

Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o pregunta, llame a Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) y para SoonerSelect Children's Specialty Program llame al **1-833-752-1665** (TTY: **711**). Este formulario también está disponible en línea en **OklahomaCompleteHealth.com**.

***Campo Obligatorio**

***¿Está embarazada?** Sí No *Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.

Envíenos el formulario en el sobre adjunto.

Podríamos llamarla si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

***Núm. de identificación de Miembro**

Su nombre:

Su apellido:

***Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:** Fecha de hoy MMDDAAAA:

Dirección Postal:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono del hogar: Teléfono celular:

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido? Sí No

Si no tiene un plan de texto ilimitado, podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para dejar de recibir mensajes envíe un mensaje de texto con la palabra STOP. Se hace notar que enviar mensajes de texto no es seguro y otros pueden verlos.

Dirección de correo electrónico:

***Nombre de su proveedor de obstetricia:**

***Fecha programada de su parto:**

¿Tiene seguro primario (para mamá y bebé) aparte de SoonerSelect? Sí No

Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan): Caucásica, no hispana/latina Negra/Afroamericana
 Hispana/Latina Indígena americana /Nativa americana Asiática Hawaiana/de las Islas del Pacífico
 Otra etnicidad Si su etnicidad es otra, por favor especifique:

Idioma preferido (si no es el inglés):

¿Planea amamantar? Sí No Si contesta no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra? Sí No Nombre del pediatra:

Cantidad de partos a término: Cantidad de abortos espontáneos/abortos:

Cantidad de partos prematuros: Cantidad de bebés nacidos muertos:

Altura: Peso anterior al embarazo (redondéelo al número entero más cercano):

***¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?** Sí No Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

Su Historial Medico

¿Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto más de tres semanas antes de la fecha programada)? Sí No

¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses? Sí No ¿Dio a luz en los últimos 6 meses? Sí No

¿Cesárea anteriormente? Sí No ¿Diabetes (antes del embarazo)? Sí No



