

Notificación de Embarazo de la Miembro

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a Coordinated Care of Washington, Inc. al 1-877-644-4613 (TTY:711). Este formulario también está disponible en línea en www.coordinatedcarehealth.com.

* Número de ID de Medicaid:

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 ID de Medicaid:

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, masticar 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, metanfetamina) |
| ☐ 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

