



Smithfield.

Good food. Responsibly.®

Formulario de inscripción del programa de maternidad

Por favor tome unos minutos para llenar este formulario de salud y presentar tan pronto como pueda para empezar a recibir los mejores beneficios del programa.

Por su participación en este programa gratuito durante su embarazo, Smithfield se enviará por correo una tarjeta de regalo de **\$200,00** después de la entrega de su bebé.

Información Demográfica

Nombre:

ID# de seguro:

Dirección actual :

Ciudad/Estado/Código Postal:

Fecha de nacimiento:

¿Qué edad tendrá cuando nazca su bebé?

Raza: [círcule uno] Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Nativo Americano Otro

¿Estás casado? Sí ___ No _____

En caso afirmativo, ¿puede dar permiso para analizar información con su cónyuge? Sí _____ No ___

Nombre: _____

Mayor nivel de educación completado: [círcule uno]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Título: Asociar la Licenciatura Maestría Doctorado

Información de Contacto

Proporcione su información de contacto a continuación:

Teléfono: _____ Casa _____ Cell _____

Dirección de correo electrónico: _____ Trabajo (opcional) _____

¿Prefiere que lo llamemos o le enviemos un correo electrónico?

¿Cuál es la mejor hora del día para contactarlo?

El nombre del doctor o el nombre de la práctica:

El nombre del hospital donde piensa dar a luz?

Cómo se enteró del programa de gestión de la maternidad? [Círcule uno]

Beneficios Recursos Humanos FERIA de Salud Médicos Hospital Oficina _____

¿Cuál es su idioma principal?

¿Prefiere obtener información educativa en: [círcule uno] Inglés Español

Información de Empleo

¿Cuál es su situación laboral? [círcule uno] Tiempo completo Tiempo parcial Actualmente sin empleo

Si está empleado, describa el tipo de trabajo que hace.

¿Haces trabajo pesado? Sí ___ No ___

¿Trabajas con algún químico? Sí ___ No ___

¿Tienes alguna restricción de trabajo? Sí ___ No ___

A qué horas trabajas? _____

¿Smithfield Foods es su cobertura de seguro primaria? Sí ___ No ___

Si no, cuál es su cobertura primaria? _____

¿Recibe WIC? Sí ___ No ___

¿Recibe Medicaid? Sí ___ No ___

¿Recibe Estampillas de Comida? Sí ___ No ___

Información/Historia del embarazo

Cuando es la fecha anticipada de su parto?

Cuando fue tu primera visita al médico?

Cuando es tu próxima cita?

Está usted embarazada con más de un bebé? Sí ___ No ___ Si la respuesta es sí, ¿cuántos?

¿Te hicieron un ultrasonido? Sí ___ No ___ Si la respuesta es sí, ¿cuándo?

¿Estás al día con tu prueba de Papanicolaou? Sí ___ No ___ Desconocido _____

(Esta es una prueba de detección que comprueba la existencia de cáncer cervical)

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal que requiere pruebas adicionales o una biopsia? Sí ___ No ___

Ha tenido problemas o complicaciones con **este** embarazo, como náuseas/vómitos, hemorragias, infecciones del tracto urinario, la presión arterial elevada? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Cuántas veces has estado embarazada?

¿Cuántos bebés has entregado?

Por favor, indique la edad, tipo de parto y el sexo de los niños.

Edad del niño: vaginal o cesárea (si cesárea indique el motivo) : Niño/Niña:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguna vez has experimentado una pérdida de embarazo? Sí ____ No ____

Si es así, ¿qué tan avanzado el embarazo? [Círcule uno]

Primeras 12 Semana Semanas 13 a 27 Semana 28-40 inseguras

Si ha estado embarazada anteriormente, ¿tuvo alguna complicación enumerada a continuación con un embarazo anterior?

Parto prematuro: Sí ____ No ____ parto pretérmino: Sí ____ No ____

Presión arterial alta o preeclampsia: Sí ____ No ____

Diabetes gestacional o niveles elevados de azúcar en la sangre: Sí ____ No ____

En caso afirmativo, ¿podría por favor proporcionar el año de la entrega y cualquier información adicional que pueda ser útil?

Es usted: [círcule uno] Rh positive Rh negative desconocido

Estás planeando tomar una vacuna contra la gripe este año? Sí ____ No ____

¿Cuál era su peso antes de quedar embarazada?

Cuánto mides?

Cuál es su peso actual ahora?

¿Toma una vitamina prenatal cada día? Sí ____ No ____

¿Fuman actualmente? Sí ____ No ____

Si es así, ¿cuánto un día?

¿Alguna vez ha tenido cirugías importantes? Sí ____ No ____

Si es así, por favor explique:

¿Manejas cualquier arena para gatos? Sí ___ (si es así, lea más abajo) No ___
 La Toxoplasmosis es una infección. Es causada por un parásito llamado Toxoplasma gondii. El parásito están pequeño que no puedes verlo. Usted puede infectarse al tocar las heces de gato. Si tiene toxoplasmosis dentro de los 6 meses posteriores al embarazo, es posible que pueda pasárselo a su bebé durante el embarazo. Hable con su proveedor de atención médica sobre la posibilidad de hacerse la prueba.

Por favor complete lo siguiente acerca de su historial de salud

¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?	Si	No	Explique Brevemente
Presión arterial alta cuando no está embarazada			
Pulmones/Respiración-ex: asma EPOC			
Problemas de estómago o intestinal			
Trastornos de la sangre-ex: anemia, célula falciforme			
Enfermedad del riñon			
Cáncer			
Diabetes antes del embarazo			
Depresión o ansiedad.			
Problemas de salud mental o de abuso de sustancias			
Has sido hospitalizados el año pasado?			
Usted se realiza exámenes dentales de rutina dos veces por año?			¿Cuándo fue su ultimo examen dental? Mes: año:
Tiene cobertura dental a través del plan de salud de Smithfield?			
Si no, consideraría preguntar por la cobertura dental en su próxima inscripción abierta?			

Medicamentos (Por favor, incluya recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos)	Dosificación (Miligramos, microgramos, unidades, etc.)	¿Con qué frecuencia lo tomas? (Una vez al día, dos veces al día, etc.	Cual es el medicamento que usa para el tratamiento? (presion arterial, diabetes, etc.)

Información de Salud General

¿Cuántas comidas comes al día?

¿Comer alimentos altos en calcio? Sí ___ No ___

Ejemplos serían el yogur o leche, queso, verduras de hoja verde

¿Cuántas bebidas con cafeína bebes al día? (Soda/Café/té) Ninguno 1-4 5 o más

¿Cuántas onzas de agua bebe por día?

¿Alguna vez le han diagnosticado con depresión? Sí ___ No ___

¿Alguna vez le han diagnosticado con depresión posparto? Sí ___ No ___

Recientemente, ha tenido alguno de los siguientes síntomas que duran más de 2 semanas:

[Círcule si, **sí**]

Tristeza severa, persistente, dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones.

sensación de pérdida de interés o placer inútil o sin valor en pasatiempos o actividades

Cansado de no dormir bien, irritabilidad, pensamientos de hacerse daño a sí mismo

cambios repentinos en el comportamiento imprudente del apetito

¿Cómo puede mantener a su bebé a salvo de las drogas de la calle?

La mejor manera de proteger a su bebé de las drogas ilegales es evitarlas. No use drogas ilegales. Hable con su proveedor de atención médica. Él puede ayudarlo a recibir tratamiento para ayudarlo a dejar de fumar.

Hable con su médico acerca del tratamiento para ayudarlo a dejar de fumar. O póngase en contacto con:

- [National Council on Alcoholism and Drug Dependence](#)
(800) 622-2255
- [Substance Abuse Treatment Facility Locator](#)
(800) 662-4357

¿Qué es el abuso?

Abuso emocional o físico, nunca es aceptable. Lamentablemente, algunas mujeres sufren abusos por parte de una pareja. El abuso cruza todos los grupos raciales, étnicos y económicos. A menudo el abuso empeora durante el embarazo. Casi 1 de cada 6 mujeres embarazadas han sido objeto de abusos por parte de un compañero.

Dígale a alguien en quien usted confíe. Puede ser un amigo, un miembro del clero, un médico o consejero. Una vez que haya confiado en ellos, es posible que puedan ponerlo en contacto con una línea telefónica de crisis, un programa de violencia doméstica, un servicio de ayuda legal o un refugio o refugio seguro para mujeres maltratadas.

Tenga en Cuenta:

- Que el personal se comunicará con usted una vez que se reciba este formulario de inscripción. Si no recibe una llamada de seguimiento dentro de los 10 días posteriores al envío por fax o correo postal, llame al 1-800-570-4888 X 408.
- Después de la inscripción, para seguir siendo un miembro activo del programa de Maternity Management, debe mantenerse en contacto con nosotros después de cada cita. Esto puede ser por teléfono o correo electrónico.
- Después del parto, recibirá una encuesta para completar su satisfacción con el programa. Una vez que se devuelva la encuesta, recibirá su tarjeta de regalo de \$ 200.00 por correo certificado. Su cobertura de salud de Smithfield debe estar activa en el momento de la entrega para recibir la tarjeta de regalo.
- El personal está disponible para ayudarle de lunes a viernes de 8:30 am a 6:00 pm.
- **Nos gustaría enviarle una de las tres opciones de la agenda como un regalo de nosotros.**
[Por favor] circule uno que le gustaría recibir.
 - Qué esperar cuando está esperando (Nueva edición): revisa cada mes del embarazo hasta el período posparto. Esto es ideal para las madres primerizas y está disponible en inglés y español.
 - Qué esperar El primer año (la última edición): esta es una guía mensual del primer año del bebé. Tiene información excelente sobre lactancia materna, alimentación con fórmula, inmunizaciones, cuidado del bebé e hitos. Esto está disponible en inglés y español
 - Embarazo, parto y primer año de vida – Este libro tiene gran información sobre embarazo, parto, el periodo post-parto, lactancia y cuidado del recién nacido.
- Su plan de salud ofrece un beneficio de extractor de leche. ¡Por favor, solicite más información a la enfermera si está interesado!
- Pregúntenos acerca de cómo obtener sus vitaminas prenatales gratis!

Yo Certifico que esta información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Firma _____ fecha _____

Por favor, **firmé** el formulario de autorización de participación y devolverlo con su formulario de inscripción firmado por correo o fax. También puede llamar al 1-800-570-4888 y completar la inscripción por teléfono. Servicios de intérprete están disponibles.

Enviar a: 757-562-3537

Enviar a: Mid-Atlantic Health Solutions (Por favor tenga en cuenta que puede ser

Programa de Gestión de maternidad (necesario franqueo adicional).
P. O. Box 494
Franklin, VA 23851



Programa de Maternidad de SMITHFIELD Formulario de Liberación de Participación

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para permitir que mi administrador de casos me ayude con mis necesidades de atención médica y para analizar esas necesidades con mis proveedores de atención médica, doy mi permiso al programa de Maternidad Smithfield:

1. Contactar a mis proveedores de atención médica con respecto a mis necesidades médicas para ayudar en el desarrollo de mi Plan de administración de casos
2. Para liberar la información verbal o escrita que esté relacionada con mi condición médica(s) al Programa de Maternidad de Smithfield, a fin de asegurar una imagen completa de mis necesidades de atención médica en el entendimiento de que esta información ayudará en la coordinación de mi atención.

Esta autorización será válida por todo el período completo de tiempo que estoy inscrito en el Programa de Maternidad de Smithfield. Entiendo que cualquier información que se comunique entre mi proveedor de servicios de salud y el Programa de maternidad Smithfield se mantendrá en estricta confidencialidad y se utilizará solo con el fin de administrar casos.

Mi firma en este documento muestra que entiendo que el Programa de administración de casos es completamente voluntario y que puedo elegir no participar en cualquier momento al decirle al administrador de mi caso que deseo retirarme del programa. Cuando solicité retirarme del Programa de administración de casos, este formulario de autorización queda automáticamente anulado. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario, a pedido de mi administrador de casos.

Estoy de acuerdo con todas las condiciones anteriores y deseo participar en el Programa de Maternidad Smithfield.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firme, coloque la fecha y envíe este **este formulario y el formulario de inscripción**. Puede hacer una copia para sus registros. Usted puede enviar por correo o fax. Gracias.