

# Aviso de Embarazo

Este formulario es confidencial.

Si tiene algun problema or pregunta, llame a Community Health Plan of Imperial Valley al 833-236-4141 (TTY: 711). las 24 horas del dia, los 7 dias de la semana.

\*Campo Obligatorio

\*¿Está embarazada?  Sí  No \*Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.

Envíenos el formulario en el sobre adjunto.

Podríamos llamarla si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

\*Núm. de identificación de Medicaid:

Su nombre:

Su apellido:

\*Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:  Fecha de hoy MMDDAAAA:

Dirección Postal:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

Teléfono del hogar:  Teléfono celular:

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido?  Sí  No

Si no tiene un plan de texto ilimitado, podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para dejar de recibir mensajes envíe un mensaje de texto con la palabra STOP. Se hace notar que enviar mensajes de texto no es seguro y otros pueden verlos.

Dirección de correo electrónico:

\*Nombre de su proveedor de obstetricia:

\*Fecha programada de su parto:

¿Tiene seguro primario (para mamá y bebé) aparte de Medicaid?  Sí  No

Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan):  Caucásica, no hispana/latina  Negra/Afroamericana

Hispana/Latina  Indígena americana /Nativa americana  Asiática  Hawaiana/de las Islas del Pacífico

Otra etnicidad Si su etnicidad es otra, por favor especifique:

Idioma preferido (si no es el inglés):

¿Planea amamantar?  Sí  No Si contesta no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra?  Sí  No Nombre del pediatra:

Cantidad de partos a término:  Cantidad de abortos espontáneos/abortos:

Cantidad de partos prematuros:  Cantidad de bebés nacidos muertos:

Altura:  Peso anterior al embarazo (redondéelo al número entero más cercano):

\*¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?  Sí  No Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

## Su Historial Medico

¿Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto más de tres semanas antes de la fecha programada)?  Sí  No

¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses?  Sí  No ¿Dio a luz en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Cesárea anteriormente?  Sí  No ¿Diabetes (antes del embarazo)?  Sí  No



**\*Núm. de identificación de Medicaid:**

Nombre:

Anemia de células falciformes  Sí  No

¿Asma?  Sí  No Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo?  Sí  No

¿Alta presión sanguínea (antes del embarazo)?  Sí  No

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente?  Sí  No

¿Positiva VIH?  Sí  No ¿Negativa VIH?  Sí  No

¿Se rehusó a hacerse el análisis del VIH?  Sí  No ¿SIDA?  Sí  No

¿Problemas de la tiroides?  Sí  No Si contesta sí, es éste un problema nuevo de la tiroides?  Sí  No

Trastorno por convulsiones  Sí  No ¿Convulsión en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Abuso de alcohol o drogas previo?  Sí  No

**Historial de su embarazo actual**

¿Trabajo de parto antes de tiempo en este embarazo?  Sí  No ¿Diabetes gestacional actualmente?  Sí  No

¿Gemelos actualmente?  Sí  No ¿Trillizos actualmente?  Sí  No

¿Está teniendo náuseas matutinas severas?  Sí  No

¿Preocupaciones de salud mental actualmente?  Sí  No Enumere:

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente?  Sí  No Enumere:

¿Consumo tabaco actualmente?  Sí  No Cantidad:

Si contesta sí, ¿le interesa crear un plan de acción para dejar de fumar?  Sí  No

¿Consumo alcohol actualmente?  Sí  No Cantidad:

¿Consumo drogas ilegales actualmente?  Sí  No

¿Toma algún medicamento de venta con receta (aparte de las vitaminas prenatales)?  Sí  No

Enumere:

¿Hospitalizaciones durante este embarazo?  Sí  No

Si contesta sí, por favor enumere las hospitalizaciones durante este embarazo.

**Asuntos sociales**

¿Tiene suficiente Comida?  Sí  No ¿Está inscrita en WIC?  Sí  No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas?  Sí  No ¿Tiene acceso telefónico confiable?  Sí  No

¿Está sin hogar o vive en un refugio?  Sí  No

¿Actualmente está experimentando violencia doméstica o se siente insegura en su hogar?  Sí  No

Por favor enumere todas las demás necesidades sociales que pueda tener.

Por favor enumere todo lo demás que desee decirnos sobre su salud:

