Notificación de embarazo de la afiliada

Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o pregunta, llame a Trillium Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY/TTD: 711). Este formulario también está disponible en línea en www.trilliumohp.com.

***N.° de identificación de Medicaid:**

Su primer nombre:

Su apellido:

***Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:**

Identificación de género: Número de teléfono:

Dirección de correo postal:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico:

Raza/etnia (seleccione todas las opciones que correspondan): ☐ Blanca ☐ Negra/afroamericana ☐ Rechazar compartir

☐ Indígena norteamericana/estadounidense nativa ☐ Asiática ☐ Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico

☐ Hispana o latina ☐ Otra Si es otra etnia, 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 que no a cualquiera de las siguientes preguntas: ☐

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

Información sobre mi embarazo actual

¿He tenido mi primera visita prenatal? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", ¿cuántas semanas de embarazo tenía en la primera visita?:

© 2024 Start Smart for Your Baby. Todos los derechos reservados.

Rev. 04 18 2024
OR-MNOP-2094

***N.° de identificación de Medicald:**

Nombre: Apellido, nombre:

Mi fecha de parto es (si no sabe cuál es su fecha de parto, cuándo fue el primer día de su último período):

Este es mi primer embarazo ☐ Sí ☐ No

Dónde daré a luz a mi bebé (hospital o centro de maternidad):

Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Múltiples (gemelos, trillizos)
- ☐ Diabetes (nivel alto de azúcar en sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo)
- ☐ Asma u otros problemas respiratorios
- ☐ Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, mascar tabaco o vapear)
- ☐ Depresión (sensación de tristeza)
- ☐ Ansiedad (sentirse preocupada o estresada)
- ☐ No tengo ninguna de estas afecciones
- ☐ Otras necesidades relacionadas con la salud
- ☐ Presión arterial alta o problemas cardíacos
- ☐ Náuseas y vómitos muy intensos
- ☐ Anemia falciforme
- ☐ Convulsiones/epilepsia
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetaminas)

Explique

Mi historial de embarazos anteriores

Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Parto anterior realizado 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
- ☐ Tomo progesterona en cualquier formato
- ☐ Tuve una cesárea previa
- ☐ Ninguna de las opciones aplica a mí o este es mi primer embarazo
- ☐ Otro:

Explique

© 2024 Start Smart for Your Baby. Todos los derechos reservados.

Rev. 04 18 2024
OR-MNOP-2095-2