

# Notificación de Embarazo de la Afiliada

Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o alguna pregunta, llame a CalViva Health a la línea gratuita 1-888-893-1569 (TTY/TTD: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este formulario también se encuentra disponible en línea en [www.calvivahealth.org](http://www.calvivahealth.org).

**\*N.º de identificación de Medi-Cal:** \_\_\_\_\_

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

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

**\*Fecha de nacimiento DDMMAAAA:**

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Origen racial/origen étnico (seleccione todas las que correspondan): ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Me niego a responder

☐ Indígena americano/nativo americano ☐ Asiático ☐ Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico

☐ Hispano/a o latino/a ☐ Otro Si marca otro origen étnico, especifique: \_\_\_\_\_

## Proveedor/Clínica que me ayuda durante mi embarazo:

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

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

## Mi Situación Actual

Marque esta casilla si su respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es "no": ☐

Tengo un teléfono.

Me siento bien con el lugar donde vivo.

Me siento segura en casa y con las personas que forman parte de mi vida.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Puedo pagar mis facturas de servicios públicos (gas, agua, electricidad, etc.).

## Información sobre mi Embarazo Actual

¿He acudido a mi primera visita prenatal? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de embarazo tenía en su primera visita? \_\_\_\_\_

**\*N.º de identificación de Medi-Cal:** \_\_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha prevista de parto (si no sabe cuál es su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su última menstruación): 

--	--	--	--	--	--	--	--

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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Múltiples (gemelos, trillizos)                                      | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o problemas cardíacos  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (hiperglucemia; 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"/> Anemia falciforme  |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, mascar tabaco o vapear)       | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia   |
| <input type="checkbox"/> Depresión (sentirse triste)   | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (sentir preocupación o estrés)                             | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal   |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de estos   | <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 Embarazos Anteriores**

Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ 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
- ☐ Tomar cualquier forma de progesterona
- ☐ Cesárea anterior
- ☐ No he tenido ninguno de estos o este es mi primer embarazo
- ☐ Otro

Explique \_\_\_\_\_