

| | | | | | |
|---|-----------------------|--|------------|-----------------------------|--------------------|
| Practice name: | | Practice phone number: | | Today's date: / / | |
| First name: | | MI: | Last name: | | Date of birth: / / |
| EDC: / / | | By what criteria: <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> 1st trimester U/S <input type="checkbox"/> 2nd trimester U/S | | | |
| Height: | Pre-pregnancy weight: | Gravidity: | | Parity: ___T ___P ___A ___L | |
| Insurance type: <input type="checkbox"/> Medicaid (includes presumptive) <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> None | | | | Medicaid ID number: | |

Current pregnancy

Multifetal gestation

Fetal complications:

Fetal anomaly Oligohydramnios

Fetal chromosomal abnormality Polyhydramnios

Intrauterine growth restriction (IUGR) Other:

Chronic condition that may complicate pregnancy:

Diabetes Renal disease

Hypertension Systemic lupus erythematosus

Asthma Other(s):

Mental illness

HIV

Seizure disorder

Current use of drugs or alcohol/recent drug use or heavy alcohol use in month prior to learning of pregnancy

Late entry into prenatal care (>14 weeks)

Hospital utilization in the antepartum period

Missed 2+ prenatal appointments

Cervical insufficiency

Gestational diabetes

Vaginal bleeding in 2nd trimester

Hypertensive disorders of pregnancy

Preeclampsia

Gestational hypertension

Short interpregnancy interval (<12 months between last live birth and current pregnancy)

Current sexually transmitted infection

Recurrent urinary tract infections (>2 in past six months, >5 in past two years)

Non-English speaking

Primary language: _____

Positive depression screening

Tool used: _____ Score: _____

Obstetric history

Preterm birth (<37 completed weeks)

Gestational age(s) of previous preterm birth(s):

_____ weeks, _____ weeks, _____ weeks

At least one spontaneous preterm labor and/or rupture of the membranes

*If this is a singleton gestation, this patient is eligible for 17P treatment.

Low birth weight (<2500g)

Fetal death >20 weeks

Neonatal death (within first 28 days of life)

Second trimester pregnancy loss

Three or more first trimester pregnancy losses

Cervical insufficiency

Gestational diabetes

Postpartum depression

Hypertensive disorders of pregnancy

Eclampsia

Preeclampsia

Gestational hypertension

HELLP syndrome

Provider request pregnancy care management reason(s)

Provider comments/notes:

| | | |
|--|---------------|-----------|
| _____ | _____ | _____ |
| Printed name of person completing form | Credential(s) | Signature |

For OBCM Program only: Date RSF was received: _____ Date RSF was entered: _____

Formulario de Evaluación de Riesgo del Embarazo

Complete este lado del formulario y entréguesela a la enfermera o el médico. Por favor responda lo más honestamente posible para que podamos proporcionarle el mejor cuidado para usted y su bebé. El equipo de cuidado mantendrá esta información privada.

| Información del beneficiario | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Fecha de hoy: |
| Dirección física: | Ciudad: | ZIP: |
| Dirección de correo (si diferente): | Ciudad: | ZIP: |
| Condado: | Número de teléfono de la casa: | Número de teléfono del trabajo: |
| Número de teléfono celular: | Número de Seguro Social: | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Islas de Pacifico/Nativo de Hawái | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano | | |
| Educación: <input type="checkbox"/> Diploma Menos de secundaria <input type="checkbox"/> GED o Diploma de Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad | | |

- Piense en el momento **justo antes de que quedara embarazada**, ¿cómo se sintió al quedar embarazada?
 - Hubiera querido quedar embarazada mas pronto
 - Quería quedar embarazada en ese momento
 - No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
 - No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
 - No sé
- Durante el último año, ¿Usted ha sido golpeada, abofeteada, pateada o maltratada físicamente por alguien? **Si** **No**
- ¿Está usted en una relación con una persona que la amenaza o la maltrata físicamente? **Si** **No**
- ¿Alguien la ha forzado a tener actividades sexuales que le han hecho sentir incómoda? **Si** **No**
- ¿En los últimos 12 meses estuvo usted alguna vez con hambre pero no comió porque no podía permitirse el lujo de comprar alimentos? **Si** **No**
- ¿El lugar donde vive esta peligroso o tiene problemas consiguiendo una vivienda estable? **Si** **No**
- Indique su situación actual respecto al habito de fumar. Marque una respuesta.
 - Yo nunca he fumado, o he fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.
 - Yo dejé de fumar antes de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora.
 - Yo dejé de fumar despues de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora.
 - Yo fumo un poco ahora, pero he reducido la cantidad de cigarrillos que fumo desde que me di cuenta que estaba embarazada.
 - Yo fumo la misma cantidad que antes de darme cuenta que estaba embarazada.
- ¿Alguno de sus padres tenía problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? **Si** **No**
- ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? **Si** **No**
- ¿Su pareja tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? **Si** **No**
- En el pasado, ¿Ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicinas que necesitan receta medica? **Si** **No**
- Antes que supiera que estaba embarazada, ¿Con qué frecuencia usted tomaba cualquier alcohol, incluyendo cerveza o vino, o utilizaba otras drogas?
 - Nunca** **Raramente** **Algunas veces** **Frecuentemente**
- En el último mes, ¿Con qué frecuencia usted bebió alcohol, incluyendo cerveza o vino, o usó otras drogas?
 - Nunca** **Raramente** **Algunas veces** **Frecuentemente**

(For pregnancy care management use only)

Date risk screening form was received: ____/____/____