

*motherhood matters*sm Prenatal Care Program

You're having a baby! We want you and your baby to be healthy. See your doctor right away for prenatal care. If you get eight (8) prenatal visits you will receive a \$20 Wal-mart gift card!*

Mother's Information		
Member's Name:		
Date of Birth:		
Molina Healthcare ID Number:		
Mailing Address:		
City, State, Zip:		
Telephone Number:		
Name of Provider:		
Are you at high risk for preterm labor?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have diabetes?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you smoke?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have depression?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you use alcohol and/or drugs?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have other high risk conditions?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Please explain:		

Prenatal Visits	
Date of Visit	OB Provider Signature
Visit #1	
Visit #2	
Visit #3	
Visit #4	
Visit #5	
Visit #6	
Visit #7	
Visit #8	

* If mother delivers before 37 weeks or becomes a Molina Healthcare member at 20 weeks of pregnancy or later, the number of prenatal visits needed may be less than eight (8) and will need to use a sliding scale. **YOU MUST SIGN UP BEFORE 35 WEEKS OF PREGNANCY!** Allow six (6) to eight (8) weeks for gift cards to be sent to mailing address indicated. Call Molina Healthcare right away with address or phone changes.



Mail or fax this form signed by your OB Provider along with copies from your medical record showing your prenatal visits.

Health Improvement Program, P. O. Box 3887, Albuquerque, NM 87190-9859

Visit our website at www.molinahealthcare.com

FAX (505) 798-7315 Phone (505) 342-4660 or (800) 377-9594 extension 182618

¡Tendrás un bebé! Queremos que tú y tu bebé estén saludables. Visita a tu doctor de inmediato para recibir cuidado prenatal. ¡Si asistes a ocho (8) visitas prenatales recibirás una tarjeta de regalo de \$20 para Wal-Mart!*

Información de la madre		
Nombre de la madre:		
Fecha de nacimiento:		
Número de identificación de Molina Healthcare:		
Domicilio postal:		
Ciudad, Estado, Código postal:		
Número de teléfono:		
Nombre del proveedor:		
¿Te encuentras en alto riesgo de parto prematuro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Fumas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes depresión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Consumes alcohol y/o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes otras condiciones de alto riesgo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Por favor explica:		

* Si la madre da a luz antes de las 37 semanas o se afilia a Molina Healthcare a las 20 semanas del embarazo o después, el número de visitas prenatales necesarias podrían ser menos de ocho (8) y habrá que utilizar una escala móvil. ¡DEBES INSCRIBIRTE ANTES DE LAS 35 SEMANAS DE EMBARAZO! Las tarjetas de regalo se envían a la dirección postal indicada dentro de las seis (6) a ocho (8) semanas. Comunícate con Molina Healthcare de inmediato por cambios de domicilio o teléfono.

Visitas prenatales	
Fecha de la visita	Firma del proveedor de Obstetricia
Visita N°1	
Visita N°2	
Visita N°3	
Visita N°4	
Visita N°5	
Visita N°6	
Visita N°7	
Visita N°8	

Envía por correo o fax este formulario firmado por tu proveedor de Obstetricia junto con copias de tus antecedentes médicos indicando tus visitas prenatales.

Health Improvement Program, P. O. Box 3887, Albuquerque, NM 87190-9859

Visita nuestro sitio web en www.molinahealthcare.com

FAX (505) 798-7315 **Teléfono** (505) 342-4660 o bien (800) 377-9594 extensión 182618

