

CCNC Pregnancy Home Risk Screening Form

Practice Name: _____

First name: _____ MI _____ Last name: _____ Medicaid ID#: _____ Today's date: __/__/____
EDC: __/__/____ By what criteria: LMP 1st trimester U/S 2nd trimester U/S Other: _____
Height: _____ Pre-pregnancy weight: _____ Gravidity: _____ Parity: _____
Insurance type: Medicaid None Other: _____ Date of birth: __/__/____

CURRENT PREGNANCY

- *Multifetal gestation
 - *Fetal complications:
 - Fetal anomaly
 - Fetal chromosomal abnormality
 - Intrauterine growth restriction (IUGR)
 - Oligohydramnios
 - Polyhydramnios
 - Other: _____
 - *Chronic condition which may complicate pregnancy:
 - Diabetes
 - Hypertension
 - Asthma
 - Mental illness
 - HIV
 - Seizure disorder
 - Renal disease
 - Systemic lupus erythematosus
 - Other(s): _____
 - *Current use of drugs or alcohol/recent drug use or heavy alcohol use (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
 - Eclampsia
 - Preeclampsia
 - Gestational hypertension
 - HELLP syndrome
 - Short interpregnancy interval (<12 months between last live birth and current pregnancy)
 - Current sexually transmitted infection
 - Recurrent urinary tract infections (>2 in past 6 months, >5 in past 2 years)
 - Communication barriers:
 - Literacy
 - Disability
- Explain: _____
- Non-English speaking
- Primary language: _____

Practice phone no: _____

Next prenatal appt: __/__/____

No changes since last screen

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 membranes¹
¹If this is a singleton gestation, this patient is eligible for 17P treatment.

- *Low birth weight (<2500g)
- *Very low birth weight (<1500g)
- 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 requests pregnancy care management
Reason(s): _____

Provider comments/notes: _____

Items marked with a * will trigger follow-up by a pregnancy care manager.

Name of person completing form: _____ Signature: _____

Formulario de Evaluación de Riesgo del Embarazo de CCNC

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.

Nombre: _____		Fecha de nacimiento: _____		Fecha de hoy: _____	
Dirección física: _____		Ciudad: _____		ZIP: _____	
Dirección de correo: _____		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	

1. Piense en el momento *justo antes* de que quedara embarazada, ¿cómo se sintió al quedar embarazada?
Marque una respuesta.
 - 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
2. * Durante el último año, ¿Usted ha sido golpeada, abofeteada, pateada o maltratada físicamente por alguien? Si No
3. * ¿Está usted en una relación con una persona que la amenaza o la maltrata físicamente? Si No
4. * ¿Alguien la ha forzado a tener actividades sexuales que le han hecho sentir incómoda? Si No
5. ¿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
6. * ¿El lugar donde vive esta peligroso o tiene problemas consiguiendo una vivienda estable? Si No
7. * **Indique su situación actual respecto al habito de fumar.** Marque una respuesta.
 - A. Yo **NUNCA** he fumado, o he fumado MENOS DE 100 cigarrillos en toda mi vida.
 - B. Yo dejé de fumar **ANTES** de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora.
 - C. Yo dejé de fumar **DESPUES** de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora
 - D. Yo fumo un poco ahora, pero he reducido la cantidad de cigarrillos que fumo desde que me di cuenta que estaba embarazada
 - E. Yo fumo la misma cantidad que antes de darme cuenta que estaba embarazada
8. ¿Alguno de sus padres tenía problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? Si No
9. ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? Si No
10. ¿Su pareja tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas? Si No
11. En el pasado, ¿Ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicinas que necesitan receta médica? Si No
12. 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
13. 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: ___/___/___

HISTORIA DE SALUD MATERNA



PATIENT LABEL

Nombre _____ Fecha De Nacimiento ___ / ___ / _____

Dirección _____

Ciudad _____ NC Código Postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono De Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Celular _____

Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Raza/Etnicidad Asia/Isleño del Pacífico Negro Hispano Nativo Americano Blanco Otro

Ciudad De Nacimiento _____ Religión /Creencias _____

Nivel De Educación _____ Ocupación _____

Tipo de seguro médico Privado Medicaid Auto pago (no seguro/ aseguranza)

Contacto De emergencia _____ Teléfono _____

¿A qué edad tuvo su primer periodo? _____ ¿Cuándo empezó su último periodo? _____

¿Sus periodos son regulares o irregulares? (Circule una) ¿Algún problema con su periodo? _____

¿Este fue un embarazo planificado? Sí No ¿Estaba usted utilizando algún método anticonceptivo cuando quedó embarazada? Sí No

Si es sí, ¿Qué tipo? Píldora Condones Inyección Parche Anillo Implante DIU

¿Qué tipo de método anticonceptivo va a utilizar, después de su parto? _____

¿Ha estado embarazada antes? Sí No ¿peso antes de quedar embarazada? _____

¿Es el padre de este embarazo el mismo de sus previos embarazos? Sí No

	Fecha de Parto	Parto (Nació vivo, abortos, Pérdida, Muerte Fetal)	Semanas de Gestación	Sexo	Peso de Nacimiento	Tipo De Parto	Complicaciones (durante embarazo, parto, o post-parto)
1				M F		vaginal cesárea	
2				M F		vaginal cesárea	
3				M F		vaginal cesárea	
4				M F		vaginal cesárea	
5				M F		vaginal cesárea	
6				M F		vaginal cesárea	
7				M F		vaginal cesárea	
8				M F		vaginal cesárea	
9				M F		vaginal cesárea	

¿Toma usted vitaminas prenatales regularmente? Sí No

Otros medicamentos / hierbas: _____

¿Tiene usted alergias? Sí No Si es sí, ¿a qué? _____

¿Tiene usted un proveedor de atención primaria? Sí No Si es así, ¿qué clínica? _____

Historia Médica y Genética: Marque USTED y/o FAMILIA (padres, abuelos, tíos/tías, hermano/hermana, o hijo(a))

¿Es usted adoptada? Sí No

USTED	FAMILIA		USTED	FAMILIA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia/Trastorno de la sangre/células falciformes (Sickle Cell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos (fertilidad, fibromas, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza - Migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta / colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre en piernas o pulmones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides/ endocrinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales / Desórdenes emocionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los pulmones/Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones de sangre o productos sanguíneos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones /Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes/Traumas físicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos alimenticios / dietas especiales/pica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes gastrointestinales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones del tracto urinario/problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas dentales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros			

Si es sí, por favor indique quién en la familia tiene la enfermedad: _____

	Paciente	Familia	Padre del infante		Paciente	Familia	Padre del infante
1. Edad del Paciente \geq 35 años				12. Tay Sachs			
2. Síndrome de Down				13. Síndrome de Huntington			
3. Fibrosis quística				14. Canavan, Disautonomía			
4. Enfermedad de células falciformes				15. Trastorno metabólico materno			
5. Rasgos de células falciformes				16. Distrofia Muscular			
6. Defecto cardíaco congénito				17. Paciente o FOB tiene un hijo con defectos de nacimiento			
7. Defecto del tubo neural (espina bífida, meningomielocelo o anencefalia)				18. Pérdida recurrente del embarazo o un mortinato			
8. Talasemia				19. Otro trastorno genético hereditario o desorden cromosómico			
9. Discapacidad intelectual, si es sí, ¿se hizo una prueba de la persona para Fragile X (Frágil de X)?				20. ¿Algún medicamento prescrito o no prescrito desde tu último período menstrual? Nombre/Tipo			
10. Hemofilia u otro trastorno de la sangre				21. Riesgos ocupacionales/ambientales (ej. exposición al plomo)			
11. RH sensibilizado							

¿Tiene sus vacunas al día? Sí No No estoy seguro Fecha de la última vacuna de Tdap _____

¿Alguna vez ha tenido usted una enfermedad de contagio sexual (ej. Clamidia, gonorrea, herpes, sífilis, VIH, etc.)? Sí No

Si es sí, ¿cuándo? _____

¿Antecedentes de un recién nacido diagnosticado con infección por estreptococo del grupo B (EGB) Sí No

No estoy seguro

¿Aceptaría una transfusión de sangre en una emergencia (es decir, un accidente automovilístico, durante el parto)?

Sí No

Haga una lista de las hospitalizaciones y/o cirugías que haya tenido, incluidas las fechas: _____

¿Está expuesto a cualquiera de los siguientes: Humo Plomo Otros químicos _____

¿Alguna vez ha fumado, usado tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, cigarros o vapeadores? Sí No

Si es sí, ¿cuándo lo dejó? _____

¿Toma usted alcohol? Sí No Si es sí, ¿cuándo lo dejó? _____

¿Usas otras drogas (ej. marihuana, cocaína/crack, heroína, drogas intravenosas, medicamentos recetados, etc.)?

Sí No

Si es sí, ¿qué droga usó? _____ ¿cuándo lo dejó? _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para problemas de drogas / alcohol? Sí No Si es sí, ¿cuándo? _____

¿Alguna vez ha recibido asesoramiento o tratamiento para el estrés/sensación de depresión/ansiedad? Sí No

Si es sí, ¿cuándo? _____

¿Alguna vez te has sentido inseguro con un compañero? Sí No

¿Alguna vez ha sido golpeado, abofeteado, pateado o herido físicamente por su pareja? Sí No

¿Tu compañero le insulta, grita, le humilla o le acusa? Sí No

¿Tu pareja le ha hecho hacer algo sexual que no quería hacer? Sí No

EVALUACION PSICOSOCIAL INICIAL



PATIENT LABEL

Por favor conteste las siguientes preguntas. Coloque una X o marca de verificación en el cuadro para SÍ o NO, según corresponda.

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿ Actualmente vive en un lugar seguro?		
2. ¿Actualmente Tiene estufa y refrigerador que funcionen? Agua corriente y plomería interior?		
3. ¿Actualmente Tiene limitaciones físicas o problemas para oír, leer y hablar? Tiene algún problema de aprendizaje?		
4. ¿Actualmente Ha experimentado algún tipo de evento vital importante en el último año? Como la muerte de alguien cercano, pérdida de empleo, preocupaciones por la vivienda, problemas en sus relaciones, enfermedad grave o la asignación de un ser querido en el servicio militar.		
5. ¿Actualmente Hay alguna razón que cree que podría impedirle asistir a sus citas? ¿Actualmente Transporte, horario de trabajo, falta de guardería, carencia de apoyo familiar?		
6. Ya completó el PHQ-9?		
7. Durante el último año, ¿Actualmente alguien le ha amenazado o golpeado, abofeteado, pateado, escupido o herido físicamente de otra forma?		
8. Desde que está embarazada, ¿Actualmente alguien le ha amenazado o golpeado, abofeteado, pateado, escupido o herido físicamente de otra forma?		
9. Si se siente insegura, ¿sabe a dónde puede ir o tiene a una persona de confianza para llamar?		
10. En el último año, ¿alguien le ha obligado a realizar actos sexuales que la hicieron sentir incómoda?		
11. Evaluación de uso de sustancias: Complete el formulario 5Ps Modificado, si no se ha completado el Análisis de Riesgo de Embarazo		
12. ¿Actualmente Otras personas fuman, usan cigarrillos electrónicos o vaporizadores a su alrededor?		
13. ¿ActualmenteCuál de los siguientes productos ha usado en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos/vaporizador <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco masticable <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo <input type="checkbox"/> Narguile <input type="checkbox"/> Tabaco de consumo oral "Snus" <input type="checkbox"/> Tiras <input type="checkbox"/> Tabaco soluble <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro		
14. Si pudiera elegir el mejor momento para su embarazo, le gustaría quedar embarazada: <input type="checkbox"/> En otro momento <input type="checkbox"/> No lo cambiaría, mi embarazo fue planeado <input type="checkbox"/> En ningún momento <input type="checkbox"/> No lo cambiaría, aunque no fue planeado		

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD
DEL PACIENTE - PHQ-9**



PATIENT LABEL

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

<i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas				
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado				
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía				
5. Con poco apetito o ha comido en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a)-o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera				
10. ¿Cuán difíciles le han dificultado estos problemas hacer su trabajo, cuidar las cosas en casa o llevarse bien con la gente?	No es nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

MODIFIED 5 P'S



PATIENT LABEL

Las respuestas son confidenciales

1. ¿Alguno de sus padres tenía problemas con el alcohol o el uso de otras drogas?
 Sí No
2. ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas?
 Sí No
3. ¿Su pareja tiene problemas con el alcohol o el uso de otras drogas?
 Sí No
4. En el pasado, ¿Ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicinas que necesitan receta médica?
 Sí No
5. 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
6. En el último mes, ¿Con qué frecuencia usted bebió alcohol, incluyendo cerveza o vino, o usó otras drogas?
 Nunca Raramente Algunas veces Frecuentemente

EVALUACIÓN INICIAL SOBRE LA NUTRICIÓN

1. ¿Se brinca usted una comida 5 veces a la semana o más?
 No Sí
2. ¿Tiene usted intolerancia a la lactosa (a la leche)?
 No Sí
3. ¿Tiene usted dificultades para obtener alimentos?
 No Sí
4. ¿Desea información sobre alimentos o sobre alimentación?
 No Sí
5. ¿Cómo piensa alimentar a su bebé?
¿Tuvo algún problema para amamantar a su(s) otro(s) hijo(s)?
¿Ha tenido usted alguna cirugía en el seno?
¿Tiene alguna pregunta sobre la lactancia materna (dar el pecho)?
 Leche materna Fórmula No ha decidido
 No Sí No aplica
 No Sí
 No Sí
6. ¿Sigue usted alguna dieta especial? No Sí; (Haga una lista) _____
7. ¿Alguna vez ha deseado comer algo que no sea un alimento, tal como hielo, arcilla, tierra, almidón para ropa, jabón en polvo, papel o grava? No Sí; (Haga una lista) _____
8. ¿Tiene usted alergia a algún alimento? No Sí; (Haga una lista) _____
9. ¿Tiene usted actualmente o ha tenido algún trastorno de la alimentación, tal como pica severa, anorexia nerviosa, bulimia, etc.? No Sí; (Haga una lista) _____
10. ¿Ha tenido usted alguna operación para reducir la obesidad, tal como un cirugía bariátrica?
 No Sí; (Indique el nombre de la operación y la fecha) _____

EVALUACIÓN DE PLOMO



PATIENT LABEL

1. ¿Ha tenido usted alguna vez niveles de plomo altos en la sangre?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado usted fuera de los Estados Unidos en los pasados 12 meses? Sí es Sí ¿Dónde?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
3. ¿Usa usted cerámica, remedios caseros, especias, comida, dulces o maquillaje que son hechos en casa, o que no son vendidos en una farmacia regular, o son enviados de otro país?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
4. Algunas veces las mujeres embarazadas tienen el impulso de comer arcilla (barro), tierra, yeso, pedazos de pintura o de cerámica. ¿Ha comido usted alguna vez uno de estos, aunque sea por accidente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
5. Si usted contestó "sí" o "no sabe" a la pregunta #5a, siga y conteste a la pregunta #5b. Si usted contestó "no" a la pregunta #5a, pase a la pregunta #6. a) ¿Fue su casa construida antes de 1978? b) ¿Ha habido una remodelación en su casa donde se raspó o lijó algo?	SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Usted o miembros de su familia tienen un trabajo o pasatiempo que implique la posible exposición a plomo, como son la renovación de casas o trabajos con vidrios de color, cerámica, joyería, reparación de vehículos o fabricación de baterías/pilas o armas de fuego (proyectiles, balas o campos de tiro)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
7. ¿Con base en los resultados de una prueba de laboratorio, le han dicho que hay plomo en el agua de su casa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
8. ¿Alguno de sus hijos ha tenido un nivel alto de plomo en la sangre (>5 ug/dL)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>