

Notificación de Embarazo de la Afiliada

Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o alguna pregunta, llame a Community Health Plan of Imperial Valley (CHPIV) al 1-833-236-4141 (TTY/TTD: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este formulario también se encuentra disponible en línea en www.chpiv.org.

***N.º de identificación de Medi-Cal:** _____

Nombre: _____

Apellido: _____

***Fecha de nacimiento DDMMAAAA:**

Identificación de género: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Origen racial/origen étnico (seleccione todas las que correspondan): ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Me niego a responder

☐ Indígena americano/nativo americano ☐ Asiático ☐ Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico

☐ Hispano/a o latino/a ☐ Otro Si marca otro origen étnico, especifique: _____

Proveedor/Clínica que me ayuda durante mi embarazo:

Nombre: _____

Apellido: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la clínica (si corresponde): _____

Mi Situación Actual

Marque esta casilla si su respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es "no": ☐

Tengo un teléfono.

Me siento segura en casa y con las personas que forman parte de mi vida.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Me siento bien con el lugar donde vivo.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Puedo pagar mis facturas de servicios públicos (gas, agua, electricidad, etc.).

Información sobre mi Embarazo Actual

¿He acudido a mi primera visita prenatal? ☐ Sí ☐ No

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

***N.º de identificación de Medi-Cal:** _____

Apellido y nombre: _____

Fecha prevista de parto (si no sabe cuál es su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su última menstruación):

--	--	--	--	--	--	--	--

Este es mi primer embarazo ☐ Sí ☐ No

¿Dónde daré a luz a mi bebé?
(Hospital o centro de maternidad): _____

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Múltiples (gemelos, trillizos) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (hiperglucemia; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos muy intensos |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, mascar tabaco o vapear) | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión (sentirse triste) | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (sentir preocupación o estrés) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de estos | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetaminas) |
| <input type="checkbox"/> Otras necesidades de salud | |

Explique _____

Mi Historial de Embarazos Anteriores

Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ 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
- ☐ Tomar cualquier forma de progesterona
- ☐ Cesárea anterior
- ☐ No he tenido ninguno de estos o este es mi primer embarazo
- ☐ Otro

Explique _____