

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711). Este formulario también está disponible en línea en AZCompleteHealth.com/completecure



* 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:

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

