



This form is confidential. If you have any problems or questions, please call 1-800-496-5803 (TDD/TTY 1-800-446-6136). **When your answers are received, a gift will be mailed to you!**

Your Name: _____ Today's Date: _____

Medicaid ID #: _____ Your Birth Date: _____

Mailing Address: _____ City: _____

State: _____ Zip Code: _____ Home Phone: _ _ - _ - _ - _ - _ -

Cell Phone: _ - _ - _ - _ - _ - _ - Email Address: _____

Would you like to receive text messages about pregnancy and newborn care? Please check the box and give us your cell phone number. If you do not have an unlimited texting plan, message and data rates may apply. Text STOP to unsubscribe.

Are You Pregnant? Yes No If you are pregnant, please continue to answer all the questions. Return the form in the envelope provided. We may call you if we find that you are at risk for problems with your pregnancy.

Your OB Provider's Name: _____ **Your Due Date:** _____

Primary insurance (for mom or baby) other than Medicaid? Yes No

Race/Ethnicity (circle all that apply) White Black/African American Hispanic/Latina American Indian/Native American
Asian Hawaiian/Pacific Islander Other _____

Preferred Language (if other than English) _____

Planning to breastfeed? Yes No If no, what is the reason? _____

Pediatrician chosen? Yes No Pediatrician Name _____

Number of Full Term Deliveries _____ Number of Miscarriages _____ Height _____

Number of Preterm Deliveries _____ Number of Stillbirths _____ Pre-Pregnancy Weight _____

Do you have any of the following? Yes No If yes, check all that apply.

Your Medical History

- Previous preterm delivery (<37 weeks)?.....
(A delivery more than three weeks early.)
- Recent delivery within past 12 months?.....
Was delivery within past 6 months?
- Previous C-Section?.....
- Diabetes (prior to pregnancy)?
- Sickle Cell?
- Asthma?
If yes, are asthma symptoms worse during pregnancy?
- High Blood Pressure (prior to pregnancy)?
- Previous neonatal death or stillborn?
- HIV positive? HIV negative? Testing refused?
- AIDS?
- Thyroid problems?
- Seizure disorder?
Seizure within the last 6 months?
- Previous alcohol or drug abuse?

Current Pregnancy History

- Preterm labor this pregnancy?
- Current gestational diabetes?
- Current twins?
- Current triplets?
- Currently having severe morning sickness?
- Current mental health concerns?
List: _____
- Current STD? List _____
- Current tobacco use? Amount _____
If yes, are you interested in quitting smoking?
- Current alcohol use? Amount _____
- Current street drug use?
- Taking any prescription drugs (other than prenatal vitamins)? List _____
- Any hospital stays this pregnancy?.....

Do you have enough food? Yes No

Are you enrolled in WIC? Yes No

Do you have problems getting to your doctor visits? Yes No

Please list any other social needs you may have: _____

Please list anything else you would like to tell us about your health: _____

Do you lack reliable phone access? Yes No

Are you homeless or living in a shelter? Yes No

Do you feel unsafe in your home? Yes No



Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, por favor llame al 1-800-496-5803 (TDD/TTY 1-800-446-6136). **Cuando recibamos sus respuestas, ¡le enviaremos un regalo por correo!**

Su nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Núm. de ID de Medicaid: _____ Su fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono del hogar: _ _ - _ - _ - _ - _ -

Teléfono celular: _ _ - _ - _ - _ - _ - Dirección de correo electrónico: _____

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado de los recién nacidos? Por favor marque el cuadro y denos su número de teléfono celular. Si usted no tiene un plan ilimitado de mensajes de texto, podrían aplicar cargos por mensajes o datos. Para cancelar la suscripción, envíe un mensaje de texto con la palabra "STOP".

¿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.

Nombre de su proveedor de obstetricia: _____ **Fecha programada de su parto:** _____

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

Raza/Etnicidad (encierre en un círculo todas las que correspondan) Blanca _____ Negra/Afroamericana _____ Hispana /Latina _____
India Americana /Nativa de Estados Unidos _____ Asiática Hawaiana/de las Islas del Pacífico _____ Otra _____

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 contesta sí, marque todo lo que corresponda.

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?

¿Diabetes (antes del embarazo)?

¿Células falciformes?

¿Asma?

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

¿Presión sanguínea alta (antes del embarazo)?

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente? ..

¿Positiva VIH? ¿Negativa VIH? ¿Rehusó a hacerse el análisis?

¿SIDA?

¿Problemas de la tiroides?

¿Epilepsia?

¿Ataque en los últimos 6 meses?

¿Alcoholismo o drogadicción anteriormente?

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?

¿Preocupaciones de salud mental actuales?

Enumere: _____

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente?

Enumere: _____

¿Usa tabaco actualmente? Cantidad _____

Si contesta sí, ¿le interesa dejar de fumar?

¿Bebe alcohol actualmente? Cantidad _____

¿Usa drogas de la calle actualmente?

¿Toma algún medicamento de venta con receta (aparte de vitaminas prenatales)? Enumere _____

¿Hospitalizaciones durante este embarazo?.....

¿Tiene suficiente comida? Sí No

¿Está inscrita en WIC? Sí No

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

¿Carece de acceso telefónico confiable? Sí No

¿Está sin hogar o vive en un refugio? 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: _____