

**ESTUDIO PARA VER SI LOS PACIENTES ESTÁN LISTOS PARA SER DADOS DE ALTA-
FORMULARIO DE LA NUEVA MADRE**

Por favor, haga un círculo alrededor de su respuesta. Las respuestas se basan en una escala de 10 puntos, del 0 al 10. Las palabras debajo del número indican lo que significa el 0 o el 10. Escoja el número del 0 al 10 que refleje mejor su opinión.

Por ejemplo, si hace un círculo alrededor del número 7 significa que está más de acuerdo con el número 10 que con el número 0, pero no del todo.

1. Físicamente ¿está usted listo para ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada listo Completamente listo
2. ¿Cómo describiría su dolor o malestar hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ningún dolor/ malestar Severo dolor / malestar agudo
3. ¿Cómo describiría su fuerza hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Débil Fuerte
4. ¿Cómo describiría su energía hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Poca energía Mucha energía
5. ¿Cuánto estrés siente hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho
6. Emocionalmente , ¿se siente preparado para ir a casa hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparado Completamente preparado
7. ¿Cómo describiría su habilidad física de cuidar de si mismo hoy (por ejemplo, higiene, andar, ir al baño)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Completamente capaz
8. Cómo describiría su habilidad física de cuidar a su bebe en los primeros días después de llegar a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Completamente capaz
9. ¿ Sabe cómo cuidarse cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo

10. ¿ Sabe cómo cuidar a su bebé cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
11. ¿ Sabe qué problemas pueden surgir cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
12. ¿ Sabe a quién y cuándo llamar si tiene problemas cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
13. ¿ Sabe qué restricciones tiene (lo que puede o no puede hacer) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
14. ¿ Sabe sobre el seguimiento de la atención médica que usted y su bebé necesitan después de ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
15. ¿ Conoce los servicios y la información disponibles en su comunidad cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
16. ¿Cómo va a poder llevar a cabo las tareas de cada día en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
17. ¿Cómo va a llevar a cabo su cuidado personal (por ejemplo, cuidado de los puntos de sutura, la incisión, cuidado del pecho, bañarse, ir al baño, comer) en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
18. ¿Cómo va a poder realizar el cuidado del bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
19. ¿Cuánto apoyo emocional va a tener cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguno Mucho
20. ¿Cuánta ayuda va a tener a la hora de su cuidado personal cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucha
21. ¿Cuánta ayuda va a tener con las tareas domésticas (por ejemplo, cocinar, limpiar, comprar, cuidar niños) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucha

22. ¿Cuánta ayuda va a tener con el cuidado de su bebé cuando está en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ninguna										Mucha

© Dr. Marianne Weiss, DNSc, RN

Marianne.weiss@marquette.edu

Traducido por Gabriella Malagon-Maldonado, DNP, RN