

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 bien con el lugar donde vivo.

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

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

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:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Parto anterior antes de las 37 semanas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional (nivel alto de azúcar en sangre durante el embarazo) |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta durante el embarazo, preeclampsia o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Parto hace menos de 18 meses |
| <input type="checkbox"/> Tomar cualquier forma de progesterona |
| <input type="checkbox"/> Cesárea anterior |
| <input type="checkbox"/> No he tenido ninguno de estos o este es mi primer embarazo |
| <input type="checkbox"/> Otro |

Explique _____