



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:

**INF. DE LA PACIENTE**

Número de Historia:  Nombre:  Apellido:

Fecha de Nac.:  /  /  Dirección:  Ciudad:

Código Postal:  Estado:  Condado:  Apto./Habitación/Otro:

Teléfono Principal:  Correo Electrónico:

Método de Contacto de Preferencia:  Mensaje de Texto  Llamada  Correo Electrónico

**SEGURO MÉDICO**

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

Medicaid MCO:

N.º de ID o CNN de Medicaid:  ID del Seguro:  Fecha de Entrada en Vigor del Seguro:

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO

No Presento Ningún Factor de Riesgo del Embarazo

				Sí No		Sí No		
	Sí	No	Desc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herpes Activo	<input type="radio"/>	Consumo Ilícito de Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Citomegalovirus	<input type="radio"/>	Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Antecedentes Familiares de Pérdida Auditiva en la Infancia	<input type="radio"/>	Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Influenza	<input type="radio"/>	Heroína u Otros Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Listeriosis	<input type="radio"/>	Inhalantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Enfermedad de Lyme	<input type="radio"/>	Otros Medicamentos Recetados no Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Malaria	<input type="radio"/>	Macrosomía (peso superior a 8 lb 13 oz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Parvovirus	<input type="radio"/>	Infección Materno-Fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Sensibilización al Rh	<input type="radio"/>	Uso de Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Rubéola	<input type="radio"/>	Gestación Múltiple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Toxoplasmosis	<input type="radio"/>	Dependencia de Opiáceos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Varicela Zóster	<input type="radio"/>	Tratamiento de Sustitución de Opiáceos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Virus del Nilo Occidental	<input type="radio"/>	Cirugía Pélvica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Virus del Zika	<input type="radio"/>	Biopsia de cono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Cirugía Abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Criocirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdominoplastia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dilatación y Legrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apendicectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cirugía Ginecológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía Bariátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Histeroscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resección del intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Miomectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colecistectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cistectomía Ovárica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía Exploratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reparación del Prolapso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de Reparación de Hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salpingectomía/Ostomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amniocentesis Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Placenta Previa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pruebas Fetales Anormales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pielonefritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rh Negativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de IMC (el sistema se completa a partir del IMC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infección del Tracto Urinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia Cervical	<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"/>			
Anomalías Genéticas y Estructurales del Feto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bacteriuria de los Estreptococos del Grupo B (EGB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Diabetes Gestacional Insulinodependiente	<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"/>			
Hepatitis A	<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"/>			
Hepatitis C	<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"/>			





CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES DE LA PACIENTE

CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES DE LA PACIENTE	Sí No Desc. Medicada				Sí No Desc. Medicada				Sí No Desc. Medicada				Sí No Desc. Medicada						
	Prueba de Papanicolaou Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o Trastornos Convulsivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	ETS o ITS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculosis Activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: <input type="text"/>					Heart Condition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Vaginosis Bacteriana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	VIH Positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Clamidia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalías Congénitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	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.					Enfermedades Mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	VPH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulación Sanguínea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Condición Neurológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Sifilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Discrasia Sanguínea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Flebitis o TVP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Tricomoniiasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Células Falciformes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinodependiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Tiroidea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia Falciforme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>						Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Talasemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>											Anomalías Uterinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>															

**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 PSICOSOCIAL

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL	Sí No Desc.			Sí No Desc.			Sí No Desc.				
	Actualmente en Hogar de Acogida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Violencia Doméstica o Interpersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pareja Desempleada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorden Alimenticio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Educación Inferior a 12 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión Perinatal y Trastorno Emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas Financieros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inseguridad Alimentaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sin Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desempleada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra, especifique: <input type="text"/>				Apoyo Social Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embarazo no Planificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beneficiaria de SSI o SSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas Nutricionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vivienda Precaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INFORMACIÓN PRENATAL

**CUIDADO PRENATAL**

Fecha de Parto Prevista:  /  /

Número de Visitas de Cuidado Prenatal:

**Vitaminas Prenatales**

Antes del Embarazo  Primer Trimestre  No  Desconocido

**Tipo de Sangre**

A  B  AB  O  No Disponible

Positivo  Negativo

**PRUEBAS PRENATALES Y PROCEDIMIENTOS**

**HIV**

¿Se sabía que la paciente era VIH positivo al iniciar la atención prenatal? (En caso afirmativo, omita las preguntas respecto a esta prueba.)  Sí  No

¿Se informó a la paciente sobre los beneficios de la prueba del VIH durante el embarazo?  Sí  No

¿Se sometió la paciente a la prueba del VIH durante el embarazo?  Dos veces  Una vez  No  Desconocido

Fecha de la 1.ª prueba:  /  /

Fecha de la 2.ª prueba:  /  /

Fuente de Información Sobre el VIH  Registros Médicos de la Paciente  Historia Verbal de la Paciente  Entrevista al Proveedor de Servicios Médicos  No

**Hepatitis B**

¿Obtuvo la Serología de la Hepatitis B?  Sí  No  Desconocido

Fecha de la Prueba HBSAg Más Reciente:  /  /

¿Antígeno de Superficie de la Hepatitis B Positivo? (HBSAg)  Sí  No  Desconocido

**Sífilis**

¿Obtuvo la Serología de la Sífilis?  Sí  No  Desconocido

Fecha en que se Obtuvo la Muestra:  /  /

Resultado de la Serología de la Sífilis  Positivo  Negativo  Desconocido

**Procedimientos Prenatales** (Seleccione todos los que correspondan)

Evaluación de la Madurez Pulmonar por Amniocentesis  Cerclaje Cervical  Intento de Versión Cefálica Externa  Reducción Fetal Selectiva

Tamizado Genético con Amniocentesis  Muestreo de Vellosidades Coriónicas (CVS)  Exitoso  Tocólisis

Amniocentesis para Otros Propósitos  Fallido  Ninguno de Estos Procedimientos se Realizó

**Ultrasonido Fetal** En Caso Afirmativo, ¿Cuándo?  Primer Trimestre  Segundo Trimestre  Tercer Trimestre

Número Total de Ultrasonidos:

**Diagnósticos Realizados por Ecografía Durante este Embarazo:**

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)  Anomalías Cardíacas Fetales Prenatales

Oligohidramnios  Anomalías Fetales no Cardíacas Prenatales

Polihidramnios  Ninguno de estos Diagnósticos Hizo



**4Ps PLUS** Las preguntas de 4Ps Plus deben ser leídas en voz alta tal y como están escritas en el formulario por el profesional o el personal durante la visita de la paciente al consultorio.

**4Ps PLUS**

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 4Ps PLUS**

\*Las preguntas de seguimiento son obligatorias si seleccionó la opción "Sí".  
En el mes previo a enterarse que estaba embarazada, ¿cuántos días a la semana...

	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"/>	
consumí alguna droga como la marihuana?	<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"/>	
tomó medicamentos que no le prescribieron?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Y actualmente, ¿cuántos días a la semana...</b>						
bebe cerveza, vino o licor?	<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"/>	
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"/>	
toma medicamentos que no le prescribieron?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**CONSUMO DE TABACO/NICOTINA**

No fumadora

¿Cuántos cigarrillos fumó al día durante cada uno de los siguientes periodos de tiempo? Si la respuesta es ninguno, escriba cero (0).

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

Primer trimestre	<input type="text"/>
Segundo trimestre	<input type="text"/>
3rd Tercer trimestre	<input type="text"/>

**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	No es necesario	Condado que no vive o no es residente de NJ				
<b>Connecting NJ*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones para el personal de Connecting NJ:	<input type="text"/>							
<b>Family Connects NJ*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas para el personal de Family Connects NJ:	<input type="text"/>							
<b>Abandono del tabaco y la nicotina*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REMISIONES Y EDUCACIÓN</b>	<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 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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

\*Indica Referencia Automatizada