

## Mi información

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Identificación de género: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal completa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza/etnia (marque todas las opciones que correspondan):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborigen americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana                 | <input type="checkbox"/> Blanca                                   |
| <input type="checkbox"/> Asiática                              | <input type="checkbox"/> Otra: _____                              |
| <input type="checkbox"/> Hispana o latina                      | <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar                     |

## ¿Qué proveedor o clínica me ayuda durante el embarazo?

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica (si corresponde): \_\_\_\_\_

## Mi situación actual

Marque esta casilla si responde negativamente a alguna de las siguientes afirmaciones:

- |  |   |
|--|---|
| • Tengo teléfono.  | • Me siento bien donde vivo.  |
| • Me siento segura en casa y con gente.<br>diarias de mi vida. | • Tengo transporte para las necesidades<br>diarias.   |
| • Tengo comida suficiente para mí y mi familia.                | • Puedo pagar mis facturas de servicios públicos (gas,<br>agua, electricidad, etc.) todos los días. |

## Información sobre mi embarazo actual

He ido a mi primera visita prenatal:  Sí  No. En caso afirmativo, de cuántas semanas estaba embarazada en su primera visita: \_\_\_\_\_

Mi fecha de parto es (si no conoce su fecha de parto, indique cuándo fue el primer día de su última menstruación):

Este es mi primer embarazo:  Sí  No

Dónde dará a luz a mi bebé (hospital o centro de maternidad): \_\_\_\_\_

(Continúa)

**Continuación de la información sobre mi embarazo actual (marque todas las casillas que correspondan)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple (gemelos, trillizos)  | <input type="checkbox"/> Depresión (sentirse triste)   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial o problemas cardíacos   | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (nivel de azúcar elevado en sangre; tipo I, tipo II, durante el embarazo únicamente) | <input type="checkbox"/> Ansiedad (sentirse preocupada o estresada)  |
| <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos muy fuertes   | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetamina) |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios  | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, mascar tabaco o vaporizar)  |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme   | <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de estos   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  | <input type="checkbox"/> Otras necesidades de salud (por favor, indíquelas):   |
- 

**Antecedentes de embarazo (marque todas las casillas que correspondan)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parto anterior antes de las 37 semanas                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión en el embarazo/preeclampsia o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional (hiperglucemia) progesterona durante el embarazo | <input type="checkbox"/> Ha tomado alguna forma de                                      |
| <input type="checkbox"/> Parto hace menos de 18 meses  | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, indíquelo):                                   |
- 

**Envíe el formulario completo a:**  
Medical Management Notifications  
PO Box 2010  
Farmington, MO 63640-9706

**O envíe un correo electrónico a:**  
[NHHF\\_OBCM@centene.com](mailto:NHHF_OBCM@centene.com)