

Aviso de Embarazo

Este formulario es confidencial.

Si tiene problemas o preguntas, por favor Ambetter de Wellcare of New Jersey al 1-844-606-1926 (TTY: 711). Este formulario también está disponible en línea en <https://ambetter.wellcarenewjersey.com/>

*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.

***Identificación del Miembro:**

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

***Identificación del Miembro:**

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:

¿Consume tabaco actualmente? ☐ Sí ☐ No Cantidad:

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

¿Consume alcohol actualmente? ☐ Sí ☐ No Cantidad:

¿Consume 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: