



Su nombre:\*

Su fecha de nacimiento:\* (mmddaaaa)

Su apellido:\*

¿Tiene diabetes (desde antes del embarazo)?

¿Tiene actualmente problemas de salud mental?

¿Tiene anemia drepanocítica?

Enumere:

¿Tiene asma?

¿Tiene actualmente alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si la respuesta es sí, ¿los síntomas del asma han empeorado durante el embarazo?

Enumere:

¿Tiene presión arterial alta (desde antes del embarazo)?

¿Consumo tabaco actualmente?  Cantidad:

¿Sufrió muerte neonatal o mortinato previos?

Si la respuesta es sí, ¿está interesada en dejar de fumar?

¿Es VIH positivo?  ¿Es VIH negativo?

¿Consumo alcohol actualmente?  Cantidad:

¿Se rehúsa a realizarse los exámenes?

¿Consumo actualmente drogas ilícitas?

¿Tiene SIDA?

¿Toma algún medicamento recetado (aparte de las vitaminas prenatales)?  Enumere:

¿Tiene problemas de tiroides?

¿Tuvo alguna estadía hospitalaria durante este embarazo?

¿Tiene trastorno convulsivo?

¿Tuvo convulsiones en los últimos 6 meses?

¿Abusó anteriormente de alcohol o drogas?

¿Tiene suficiente comida? Sí  No

¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí  No

¿Carece de acceso telefónico confiable? Sí  No

¿Tiene problemas para acudir a sus visitas al médico? Sí  No

¿Está inscrita en el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? Sí  No

¿Se siente insegura en su hogar? Sí  No

Enumere cualquier otra necesidad social que podría tener:

Enumere cualquier otra cosa que le gustaría contarnos sobre su salud:

