

# Formulario sobre el Embarazo

Este formulario es confidencial.  
Si tiene problemas o preguntas,  
por favor llame al, 1-877-658-0305  
(TDD/TTY 1-866-274-6083).



**¿Está embarazada?\*** Sí  No  Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.  
Envíenos el formulario en el sobre adjunto. Podríamos llamarle si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

**\*Campo requerido**

Núm. de ID de Medi-Cal:\*  Fecha de hoy: (mmddaaaa)

Su primer nombre:\*  Su fecha de nacimiento:\* (mmddaaaa)

Su apellido:\*

Dirección postal:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Teléfono del hogar:  -  -  Teléfono celular:  -  -

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado de los recién nacidos? Sí  No

Si no tiene un plan ilimitado para mensajes de texto, se podrían aplicar tarifas por mensaje y datos. Envíe un mensaje de texto que diga STOP para terminar su inscripción.

Dirección de correo electrónico:

Nombre de su proveedor de obstetricia:

Fecha estimada de su parto\*: (mmddaaaa)

¿Tiene seguro médico primario (para mamá o bebé) aparte de Medi-Cal? Sí  No

Raza/Etnicidad (llene todas las que correspondan) Blanca  Negra/Afroamericana  Hispana/Latina

India Americana/Nativa de Estados Unidos  Asiática  Hawaiana/de las Islas del Pacífico

Otra  Si su etnicidad es otra, sírvase especificar

Idioma preferido (si no es inglés)

¿Planea amamantar a su bebé? Sí  No  Si no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra? Sí  No  Nombre del pediatra

Cantidad de partos a tiempo  Cantidad de abortos espontáneos  Estatura  ,  ”

Cantidad de partos prematuros  Cantidad de bebés nacidos muertos  Peso anterior al embarazo

**¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?\*** Sí  No  Si es sí, llene el óvalo para todos los que correspondan.

### Su historial médico

¿Parto prematuro anterior (<37 semanas)? \_\_\_\_\_   
(Parto más de tres semanas prematuro.)

¿Parto reciente en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

¿El parto fue en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_

¿Cesárea anterior? \_\_\_\_\_

### Historial de su embarazo actual

¿Trabajo de parto antes de tiempo en este embarazo? \_\_\_\_\_

¿Diabetes gestacional actualmente? \_\_\_\_\_

¿Gemelos actualmente? \_\_\_\_\_

¿Trillizos actualmente? \_\_\_\_\_

¿Está teniendo mareos matutinos severos? \_\_\_\_\_



Su primer nombre:\*

Su fecha de nacimiento:\* (mmddaaaa)

Su apellido:\*

¿Diabetes (antes del embarazo)?

¿Preocupaciones de salud mental actuales?

¿Células falciformes?

Enumere:

¿Asma?

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente?

Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo?

Enumere

¿Presión sanguínea alta (antes del embarazo)?

¿Usa tabaco actualmente? Cantidad

Si contesta sí, ¿le interesa dejar de fumar?

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente?

¿Bebe alcohol actualmente? Cantidad

¿Positiva VIH?  ¿Negativa VIH?

¿Rehusó a hacerse el análisis?

¿Usa drogas de la calle actualmente?

¿SIDA?

¿Toma algún medicamento de venta con receta

¿Problemas de la tiroides?

(aparte de vitaminas prenatales)? Enumere

¿Epilepsia?

¿Ataque en los últimos 6 meses?

¿Hospitalizaciones durante este embarazo?

¿Alcoholismo o drogadicción anteriormente?

¿Tiene suficiente comida? Sí  No

¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí  No

¿Carece de acceso telefónico confiable? Sí  No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas? Sí  No

¿Está inscrita en WIC? Sí  No

¿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: