



## Encuesta sobre el embarazo

Amerigroup Community Care quiere ayudarla a tener un embarazo saludable y un bebé sano. Mientras más sepamos acerca de su salud, mejor podremos ayudarla a recibir la atención médica que necesita. Quizás ya se hayan comunicado con usted para hacerle una encuesta sobre el embarazo. Si es así, no tiene que hacer nada. Si no se han comunicado con usted, tomarse ahora unos minutos para completar la siguiente encuesta es un paso importante para ayudarnos a ayudarla.

Sabemos que algunas de las preguntas son delicadas. Sus respuestas formarán parte de su expediente médico. Únicamente el personal que tiene algo que ver con su atención médica podrá ver su información. Su administrador de casos utilizará sus respuestas para ayudarla durante su embarazo.

**Por favor, complete la siguiente información:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Ya eligió a un proveedor para su atención prenatal?  SÍ  NO

Si es así, proporcione la siguiente información:

Nombre del proveedor de servicios de obstetricia (OB):

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la fecha de su primera cita de atención prenatal durante este embarazo?

Fecha: \_\_\_\_\_

**Preguntas sobre el embarazo actual y otros embarazos**

Marque la casilla que corresponda o complete su respuesta en el espacio correspondiente.

1. ¿Para qué día está previsto su parto? Escriba la fecha: _____		
2. ¿Le ha dicho su proveedor que usted va a tener gemelos o más de un bebé?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Es esta la primera vez que ha estado embarazada? Si respondió sí, <b>sáltese</b> las preguntas 5, 6, 7 y 8.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. El trabajo de parto prematuro es el trabajo de parto que sucede antes de la semana 37 del embarazo. Esto es aproximadamente 3 semanas antes de su fecha de parto. ¿Ha tenido trabajo de parto prematuro durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5. En embarazos anteriores, ¿le dijo su proveedor que tuvo trabajo de parto prematuro?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Alguna vez ha dado a luz a un bebé más de tres semanas antes de su fecha de parto prevista?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Alguno de sus hijos nació pesando menos de cinco libras?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Le hicieron cesárea en alguno de sus partos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
9. Durante este embarazo, ¿ha tenido que acudir a la sala de emergencias debido a un problema relacionado con el embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
10. Durante este embarazo, ¿ha sido hospitalizada debido a un problema relacionado con el embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<b>Preguntas generales de salud</b>		
11. ¿Cuánto mide de estatura?	Pies____	Pulgadas__
12. ¿Cuánto pesaba al comienzo de su embarazo?	Libras____	
13. ¿Alguna vez le han dicho que tiene algún tipo de diabetes?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO



23. Durante el mes antes de quedarse embarazada, ¿con qué frecuencia usó marihuana?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
24. ¿Alguna vez ha experimentado con drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
25. Durante el mes antes de quedarse embarazada, ¿con qué frecuencia bebió cerveza, vino o licor?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
26. Durante el mes antes de quedarse embarazada, ¿con qué frecuencia tomó un medicamento recetado que no le fue recetado a usted?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces
27. ¿Está sin hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
28. ¿Necesita ayuda con el transporte a su proveedor de servicios de obstetricia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
29. ¿Ya tiene escogido al pediatra que atenderá a su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
30. If yes: ¿Cómo se llama el pediatra? _____		

Le agradecemos que se haya tomado el tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas nos ayudarán a proporcionarle el mejor servicio posible. Le enviaremos algunos materiales educativos por correo y posiblemente una enfermera la llame para hacer el seguimiento.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios de obstetricia o si necesita ayuda con transporte al consultorio del proveedor, por favor, llame gratis a Amerigroup al 1-800-600-4441. Los miembros sordos o que tienen problemas de audición, pueden llamar a TTY: 711.

Además, ha quedado inscrita en un programa especial para mujeres embarazadas que son miembros, que se llama My Advocate™. My Advocate la llamará dos veces por semana para proporcionarle consejos breves y oportunos sobre el embarazo. A muchas madres estas llamadas les parecen útiles y alentadoras. También puede recibir mensajes de texto en su teléfono celular a través del programa de mensajes de texto de My Advocate o la aplicación My Advocate. Si prefiere recibir estos consejos por mensaje de texto, visite [www.MyAdvocateHelps.com](http://www.MyAdvocateHelps.com) para inscribirse.

Si prefiere recibir sus consejos a través de nuestra aplicación, busque My Advocate en iTunes App Store. Visite [www.MyAdvocateHelps.com](http://www.MyAdvocateHelps.com) para averiguar todas sus opciones.

Gracias por elegir Amerigroup.