

Formulario de notificación prenatal

Complete todas las secciones y envíelas por fax a Magellan Complete Care of Virginia 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
(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: