

El Proyecto Evaluación de Seguridad para Todos (S.A.F.E., Safe Assessment for Everyone) está preocupado por su bienestar. Tómese un momento para responder este cuestionario. Todas las respuestas serán confidenciales.

1. ¿Cómo se siente su pareja acerca de su embarazo? Marque todas las opciones que correspondan:
 feliz enojado se niega a participar no sé
2. ¿Alguna vez su pareja ha tratado de interferir con el uso de sus métodos anticonceptivos o ha evitado que los use? (píldoras, condón, inyección, etc.) sí no
3. ¿Alguna vez su pareja la ha obligado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?
 sí no
4. ¿Se siente segura en casa? sí no
 ¿En la escuela? sí no
 ¿En el trabajo? sí no
5. ¿Actualmente tiene una relación con alguien que la amenaza con palabras o la atemoriza?
 sí no
6. ¿Actualmente tiene una relación con alguien que es posesivo o trata de controlarla a usted o a sus hijos?
 sí no
7. ¿Tiene una relación con alguien que alguna vez le haya causado daño (le ha dado golpes, bofetadas o empujones, ha tratado de asfixiarla o le ha lanzado objetos)?
 sí no
8. ¿Sabe a quién podría acudir o dónde podría obtener ayuda si le preocupara que le hicieran daño (sufrir maltratos)? sí no

Si desea hablar con alguien sobre esto, dígaselo a la enfermera.

Nombre _____ Fecha _____



© Se requiere un permiso por escrito del financiador del proyecto antes de usar o copiar este formulario o cualquier material del Proyecto SAFE: Columbus Coalition Against Family Violence, 655 East Livingston Avenue, Columbus, OH 43205, 614/722-5985, www.TheColumbusCoalition.org
Project SAFE-Department of Maternal Fetal Medicine, The Ohio State University Medical Center

