



delaware
first health

Notificación de Embarazo de la Miembro

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a Delaware First Health al 1-877-236-1341 (TTY: 711). Este formulario también está disponible en línea en DelawareFirstHealth.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:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Múltiple (gemelos, trillizos) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos muy intensos |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, masticar tabaco o vapear) | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión (sensación de tristeza) | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (sensación de preocupación o estrés) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de ellos | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetaminas) |
| <input type="checkbox"/> 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

