

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? Si 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? Si No

Si usted no tiene un plan ilimitado de texto, tarifas de mensaje o data pueden aplicar. Envié 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? Si 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? Si No Si su respuesta es no, ¿cuál es su razón?

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

Número de Partos a Terminó:

Número de abortos involuntarios:

Número de Partos Prematuros:

Número de mortinatos:

Altura:

¿Peso antes del embarazo?:



*Numero de Identificación de Medicaid:

Nombre:

¿Tiene alguno de los siguientes?		Si	No	Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.	
Su Historial Medico			Historial Médico de su Presente Embarazo		
Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto con más de tres semanas de anticipación)	Si	No	¿Labor prematura en este embarazo?	Si	No
¿Parto reciente en los últimos 12 meses?	Si	No	¿Diabetes gestacional actual?	Si	No
¿Fue el parto en los últimos 6 meses?	Si	No	¿Gemelos actuales?	Si	No
¿Cesárea previa?	Si	No	¿Trillizos actuales?	Si	No
¿Diabetes (Previa al embarazo)?	Si	No	¿Tiene nauseas matutinas severas?	Si	No
¿Anemia falciforme?	Si	No	¿Actuales preocupaciones de salud mental?	Si	No
¿Asma?	Si	No	Liste:		
Si su respuesta es sí, son los síntomas del asma peor durante el embarazo?	Si	No	¿Tiene actualmente alguna Enfermedad de Transmisión Sexual?	Si	No
¿Hipertensión (Previo al embarazo)?	Si	No	Liste:		
¿Muerte neonatal o mortinato previo?	Si	No	¿Usa tabaco actualmente?	Si	No
¿VIH Positivo?	Si	No	Cantidad:		
¿VIH Negativo?	Si	No	Si su respuesta es sí, ¿está interesado en dejar el tabaco?	Si	No
¿Se negó a examinarse?	Si	No	¿Usa alcohol actual mente?	Si	No
¿Problemas del tiroides?	Si	No	Cantidad:		
¿Trastornos Convulsivos?	Si	No	¿Usa drogas ilícitas?	Si	No
¿Convulsiones en los últimos 6 meses?	Si	No	¿Toma usted algún medicamento con receta médica (diferente a las vitaminas pre-natales)?	Si	No
¿Abuso de alcohol o drogas previo?	Si	No	Liste:		
¿Tiene suficiente Comida?	Si	No	¿Alguna estaba en un hospital durante este embarazo?	Si	No
¿Le hace falta acceso fiable a un teléfono?	Si	No	¿Se encuentra sin hogar o viviendo en un refugio?	Si	No
¿Está afiliado al programa de nutrición suplementaria WIC (por sus siglas en ingles)?	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: