



INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Fecha en la que se Completa / / Consultorio

NPI del Proveedor NPI de Grupo y Facturación

Lugar de Parto Previsto

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Núm. de Historia Nombre Apellido

Fecha de Nac. / / Dirección Ciudad

Código Postal Estado Condado Apto./Habitación/Otro

Si el celular ingresa como Teléfono Principal, el paciente recibirá un mensaje de texto para registrarse en el Portal Del Paciente: Su Salud, Su Historia al enviar el Formulario de Primera Visita.

Teléfono Principal Correo Electrónico

Tipo de Teléfono Principal Celula Hogar Otra

Método De Contacto Preferido Mensaje de Texto Llamada Correo Electrónico **Casada** Sí No Rechazada

Contacto de Emergencia Nombre Teléfono Parentesco

Acompañante Nombre Teléfono Parentesco

Raza

- India Americana o Nativa de Alaska Desconoce
- Asiática Rechazada
- Negra o Afroamericana
- Nativa de Hawái u Otro Grupo Isleño del Pacífico
- Blanca
- Más de una raza/Multirracial
- Otra, especifique:

Hispana Sí No **Subgrupo Hispano** Cubana Mexicana, Mexicoamericana, Chicana Puertorriqueña Otra

Lengua Materna Inglés Español Otra, especifique:

SEGURO MÉDICO

Tipo de seguro (Seleccione todos los que correspondan. Al menos una opción debe ser seleccionada.)

- NJ FamilyCare Medicaid PE Medicaid FFS Programa Suplementario Prenatal y de Anticoncepción de Nueva Jersey (NJSPCP)
- Medicare Comercial Sin Seguro o Independiente

Medicaid MCO (Seleccione uno en caso de ser participante de NJ FamilyCare.)

- Aetna Better Health
- Wellpoint
- Horizon NJ Health
- UnitedHealthcare Community
- Fidelis Care

N.º de ID o CNN de Medicaid ID del seguro Fecha de entrada en vigor del seguro / /





INFORMACIÓN MÉDICA

INGRESO A LA ATENCIÓN PERINATAL

Fecha de la 1.ª Visita: / /

Fecha de la 1.ª Visita bajo MCO: / /

LMP: / /

Fecha de Parto Prevista: / /

HISTORIA PERINATAL

Primer Embarazo Sí No

Embarazos (incluyendo el actual):

Cesáreas:

Nacimientos vivos:

Nacimientos vivos y que siguen vivos:

Fecha del último nacimiento vivo: / /

Nacimientos a término (al menos 37 semanas):

Nacimientos prematuros (menos de 37 semanas):

Semanas del primer parto prematuro:

Pérdidas de embarazo de menos de 20 semanas:

Muertes fetales de más de 20 semanas:

Abortos inducidos:

Embarazos ectópicos o molares:

Fecha del otro tipo de resultado de embarazo más reciente: / /

Otro tipo de resultado de embarazo más reciente: Pérdida de embarazo de menos de 20 semanas Aborto inducido Embarazo ectópico o molar Muerte fetal de más de 20 semanas

Sangrado Durante el Embarazo (Seleccione todas las que correspondan.) 1.º trimestre 2.º trimestre 3.º trimestre Ninguno

¿Durante el último año visitó a alguno de los siguientes profesionales? Médico Sí No Dentista Sí No Oftalmólogo Sí No

EXAMEN FÍSICO

Presión Arterial: /

Peso Antes del Embarazo (lb):

Peso Actual (lb):

Altura: pies pulg.

IMC (el sistema hace el cálculo):

TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

No

Tecnología de Reproducción Asistida

Medicamentos para Mejorar la Fertilidad Tomados por la Embarazada

Medicamentos para Mejorar la Fertilidad Tomados por la Pareja

Inseminación

INF. ADICIONAL

Medicamentos Actuales
(Incluya el nombre y la dosis de todos los medicamentos que se están tomando actualmente).

Información Adicional
(Incluya detalles sobre condiciones de salud o factores de riesgo identificados para que los socios de seguros brinden un mejor servicio a su paciente).

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO	Embarazo Actual			Embarazo Anterior			Embarazo Actual			Embarazo Anterior						
	No Presento Ningún Factor de Riesgo del Embarazo			Sí	No	Desc.	Sí	No	Desc.	Sí	No	Desc.	Sí	No	Desc.	
<input type="checkbox"/> No Presento Ningún Factor de Riesgo del Embarazo																
Cirugía Abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Consumo Ilícito de Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdominoplastia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apendicectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía Bariátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heroína u Otros Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resección del Intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inhalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colecistectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otros Medicamentos Recetados no Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía Exploratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Macrosomía (peso superior a 4000 g, u 8 lb 13 oz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de Reparación de Hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amniocentesis Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infección Materno-Fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pruebas Fetales Anormales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gestación Múltiple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligohidramnios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de IMC (IMC inferior a 18,5 o IMC superior a 30,0) <i>(el sistema se completa a partir del IMC)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dependencia de Opiáceos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gatos o Aves en Casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tratamiento de Sustitución de Opiáceos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia Cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cirugía Pélvica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Biopsia de Cono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anomalías Genéticas y Estructurales del Feto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Criocirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restricción del Crecimiento Fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dilatación y Legrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducción Fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cirugía Ginecológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacteriuria de los EGB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Histeroscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Miomectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insulinodependiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cistectomía Ovárica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión Gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reparación del Prolapso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salpingectomía/Ostomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Placenta Previa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historia de Peso bajo el Nacer (<2500 g)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pielonefritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historia de PROM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rh Negativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiperémesis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infección del Tracto Urinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES DE LA PACIENTE

CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES DE LA PACIENTE	<input type="checkbox"/> Actualmente no Presento Ningún Factor de Riesgo Médico	Condiciones Médicas Actuales			Historia de la Paciente		Medicada	
		Sí	No	Desconoce	Sí	No	Sí	No
	Humo de 2. ^a y 3. ^a Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Papanicolaou Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis Activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discrasia Sanguínea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Células Falciformes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia Falciforme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talasemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique:	<input type="text"/>							
Hipertensión Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías Congénitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis Quística	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ofrezca una derivación del paciente al programa de apoyo entre pares Alma: Moms supported Moms. El enlace de derivación aparecerá cuando se ingrese el formulario en PRA Connect.</i>								
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinodependiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Condiciones Médicas Actuales			Historia de la Paciente		Medicada	
	Sí	No	Desconoce	Sí	No	Sí	No
Epilepsia o Trastornos Convulsivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones Cardíacas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de VIH Rechazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha vivido alguna vez en una casa construida antes de 1980?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición Neurológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebitis o TVP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ETS o ITS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginosis Bacteriana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clamidia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes Genital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricomoniasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Tiroidea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías Uterinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL	<input type="checkbox"/> No Presento Ningún Factor de Riesgo Psicosocial	Sí	No	Descon.
	Actualmente en Hogar de Acogida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discapacitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Movilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otra, especifiqueK	<input type="text"/>			
Beneficiaria de SSI o SSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Violencia Doméstica o Interpersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desorden Alimenticio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Educación Inferior a 12 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problemas Financieros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inseguridad Alimentaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sin hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Apoyo Social Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problemas Nutricionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
La Pareja está Desempleada/no hay Pareja en el Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>En caso afirmativo, ofrezca una derivación del paciente al programa de apoyo entre pares Alma: Moms supported Moms. El enlace de derivación aparecerá cuando se ingrese el formulario en PRA Connect.</i>				
Depresión Perinatal y Trastorno Emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problemas de Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Traumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desempleada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Embarazo no Planificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vivienda Precaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

RAZÓN DEL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL (2.º o 3.º Trimestre)

<input type="checkbox"/> Inicio de la Atención Prenatal en el 1.º Trimestre	Sí	No
Aborto Deseado o Fallido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acceso a Pruebas de Embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de Cuidado Infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No Pudo Encontrar un Proveedor de Servicios Médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barreras Culturales y Lingüísticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inscripción Tardía al Seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin Citas Disponibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconoc. de la Importancia de la Atención Prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconocimiento del Embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



4Ps PLUS **Lea las preguntas de 4Ps Plus en voz alta durante la visita al consultorio del paciente.**

La entrevista 4Ps Plus no se realizó durante la visita. Si no se realiza en la visita, adminístrelo en la visita siguiente.

¿Tenía alguno de sus padres problemas con las drogas o el alcohol?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su pareja tiene problemas con drogas o alcohol?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Alguna vez se sintió manipulada por su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se sintió alguna vez fuera de control o impotente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En las últimas 2 semanas, ¿se sintió deprimida, abatida o desesperanzada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Durante las últimas 2 semanas, ¿tuvo poco interés o placer por realizar actividades?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Bebió alguna vez cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En el mes previo a enterarse que estaba embarazada, ¿fumó cigarrillos?	<input type="radio"/> Sí*	<input type="radio"/> No
En el mes previo a enterarse que estaba embarazada, ¿bebió cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> Sí*	<input type="radio"/> No
En el mes previo a enterarse que estaba embarazada, ¿consumió marihuana?	<input type="radio"/> Sí*	<input type="radio"/> No

SEGUIMIENTO DE 4P'S PLUS	Remitir para Evaluación				Educación Preventiva		No es Necesaria la Remisión
	Todos los días	De 3 a 6 días por semana	De 1 a 2 días por semana	1 día por semana			No bebía, ni consumía drogas
bebí cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consumí alguna droga como la marihuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consumí alguna droga como cocaína, heroína, metanfetamina o cualquier otra droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tomó medicamentos que no le prescribieron?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y actualmente, ¿cuántos días a la semana...							
bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consume alguna droga como la marihuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consume alguna droga como cocaína, heroína, metanfetamina o cualquier otra droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toma medicamentos que no le prescribieron?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONSUMO DE TABACO/ NICOTINA

Consumo de tabaco o nicotina
 Sí No

En caso afirmativo, ofrezca una derivación al paciente para dejar de fumar/nicotina en la sección siguiente.

Tipo de consumo
 Cigarrillo
 Cigarro
 Tabaco de mascar
 Cigarrillos electrónicos o vapeo

¿Cuántos cigarrillos fumó al día en los tres meses anteriores a saber que estaba embarazada?

¿Consumió algún otro producto de tabaco o nicotina en algún momento de los tres meses anteriores a saber que estaba embarazada?
 Todos los días Rara vez
 Algunos días Nunca

REMISIONES Y EDUCACIÓN

Utilice la columna Remisión obligatoria para indicar los servicios que Connecting NJ debe prestar.

Preguntar a todas las pacientes: ¿Le interesa saber más sobre los programas y servicios de apoyo al embarazo y al bienestar familiar? Seleccione Enviar referencia para vincular al paciente con Connecting NJ y/o Family Connects NJ.

REMISIONES AUTOMATIZADAS	Enviar remisión		Rechazada		Ya es beneficiaria		Remisión obligatoria		Rechazada		No es necesario	
	Enviar remisión	Rechazada	Ya es beneficiaria	Rechazada	Condado que no vive o no es residente de NJ	Rechazada	Ya es beneficiaria	Remisión obligatoria	Rechazada	Condado que no vive o no es residente de NJ	Rechazada	No es necesario
Connecting NJ* Connecting NJ (CNJ) proporciona referencias a recursos, programas y servicios de la comunidad local para apoyar a los pacientes y sus familias. El personal se comunica con los pacientes para ofrecerles apoyo individualizado, confidencial y afectuoso. Seleccione Enviar referencia para conectar al paciente con una red de socios dedicados a ayudar a las familias de Nueva Jersey a prosperar, incluidos Nurse Family Partnership, Parents as Teachers y Healthy Families.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observaciones para el personal de Connecting NJ: <input type="text"/>												
Family Connects NJ* Family Connects NJ (FCNJ) es un programa que conecta a los padres con una enfermera especialmente capacitada para una visita de seguimiento personalizada en el hogar dentro de las primeras dos semanas posteriores al nacimiento de su hijo. Las visitas se ofrecen a todas las familias sin costo, independientemente de los ingresos, el seguro o el estado migratorio. Los servicios están disponibles para familias biológicas, adoptivas y de apoyo con un recién nacido, así como para padres que experimentan un mortinato o la pérdida de su recién nacido. Los servicios están disponibles actualmente en condados seleccionados de Nueva Jersey. Al seleccionar <i>Enviar Referencia</i> se conecta a la paciente a FCNJ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notas para el personal de Family Connects NJ: <input type="text"/>												
Abandono del tabaco y la nicotina* Mom's Quit Connection (MQC) para familias brinda asesoramiento gratuito e individualizado para dejar o reducir el consumo de tabaco/nicotina y/o vapeo y ayuda con la prevención de recaídas para personas embarazadas, parejas y cualquier persona que cuide a un niño de 8 años o menos. Seleccione Enviar referencia para conectar al paciente con MQC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REMISIONES Y EDUCACIÓN	Educación recibida		Remisión recibida		Ya es beneficiaria		Remisión obligatoria		Rechazada		No es necesario	
	Educación recibida	Remisión recibida	Ya es beneficiaria	Remisión recibida	Ya es beneficiaria	Remisión obligatoria	Rechazada	Ya es beneficiaria	Remisión obligatoria	Rechazada	Condado que no vive o no es residente de NJ	No es necesario
Evaluación de la salud conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo a la lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación sobre el parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
División de Protección y Permanencia de la Infancia (DCP&P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remisiones dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de atención a la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de emergencia/TANF/GA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupones de alimentos/SNAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención del parto prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación para la prevención del consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Indica Referencia Automatizada