

Aviso de Embarazo

Este formulario es confidencial.

Si tiene problemas o preguntas, por favor llame al 833-919-3213. Este formulario también está disponible en línea en <https://Ambetterhealthoflowa.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

