

Aviso de embarazo

UN MIEMBRO POR FORMULARIO



Este formulario es confidencial.

Si usted tiene cualquier problema o pregunta, por favor llame al 1-844-366-2880 (TTY/TTD: 1-844-804-6086).

Este formulario también se encuentra en línea.

*Campo Requerido

¿Está Usted en Embarazo? Sí No *Si usted está en embarazo, por favor continúe contestando todas las preguntas.

Regrese este formulario con él sobre postal que le hemos dado. Cuando sus respuestas sean recibidas, ¡le enviaremos un regalo! Es posible que le llamemos si encontramos que usted corre riesgo de desarrollar problemas durante su embarazo.

*Numero de Identificación de Medicaid:

Su Primer Nombre:

Su Apellido:

Su Fecha de Nacimiento: La Fecha de Hoy:

Dirección Postal:

Ciudad: Estado: Código Postal (Zip):

Numero telefónico de casa : Numero móvil:

¿Le gustaría recibir mensajes de texto sobre el embarazo y cuidado de su recién nacido? Sí No

Si usted no tiene un plan ilimitado de texto, tarifas de mensaje o data pueden aplicar. Envíe la palabra STOP para dejar de recibir mensajes. Por favor recuerde: los mensajes de texto no son seguros y pueden ser vistos por otros.

Correo Electrónico:

Nombre de su obstetra:

Fecha de Parto (Mes/Día/Año):

¿Seguro primario (para la madre y el bebe) diferente al Medicaid? Sí No

Raza/Etnia (Seleccione todas las que apliquen): Blanco Negro/Afro-Americano Hispano/latino

Indio Americano/Nativo Americano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacifico

Otro Si es de otra raza, por favor especifique:

Lenguaje preferido (si diferente al ingles):

¿Planea amamantar? Sí No Si su respuesta es no, ¿cuál es su razón?

¿Ha seleccionado a su pediatra? Sí No Nombre del Pediatra:

Número de Partos a Terminos: Número de abortos involuntarios:

Número de Partos Prematuros: Número de mortinatos:

Altura: ¿Peso antes del embarazo?:



Nombre:

¿Tiene alguno de los siguientes? Si No Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

Su Historial Medico

Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto con más de tres semanas de anticipación) Si No

¿Parto reciente en los últimos 12 meses? Si No

¿Fue el parto en los últimos 6 meses? Si No

¿Cesárea previa? Si No

¿Diabetes (Previa al embarazo)? Si No

¿Anemia falciforme? Si No

¿Asma? Si No

Si su respuesta es sí, son los síntomas del asma peor durante el embarazo? Si No

¿Hipertensión (Previo al embarazo)? Si No

¿Muerte neonatal o mortinato previo? Si No

¿VIH Positivo? Si No ¿VIH Negativo? Si No

¿Se negó a examinarse? Si No ¿SIDA? Si No

¿Problemas del tiroides? Si No

¿Trastornos Convulsivos? Si No

¿Convulsiones en los últimos 6 meses? Si No

¿Abuso de alcohol o drogas previo? Si No

¿Tiene suficiente Comida? Si No

¿Le hace falta acceso fiable a un teléfono? Si No

¿Está afiliado al programa de nutrición suplementaria WIC (por sus siglas en ingles)? Si No

Historial Médico de su Presente Embarazo

¿Labor prematura en este embarazo? Si No

¿Diabetes gestacional actual? Si No

¿Gemelos actuales? Si No

¿Trillizos actuales? Si No

¿Tiene nauseas matutinas severas? Si No

¿Actuales preocupaciones de salud mental? Si No

Liste:

¿Tiene actualmente alguna Enfermedad de Transmisión Sexual? Si No

Liste:

¿Usa tabaco actualmente? Si No

Cantidad:

Si su respuesta es sí, ¿está interesado en dejar el tabaco? Si No

¿Usa alcohol actual mente? Si No

Cantidad:

¿Usa drogas ilícitas? Si No

¿Toma usted algún medicamento con receta médica (diferente a las vitaminas pre-natales)? Si No

Liste:

¿Alguna estadía en un hospital durante este embarazo?

Si No

¿Se encuentra sin hogar o viviendo en un refugio?

Si No

¿Tiene algún impedimento para llegar a sus visitas de doctor?

Si No

¿Se siente insegura en su casa? Si No

Por favor haga una lista de cualquier necesidad social que usted pueda tener:

Por favor liste cualquier otra cosa que quiera que nosotros sepamos sobre su salud: