/> No muy bien |   |

**9. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?**

*(Seleccione una)*

# Formulario demográfico Healthy Start | Mayo del 2024

No. de control de OMB 0915-0338, fecha de vencimiento  
09/30/2026

- Sin educación formal
- Grado 8 o menos
- Algunos niveles de secundaria (grados 9, 10, 11 y 12)
- Diploma de secundaria (completó el grado 12)
- G.E.D.
- Algunos estudios universitarios o un título de 2 años
- Escuela técnica o comercial
- Licenciatura
- Estudios de posgrado o profesionales
- Se niega a responder