

Анкета для беременных

Эта анкета конфиденциальна.
Если у вас возникнут проблемы
или вопросы, звоните по телефону
1-877-658-0305
(TDD/TTY 1-866-274-6083).



Вы беременны?* Да Нет Если вы беременны, ответьте на все следующие вопросы.
Верните анкету в прилагаемом конверте. Мы можем позвонить вам, если придем к выводу, что с
вашей беременностью связаны риски. * **Обязательное поле**

Идентификационный номер получателя

страхового покрытия Medi-Cal:* Сегодняшняя дата: (ммддгггг)

Ваше имя:* Ваша дата рождения:* (ммддгггг)

Ваша фамилия:*

Почтовый адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Домашний телефон: - - Мобильный телефон: - -

Хотите ли вы получать SMS-сообщения, касающиеся беременности и ухода за новорожденными?
Да Нет

Если ваш пакет услуг мобильной связи не предусматривает получение SMS-сообщений без
ограничений, может взиматься плата за сообщения и трафик. Отправьте сообщение с текстом
STOP, чтобы отказаться от рассылки.

Адрес электронной почты:

Имя/название вашего поставщика акушерских услуг:

Планируемая дата родов*: (ммддгггг)

Первичное страхование (для матери или ребенка) не в рамках Medi-Cal? Да Нет

Расовая/этническая принадлежность (укажите все подходящие варианты):

Белая Афроамериканка Латиноамериканка
Коренная американка Азиатка Гавайка или уроженка других островов Тихого океана

Другое (если вы относитесь к другой этнической группе, укажите):

Предпочитаемый язык (если не английский):

Планируете ли вы кормить ребенка грудью? Да Нет Если нет, почему?

Выбрали ли вы педиатра? Да Нет Имя педиатра:

Количество родов в срок: Количество выкидышей: Рост: ' "

Количество преждевременных родов: Количество мертворождений: Вес до беременности:

Есть или было ли у вас что-либо из перечисленного ниже?* Да Нет Если да, отметьте
все подходящие варианты.

История болезни	Нынешняя беременность
Преждевременные роды в прошлом (< 37 недель) _____ <input type="radio"/>	Преждевременные схватки при нынешней беременности _____ <input type="radio"/>
(Роды более чем на три недели раньше срока)	Текущий диабет беременных _____ <input type="radio"/>
Роды в течение последних 12 месяцев _____ <input type="radio"/>	Текущая беременность двойней _____ <input type="radio"/>
Роды в течение последних 6 месяцев _____ <input type="radio"/>	Текущая беременность тройней _____ <input type="radio"/>
Кесарево сечение в прошлом _____ <input type="radio"/>	Сильная утренняя тошнота во время текущей беременности _____ <input type="radio"/>



Ваше имя:

Ваша дата рождения:* (ммддгггг)

Ваша фамилия:*

Диабет (до беременности) _____

Серповидноклеточная анемия _____

Астма _____

Если да, усилились ли симптомы астмы во время беременности? _____

Высокое артериальное давление (до беременности) _____

Смерть новорожденного или мертворождение в прошлом _____

Положительный анализ на ВИЧ

Отрицательный анализ на ВИЧ

Отказ от анализа

СПИД _____

Нарушения работы щитовидной железы _____

Судорожные припадки _____

Судорожные припадки в течение последних 6 месяцев _____

Злоупотребление алкоголем или наркотиками в прошлом _____

Текущие проблемы с психическим здоровьем _____

Перечислите:

Текущие ЗППП. Перечислите:

Текущее употребление табака. Количество:

Если да, хотите ли вы отказаться от курения? _____

Текущее употребление алкоголя. Количество:

Текущее употребление наркотиков _____

Текущий прием лекарств по рецепту (помимо витаминов для беременных). Перечислите:

Госпитализация во время текущей беременности _____

Хватает ли вам продуктов питания? Да Нет

Есть ли у вас проблемы с доступом к надежной телефонной связи? Да Нет

Являетесь ли вы участницей специальной программы дополнительного питания для женщин, новорожденных и детей WIC? Да Нет

Вы бездомная или проживаете в приюте? Да Нет

Есть ли у вас проблемы с посещением врача? Да Нет

Чувствуете ли вы себя в опасности у себя дома? Да Нет

Перечислите любые другие потребности в услугах социального обеспечения, которые у вас есть:



Укажите все, что считаете нужным, о своем состоянии здоровья: