Plan de acción durante el embarazo

dell children's Health Plan

Llene este formulario y llévelo consigo a cada visita y en su bolsa de trabajo de parto. Esto le ayudará a obtener la ayuda que necesita cuando tenga a su bebé.

Información personal

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Medicaid ID: _____ ☐ **STAR** ☐ **CHIP** ☐ **CHIP Perinate**

Diagnósticos: _____ **Alergias:** _____ **Medicamentos:** _____

Contactos de emergencia

Contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Planifico dar a luz en: _____ **Fecha estimada:** _____ **Teléfono del hospital:** _____

Obstetra / Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Médico materno fetal / Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Médico primario / Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Especialista / Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Clínica de atención fuera de horario: _____ **Teléfono:** _____

Atención de urgencias: _____ **Teléfono:** _____

Departamento de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

¿Está experimentando nuevos síntomas y no está segura si algo anda mal? Es una buena idea informarle a su obstetra/ginecólogo acerca de su nuevo síntoma. También puede llamar a la Línea de ayuda de enfermería 24/7 al **1-855-712-6700.** Si cree que tiene una emergencia médica, llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si tiene pensamientos sobre lastimarse a sí mismo o a otra persona, llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencias más cercana.