

**CeltiCare Health Plan of Massachusetts (CeltiCare)
Start Smart for your Baby Prenatal Program**

This form is confidential. Please answer all the questions and return the form in the envelope provided. If you have any problems or questions please call 1-877-264-6520 TDD/TTY 1-866-614-1949. We may call you if we find that you are at risk for complications with your pregnancy. **When your answers are received, a gift will be mailed to you!**

A. Tell us about yourself:

Your Name: _____ Today's Date: _____
CeltiCare ID #: _____ Your Birth Date: _____
Address: _____ City/State/Zip: _____
Daytime Phone: _____ Other Phone: _____
Your Doctor's Name: _____ Your Due Date: _____
Who will be the doctor for your baby after you deliver? _____
Are you currently having financial problems (transportation, food)? Yes No
If "Yes" please explain. _____

B. Tell us about your pregnancy:

1. How many times have you been pregnant including now? _____
2. Are you having more than one baby? (Twins) Yes No
3. Have you been diagnosed with preterm labor or a weak cervix during this pregnancy?... Yes No
4. Are you having any other problems with your current pregnancy? Yes No
Please list.....
5. Have you had a baby that was born more than 3 weeks before your due date?..... Yes No
6. Have you had a late miscarriage or stillborn baby?.....Yes No How many?_____
7. Have you ever been told you have high blood pressure? Yes No
8. Have you ever been told you have Diabetes? Yes No
9. Have you or anyone in your family had blood clots in the legs or the lungs?..... Yes No
10. Do you have any problems with mental illness or depression?..... Yes No
11. Do you have any medical conditions not related to pregnancy
(such as Asthma, Sickle Cell etc.)?.....Yes No Please list.....
12. Have you been diagnosed with a sexually transmitted disease during this pregnancy?...Yes No
13. Do you smoke _____, drink alcohol _____, take street drugs, _____? If so, how much _____
14. Are you now or have you ever been a victim of physical or sexual abuse?..... Yes No
15. Are you planning on breast feeding? Yes No
16. Are you enrolled with WIC? Yes No
17. Do you have any other insurance coverage?..... Yes No
Please list _____
18. CeltiCare has my permission to use my health information to carry out treatment, payment, health care operations or other uses and disclosures required by law. CeltiCare has my approval to report my health information to the state agency (Connector Authority) to assist in gaining health care services, coverage and benefits that my condition may qualify me (or my child) for enrollment in..... Yes No

Please provide us with your email address if this is a good way for us to reach you or communicate with you.

Comments/Request for information: _____

**PARA LAS MIEMBROS
EMBARAZADAS**



**Programa Prenatal Start Smart for your Baby
de CeltiCare Health Plan of Massachusetts (CeltiCare)**

Este formulario es confidencial. Responda todas las preguntas y devuelva el formulario en el sobre proporcionado. Si tiene problemas o preguntas, no dude en llamar al 1-877-264-6520 TDD/TTY 1-866-614-1949. Es posible que le llamemos si consideramos que corre riesgo de complicaciones con su embarazo. **¡Cuando se reciban sus respuestas, se le enviará un regalo por correo!**

A. Infórmenos sobre usted:

Nombre: _____ Fecha actual: _____
No. ID de Medicaid: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Está en la forma de Medicaid)
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
No. de teléfono durante el día: _____ Otro No. telefónico: _____
Nombre de su médico: _____ Fecha de parto: _____
¿Quién será el médico que atenderá a su bebé después del parto? _____
¿Tiene actualmente problemas financieros (transporte, alimentos)? Sí No
Si la respuesta es "Sí" explique. _____

B. Infórmenos sobre su embarazo:

1. ¿Cuántas veces ha estado embarazada incluyendo este embarazo? _____
2. ¿Va a dar a luz a más de un bebé? (gemelos)..... Sí No
3. ¿Se le ha diagnosticado trabajo de parto prematuro o incompetencia cervical durante este embarazo?..... Sí No
4. ¿Tiene algún otro problema con su embarazo actual? Sí No
Enumérelos.....
5. ¿Ha dado a luz un bebé 3 semanas antes de la fecha probable de parto?..... Sí No
6. ¿Ha tenido algún aborto o bebé que nace muerto?..... Sí No ¿Cuántas veces? _____
7. ¿Se le ha dicho alguna vez que padece de hipertensión arterial? Sí No
8. ¿Se le ha dicho alguna vez que padece de diabetes? Sí No
9. ¿Ha padecido usted o alguien en su familia de coágulos sanguíneos en las piernas o en los pulmones?..... Sí No
10. ¿Padece de algún problema mental o depresión?..... Sí No
11. ¿Padece de alguna enfermedad no relacionada con el embarazo (tal como, asma, drepanocitosis etc.)?..... Sí No
Enumérelas.....
12. ¿Se le ha diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual durante este embarazo?..... Sí No
13. ¿Consumo tabaco __, alcohol __; drogas de venta callejera, __? De ser así, cuánto consume _____
14. ¿Es o ha sido víctima de abuso físico o sexual?..... Sí No
15. ¿Tiene planes de amamantar a su bebé? Sí No
16. ¿Está inscrita en el programa WIC? Sí No
17. ¿Tiene alguna otra cobertura de salud?..... Sí No
Enumérelas _____
18. CeltiCare tiene mi permiso para usar mi información de salud para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago, atención médica u otros usos y divulgaciones que la ley requiera CeltiCare tiene mi aprobación para reportar mi información de salud a la agencia estatal (Connector Authority) para asistir en la obtención de servicios de atención médica, cobertura y beneficios que mi afección puede hacerme elegible (o hacer elegible a mi niño) para inscripción en _____ Sí No
Sírvese proporcionarnos su dirección electrónica si es una buena forma de contactarla o comunicarnos con usted _____
Comentarios/solicitud de información: _____

