

Date: _____

For Provider's Office Only:

Doctor's Name: _____ Group Name: _____
 Doctor's Address: _____ Phone: _____
 _____ Fax: _____
 Doctor's Office Contact Person: _____ Office Account #: _____

If you have any **questions** about the Healthy Expectations prenatal program or incentive plan eligibility, contact **Mindy Garcia** at **(210) 358-6308**.

Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ (1<17/35>1)
 Address: _____ Member#/Medicaid #: _____
 City: _____ Zip: _____ Phone #: _____ Phone #: _____
 Race: Hispanic Black(2) Caucasian Other: _____ E-mail: _____
 If Community First sends out a message on Facebook, would you join in? Yes No I do not know what Facebook is.

In general, how is your health? Excellent Good Fair(1) Poor(2)
 Due Date: _____ What trimester were you in at your visit? 1st (0-3 months) 2nd (4-6 months)(2) 3rd (7-9 months)(3)
 Height: _____ Pre-pregnancy weight: _____ Current weight: _____ (1<100)
 Total # of Pregnancies: _____ Number of Children: _____ Youngest Child's Date of Birth: _____

Have you ever had any of the following in your previous pregnancies?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abortion/Termination(1) | <input type="checkbox"/> Miscarriages(2) | <input type="checkbox"/> Ectopic Pregnancy(3) | <input type="checkbox"/> C-Section |
| <input type="checkbox"/> Baby Stillborn / Born Dead(3) | <input type="checkbox"/> Baby Died Soon After Birth(3) | <input type="checkbox"/> Baby born with Birth Defects(3) | <input type="checkbox"/> Premature Labor(3) |
| <input type="checkbox"/> Baby Weighed Less Than 6 lbs(3) | <input type="checkbox"/> Twins or Triplets(3) | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure(2) | <input type="checkbox"/> Bleeding(3) |
| <input type="checkbox"/> Bladder/Vaginal Infections(2) | <input type="checkbox"/> Depression/Mental Illness(3) | <input type="checkbox"/> Diabetes during Pregnancy(3) | <input type="checkbox"/> Leaking Fluid(3) |

Do you now have any of the following?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Twins or Triplets(3) | <input type="checkbox"/> Bladder/Vaginal Infections(2) | <input type="checkbox"/> Depression/Mental Illness(3) | <input type="checkbox"/> Anemia(2) |
| <input type="checkbox"/> Bleeding(3) | <input type="checkbox"/> Leaking Fluid(3) | <input type="checkbox"/> Diabetes during Pregnancy(3) | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure(3) |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems(3) | <input type="checkbox"/> Kidney Problems(3) | <input type="checkbox"/> Heart Disease(3) | <input type="checkbox"/> Lung Problems/TB(3) |
| <input type="checkbox"/> HIV or AIDS(3) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C(3) | <input type="checkbox"/> Other Liver Problems(3) | <input type="checkbox"/> Seizures(3) |
| <input type="checkbox"/> Placenta Problems(3) | <input type="checkbox"/> Dental Problems(3) | <input type="checkbox"/> Chlamydia, Gonorrhea, Syphilis, HPV or Herpes(3) | |
| <input type="checkbox"/> Substance Abuse Problems(3) | <input type="checkbox"/> Positive Triple/Quad Screen(3) | <input type="checkbox"/> Positive Chroionic Villus Sampling Results(3) | |
| <input type="checkbox"/> Positive Amniocentesis Results(3) | <input type="checkbox"/> Positive Alpha-Fetoprotein Results(3) | <input type="checkbox"/> Abnormal Ultrasound Results(3) | |

Recent Hospitalizations? Yes(2) No If yes, reason: _____

Do you drink beer, wine or alcohol beverages? Yes(2) No If yes, how many drinks per week? _____

Do you smoke? Yes(2) No If yes, are you interested in quitting? Yes No

What medicines/vitamins are you taking? _____

Do you take any medicine or drugs not prescribed by a doctor? Yes(2) No If yes, list: _____

Have you picked a pediatrician for your baby? Yes No

General Information

Marital Status: Single(1) Married Divorced Widow

Are you currently in school? Yes No Educational Level: Grade/Middle School(1) High School Trade School College

Do you currently work? Yes No Are you on WIC? Yes No If yes, which clinic? _____

Are you in a relationship where you feel afraid or threatened? Yes(3) No Are you a migrant farm worker? Yes No

Do you need assistance with transportation to your doctor's appointments? Yes No Are your immunizations past due? Yes No

Answer if you are 20 years of age or younger:

Is your Texas Health Steps checkup past due? Yes No
 If no, when did you have it done? _____ Where did you have it done? _____

**Please Fax to (210) 358-6159
 Attention: Mindy Garcia**

Fecha: _____

For Provider's Office Only:

Doctor's Name: _____ Group Name: _____
 Doctor's Address: _____ Phone: _____
 _____ Fax: _____
 Doctor's Office Contact Person: _____ Office Account #: _____

If you have any **questions** about the Healthy Expectations prenatal program or incentive plan eligibility, contact **Mindy Garcia** at **(210) 358-6308**.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ (1<17/35>1)
 Dirección: _____ Núm. de identificación de miembro o de Medicaid: _____
 City: _____ Zip: _____ Teléfono #: _____ Teléfono #: _____
 Raza: Hispana Negra (2) Blanca Otra: _____ Correo electrónico: _____
 Si Community First enviara mensajes en Facebook, ¿se inscribiría? Sí No No sé qué es Facebook

En general, ¿cómo está su salud? Excelente Buena Regular(1) Mala(2)

Fecha probable de parto _____

¿En qué trimestre estaba la primera vez que fue al doctor? 1º (0-3 meses) 2º (4-6 meses)(2) 3º (7-9 meses)(3)

Estatura _____ Peso antes del embarazo: _____ Peso actual: _____ (1<100)

¿Ha tenido alguna vez uno de los siguientes?

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aborto o terminación del embarazo(1) | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo(2) | <input type="checkbox"/> Embarazo extrauterino(3) | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Bebé que nació sin vida(3) | <input type="checkbox"/> Bebé que murió poco después de nacer(3) | <input type="checkbox"/> Bebé con defectos de nacimiento(3) | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prematuro(3) | <input type="checkbox"/> Bebé que pesó menos de 6 libras(3) | <input type="checkbox"/> Gemelos o trillizos(3) | |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta(2) | <input type="checkbox"/> Infecciones de vejiga o vagina(2) | <input type="checkbox"/> Depresión o enfermedad mental(3) | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado(3) | <input type="checkbox"/> Pérdida de líquido amniótico(3) | <input type="checkbox"/> Diabetes durante el embarazo(3) | |

¿Tiene ahora alguno de los siguientes?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gemelos o trillizos (3) | <input type="checkbox"/> Infecciones de vejiga o vagina (3) | <input type="checkbox"/> Depresión o enfermedad mental (3) | <input type="checkbox"/> Anemia(2) |
| <input type="checkbox"/> Sangrado (3) | <input type="checkbox"/> Pérdida de líquido amniótico(3) | <input type="checkbox"/> Diabetes durante el embarazo(3) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta(3) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides(3) | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones(3) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón(3) | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA(3) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones o tuberculosis(3) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C(3) | <input type="checkbox"/> Otros problemas del hígado(3) | <input type="checkbox"/> Convulsiones(3) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la placenta(3) | <input type="checkbox"/> Problemas dentales(3) | <input type="checkbox"/> Clamidia, gonorrea, sífilis, virus del papiloma humano o herpes(3) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de abuso de sustancias(3) | <input type="checkbox"/> Prueba triple/cuádruple positiva(3) | <input type="checkbox"/> Resultados positivos alfafetoproteína(3) | |
| <input type="checkbox"/> Resultados positivos de la muestra de vellosidades coriónicas(3) | <input type="checkbox"/> Resultados positivos Amniocentesis(3) | <input type="checkbox"/> Resultados anormales de la cografía(3) | |

¿Hospitalización reciente? Sí(2) No Si contesta "Sí", ¿por qué?: _____

¿Toma cerveza, vino o licor? Sí(2) No Si contesta "Sí", ¿cuántas bebidas a la semana? _____

¿Fuma? Sí(2) No Si contesta "Sí", ¿estaría interesado en dejar de fumar? Sí No

¿Qué medicamentos/vitaminas toma? _____

¿Toma medicamentos o drogas no recetadas por un doctor? Sí(2) No Si contesta "Sí", ¿cuál?: _____

¿Escogió a un pediatra para su bebé? Sí No

Información general

Estado civil: Soltera(1) Casada Divorciada Viuda

¿Está asistiendo a la escuela/universidad? Sí No

Educación: Primaria o secundaria(1) Preparatoria Escuela vocacional Universidad

¿Trabaja actualmente? Sí No ¿Recibe WIC? Sí No Si contesta "Sí", ¿qué clínica? _____

¿Está en una relación en la que se siente atemorizada o amenazada? Sí(3) No ¿Es usted trabajadora de campo migrante? Sí No

¿Necesita ayuda con el transporte a las consultas médicas? Sí No ¿Está atrasada con las inmunizaciones? Sí No

Conteste estas preguntas solo si tiene menos de 21 años:

¿Está atrasada con el examen de Pasos Sanos de Texas? Sí No
 Si contesta "Sí", ¿cuándo fue al examen? _____ ¿dónde tuvo el examen? _____

**Please Fax to (210) 358-6159
Attention: Mindy Garcia**