



Notificación de Embarazo del Miembro



Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o pregunta, llame a Ambetter de Pennsylvania Health & Wellness al 833-510-4727 (TTY/TTD: 711). Este formulario también está disponible en línea en [Ambetter.PAHealthWellness.com](https://www.Ambetter.PAHealthWellness.com).

***Número de Identificación del miembro:**

Su nombre:

Su apellido:

***Su fecha de nacimiento (MMDDAAAA):**

Identificación de género:

Número de teléfono:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo electrónico:

Raza/Origen Étnico (seleccione todas las opciones que correspondan):

☐

Blanco

☐

Negro/Afroamericano

☐

No desea informar

☐

Indio Americano/Nativo Americano

☐

Asiático

☐

Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico

☐

Hispano o Latino

☐

Otro

Si pertenece a otro origen étnico, especifique:

¿Qué Proveedor/Clínica me está ayudando durante mi embarazo?:

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono:

Nombre de la Clínica (si corresponde):

Mi Situación Actual

Marque esta casilla si responde no a cualquiera de las siguientes preguntas:

☐

Tengo un teléfono.

Me siento bien en el lugar que vivo.

Me siento segura en casa y con la gente que me relaciono.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Puedo pagar mis cuentas de servicios públicos (combustible, agua, electricidad, etc.)

Información sobre mi Embarazo Actual

¿Fui a mi primera visita prenatal?

☐

Sí

☐

No

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

*Número de identificación del miembro:

Apellido y Nombre:

Mi fecha prevista de parto es el (si no conoce su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su último período):

Este es mi primer embarazo ☐ Sí ☐ No

¿Dónde voy a dar a luz a mi bebé?
(Hospital o centro de partos):

Marque las casillas que corresponden:

- | | |
|--|---|
| ☐ Múltiple (gemelos, trillizos) | ☐ Presión arterial alta o problemas cardíacos |
| ☐ Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo) | ☐ Náuseas y vómitos muy intensos |
| ☐ Asma u otros problemas respiratorios | ☐ Células falciformes |
| ☐ Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, mastigar tabaco o vapear) | ☐ Convulsiones/epilepsia |
| ☐ Depresión (sensación de tristeza) | ☐ Trastorno bipolar |
| ☐ Ansiedad (sensación de preocupación o estrés) | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ No tengo ninguno de ellos | ☐ Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetaminas) |
| ☐ Otras necesidades de salud | |

Explique

Mi Historial de Embarazo Anterior

Marque las casillas que corresponden:

- | | |
|---|---|
| ☐ 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 | |
| ☐ Toma progesterona en cualquier forma | |
| ☐ Cesárea anterior | |
| ☐ No tuve ninguno de estos o este es mi primer embarazo | |
| ☐ Otro | |

Explique