





Por favor, responda las siguientes preguntas para saber si algo en su vida podría afectarle a usted y/o la salud de su bebé. Sus respuestas son **confidenciales**. Usted puede calificar para servicios gratuitos de Sentara RMH Comunidad de Salud.

- SI / NO            1. Es este su primer hijo?
- SI / NO            2. Esta empleada?
- SI / NO/ NA       3. Su pareja tiene trabajo?
- SI / NO            4. Recibe servicios como Medicaid, WIC, TANF, o SNAP?
- SI / NO            5. Tiene vivienda estable?
- SI / NO            6. Es graduada de la escuela secundaria?
- SI / NO            7. Ha considerado o está considerando el aborto?    Ahora / Antes
- SI / NO            8. Alguna vez ha recibido servicios de salud mental o consejería?    Ahora / Antes
- SI / NO            9. Actualmente usa tabaco o cigarrillos?
- SI / NO            10. Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?    Ahora / Antes
- SI / NO            11. Ha considerado o está considerando regalar a un bebe para adopción?    Ahora/Antes
- SI / NO            12. Está experimentando problemas matrimoniales o con su pareja?
- SI / NO            13. Ha sentido ansiedad o depresión?    Ahora/Antes

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Nombre:</b>   | <b>Apellido:</b>   | <b>Fecha de Nacimiento:</b>   | <b>Edad:</b>  |
| <b>Raza:</b><br>___ Asiático   ___ Negro   ___ Multi-racial   ___ Blanco   ___ otro: _____                         |  |   | <b>Etnicidad:</b><br>___ Hispano   ___ No hispano             |
| <b>Dirección:</b><br>(calle)<br>(ciudad y código postal)   |  | <b>Estado civil:</b><br>Soltera            casada<br>Separada        divorciada | <b>Primer Idioma:</b>   |
| <b>Teléfono :</b><br><b>Correo electrónico:</b><br>Mejor hora para contactarme:<br>Recibe mensajes de texto? Si No | <b>Contacto de Emergencia:</b><br><br><b>Teléfono:</b><br><br><b>Es el padre del bebe?</b> Si No |   | <b>Fecha de Parto:</b><br><br><b>Primera visita prenatal:</b> |

Su firma nos permite hacer una referencia a y comunicarnos con los siguientes servicios: Sentara RMH Community Health Hand In Hand, Healthy Families (Blue Ridge, Page, Shenandoah), New Mom’s Ask A Nurse Support Group, VA Department of Health Baby Care Program (for Medicaid recipients), y el Community Services Board.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|          |                      |
|----------|----------------------|
| Agencia: | Persona de Contacto: |
|----------|----------------------|

Office use only: Date entered in CASIE \_\_\_\_\_ and Sharepoint \_\_\_\_\_ by (initials) \_\_\_\_\_