

Our records indicate that you are pregnant. Please take a moment to complete this form and return it to us in the enclosed envelope. We want to hear from you so that we can better serve you throughout your pregnancy and delivery. Our case managers are here to give you good advice and help to make sure you have the best chance of having a healthy baby.

Date: _____

Member Name: _____ **If Child: Parent(s)/Guardian:** _____

Member ID or SSN: _____ **Date of Birth:** _____ **Age:** _____

Member Address: _____

Member Phone Number: _____ **PCP Name:** _____

Please answer the following questions. Your answers will be shared with your health care team and case manager.

1. When is your baby due? _____
2. Who is your OB/GYN doctor? _____
3. Have you seen your OB/GYN doctor? YES NO
4. When is your next appointment to see your doctor? _____
5. Is this your first pregnancy? YES NO
 If no, how many live births? _____
 If you answered "no", how many children do you have? _____ Ages _____
6. Were there any problems with your pregnancies? YES NO
 If YES, please list the problems? _____
7. Do you have any of the following health problems? (Circle YES or NO)

Diabetes	YES	NO
Depression	YES	NO
Anxiety	YES	NO
Heart Disease	YES	NO
Hypertension	YES	NO
Substance Abuse	YES	NO
Kidney Disease	YES	NO
8. Do you smoke? YES NO

Living Situation

1. What is your living situation today? Rent Own Live with a relative/friend
2. Where you live, do you have any problems such as pests, mold, leaks etc? YES NO
 If YES, please list problem(s): _____

Food

1. Within the past 12 months, you worried that your food would run out before you got money to buy more.
 Often true Sometimes true Never true
2. Within the past 12 months, the food you bought just didn't last and you didn't have money to get more.
 Often true Sometimes true Never true

Transportation

1. In the past 12 months, has lack of reliable transportation kept you from a medical appointment, meetings, work, or from getting things needed for daily living?
 YES NO
 If YES, please list: _____

Utilities

1. In the past 12 months, has the electric, gas, oil, or water company threatened to shut off services in your home?
 YES NO Already Shut Off

Safety

1. How often does anyone, including family and friends, physically hurt you?
 Never Rarely Sometimes Fairly Often Frequently
2. How often does anyone, including family and friends, insult or talk down to you?
 Never Rarely Sometimes Fairly Often Frequently
3. How often does anyone, including family and friends, threaten you with harm?
 Never Rarely Sometimes Fairly Often Frequently
4. How often does anyone, including family and friends, scream or curse at you?
 Never Rarely Sometimes Fairly Often Frequently

Nuestros registros indican que usted está embarazada. Dedique un momento a completar este formulario y devuélvalo en el sobre adjunto. Queremos saber de usted para poder prestarle un mejor servicio durante el embarazo y el parto. Nuestros administradores de casos están aquí para brindarle buenos consejos y ayudarle a asegurar la mejor oportunidad de tener un bebé sano.

Fecha: _____		
Nombre del miembro: _____		
Si es un menor: Padre, madre o tutor: _____		
ID de miembro o SSN: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Dirección del miembro: _____		
Teléfono del miembro: _____	Nombre del PCP: _____	

Por favor responda las siguientes preguntas: Sus respuestas serán compartidas con su equipo de atención médica y con su administrador de casos.

1. ¿Cuándo nacerá su bebé? _____
2. ¿Quién es su médico obstetra/ginecólogo? _____
3. ¿Ha consultado a su médico obstetra/ginecólogo? **SÍ** **NO**
4. ¿Cuándo es su próxima cita con el médico? _____
5. ¿Es este su primer embarazo? **SÍ** **NO**
 Si la respuesta es NO, ¿cuántos bebés nacieron vivos? _____
 Si su respuesta es NO, ¿cuántos hijos tiene? _____ Edades: _____
6. ¿Tuvo algún problema con sus embarazos anteriores? **SÍ** **NO**
 Si la respuesta es SÍ, indique los problemas _____
7. ¿Tiene usted alguno de los siguientes problemas de salud?

Diabetes	SÍ	NO
Depresión	SÍ	NO
Ansiedad	SÍ	NO
Enfermedad cardíaca	SÍ	NO
Hipertensión	SÍ	NO
Abusos de sustancias	SÍ	NO
Enfermedad renal	SÍ	NO
8. ¿Fuma? **SÍ** **NO**

Condiciones de vivienda

1. ¿Cuál es hoy su condición de vivienda? Alquila Propietario Vive con un familiar o amigo
2. En su vivienda, ¿tiene algún problema como plagas, moho, pérdidas, etc.? **SÍ** **NO**
 Si la respuesta es SÍ, indique los problemas: _____

Comida

1. En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que la comida se le acabara antes de tener dinero para comprar más?
 Casi siempre A veces Nunca
2. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no le duró y no tenía dinero para comprar más?
 Casi siempre A veces Nunca

Servicios de transporte

1. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió asistir a citas médicas o reuniones, trabajar u obtener cosas necesarias para la vida diaria? **SÍ** **NO**
 Si la respuesta es SÍ, indique: _____

Servicios públicos

1. En los últimos 12 meses, ¿una compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con interrumpir los servicios en su hogar?
SÍ **NO** Ya fueron interrumpidos

Seguridad

1. ¿Con qué frecuencia una persona, incluidos sus familiares y amigos, le lastima físicamente?
 Nunca Casi nunca A veces Bastante seguido A menudo
2. ¿Con qué frecuencia una persona, incluidos sus familiares y amigos, le insulta o le habla con desprecio?
 Nunca Casi nunca A veces Bastante seguido A menudo
3. ¿Con qué frecuencia una persona, incluidos sus familiares y amigos, le amenaza con lastimarlo físicamente?
 Nunca Casi nunca A veces Bastante seguido A menudo
4. ¿Con qué frecuencia una persona, incluidos sus familiares y amigos, le grita o le insulta?
 Nunca Casi nunca A veces Bastante seguido A menudo