

# Formulario de notificación prenatal

Complete todas las secciones y envíelas por fax a Molina Complete Care al 1-855-769-2116.

## Información del miembro

Nombre del miembro:

Número de identificación:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha de nacimiento del miembro:

Teléfono:

Lengua materna:

Fecha de la prueba de embarazo positiva:

Fecha de la primera consulta prenatal:

Fecha prevista del parto:

## Riesgos actuales del embarazo o afecciones médicas (Marque cualquiera que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Anomalía fetal                           |
| <input type="checkbox"/> Preeclampsia o hipertensión crónica<br>(presión arterial alta, hinchazón, aumento de peso, proteína en la orina) | <input type="checkbox"/> Atención prenatal tardía o inconsistente |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prematuro   | <input type="checkbox"/> Falta de vivienda                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal   | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica                      |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía  | <input type="checkbox"/> Riesgo nutricional _____                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica   | <input type="checkbox"/> Desorden psiquiátrico _____              |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias _____                |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco _____                  |
| <input type="checkbox"/> Placenta previa (placenta baja)  | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol _____                 |
| <input type="checkbox"/> Gemelos o mellizos   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual       |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo   | <input type="checkbox"/> Otro riesgo o diagnóstico _____          |

## Afecciones médicas de embarazos anteriores (Marque las afecciones que haya tenido)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión posparto | <input type="checkbox"/> Cesárea anterior                                       | <input type="checkbox"/> Preeclampsia (presión arterial alta, hinchazón, aumento de peso, proteína en la orina) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión       | <input type="checkbox"/> El cuello uterino comenzó a dilatarse demasiado pronto | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer, menos de 2.5 kilos                 | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo o muerte fetal   |
| <input type="checkbox"/> Parto prematuro    | <input type="checkbox"/> Placenta previa (placenta baja)                        | <input type="checkbox"/> Rotura prematura de bolsa de aguas   |

## Programa para mujeres, bebés y niños (WIC)

¿Recibe beneficios del programa WIC?

**Información del proveedor de obstetricia y ginecología**

Nombre del proveedor:

---

Teléfono:

Fax:

---

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---