

Notificación de Embarazo de la Miembro

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a SilverSummit Healthplan al 1-844-366-2880 (TTY/TTD: 1-844-804-6086). Este formulario también está disponible en línea en www.silversummithealthplan.com.

*** Número de ID de Medicaid:**

Su Nombre:

Su Apellido:

*** Su Fecha de Nacimiento MMDDAAAA:**

Identificación de Género:

Número de Teléfono:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de Correo Electrónico:

Raza/Origen Étnico (seleccione todas las opciones que correspondan):

Blanco

Negro/Afroamericano

No desea informar

Indio Americano/Nativo Americano

Asiático

Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico

Hispano o Latino

Otro

Si pertenece a otro origen étnico, especifique:

¿Qué Proveedor/Clínica me está ayudando durante mi embarazo?:

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono:

Nombre de la Clínica
(si corresponde):

Mi Situación Actual

Marque esta casilla si responde no a cualquiera de las siguientes preguntas:

Tengo un teléfono.

Me siento bien en el lugar que vivo.

Me siento segura en casa y con la gente que me relaciono.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Puedo pagar mis cuentas de servicios públicos (combustible, agua, electricidad, etc.).

Información sobre mi Embarazo Actual

¿Fui a mi primera visita prenatal?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de embarazo tenía en su primera visita?

* Número de ID de Medicaid:

Apellido y Nombre:

Mi fecha prevista de parto es el (si no conoce su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su último período):

Este es mi primer embarazo Sí No

¿Dónde voy a dar a luz a mi bebé?
(Hospital o centro de partos):

Marque las casillas que corresponden:

- ☐ Múltiple (gemelos, trillizos)
- ☐ Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo)
- ☐ Asma u otros problemas respiratorios
- ☐ Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, masticar tabaco o vapear)
- ☐ Depresión (sensación de tristeza)
- ☐ Ansiedad (sensación de preocupación o estrés)
- ☐ No tengo ninguno de ellos
- ☐ Otras necesidades de salud
- ☐ Presión arterial alta o problemas cardíacos
- ☐ Náuseas y vómitos muy intensos
- ☐ Células falciformes
- ☐ Convulsiones/epilepsia
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetamina)

Explique

Mi Historial de Embarazo Anterior

Marque las casillas que corresponden:

- ☐ Parto anterior antes de las 37 semanas
- ☐ Diabetes gestacional (nivel alto de azúcar en sangre durante el embarazo)
- ☐ Presión arterial alta durante el embarazo/preeclampsia o problemas cardíacos
- ☐ Parto hace menos de 18 meses
- ☐ Toma progesterona en cualquier forma
- ☐ Cesárea anterior
- ☐ No tuve ninguno de estos o este es mi primer embarazo
- ☐ Otro

Explique

