



Mom's GEMS/Programa para madres

(Getting Early Maternity Services)

[Obtención de servicios tempranos de maternidad]

Formulario de autoderivación



Horizon NJ Health

Cuéntenos sobre usted

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

N.º de identificación de Horizon NJ Health: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Otro teléfono: _____

El nombre de su médico: _____ Fecha de parto: _____

¿Quién será el médico de su bebé después del parto? _____

¿Tiene problemas financieros (transporte, comida)? Sí No

Si responde "Sí", explique: _____

Cuéntenos sobre su embarazo

1. ¿Cuántas veces ha estado embarazada, incluida esta? _____

2. ¿Se le ha diagnosticado amenaza de parto prematuro o debilidad de cuello uterino durante este embarazo? Sí No

3. ¿Tiene algún otro problema con su embarazo actual? Sí No

Si responde "Sí", explique: _____

4. ¿Ha tenido un bebé que nació más de 3 semanas antes de la fecha de parto? Sí No

5. ¿Alguna vez le dijeron que tiene presión arterial alta? Sí No

6. ¿Alguna vez le dijeron que tiene diabetes? Sí No

7. ¿Tiene algún problema con enfermedades mentales o depresión? Sí No

8. ¿Fuma? Sí No De ser así, ¿cuánto? _____

¿Consume alcohol? Sí No De ser así, ¿cuánto? _____

¿Consume drogas callejeras? Sí No De ser así, ¿cuánto? _____

9. ¿Es o alguna vez fue víctima de abuso físico o sexual? Sí No

10. ¿Tiene planeado amamantar? Sí No

11. ¿Está inscrita en el programa Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC)? Sí No

12. Indíquenos cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted: _____

Comentarios/Solicitud de información: _____

Envíe el formulario completo a ExpectingMom@HorizonBlue.com.

También puede enviarlo por fax a la línea de fax confidencial de Mom's GEMS al 1-609-583-3039.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Mom's GEMS al 1-800-682-9090 (TTY 711).