

*Practice Name: _____

Practice Phone Number: _____

*Today's Date: ____/____/____

Date of next prenatal appointment: ____/____/____

Care Management for High-Risk Pregnancies (CMHRP) Pregnancy Risk Screening Form

Date of birth: ____/____/____

First name: _____ MI: _____

Last name: _____

*EDC: ____/____/____ Determined by what criteria: LMP 1st trimester U/S 2nd trimester U/S

Height: ____ft ____in Pre-pregnancy weight: _____ Gravidity: _____ Parity: _____T_____P_____A_____L

Insurance type: Medicaid (includes Presumptive) Private None

Medicaid ID#: _____ PHP Name: _____

*CURRENT PREGNANCY

- Multifetal Gestation
Fetal complications:
Fetal anomaly
Fetal chromosomal abnormality
Intrauterine growth restriction (IUGR)
Oligohydramnios
Polyhydramnios
Other(s): _____

- 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 in 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
Preeclampsia
Gestational hypertension
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)
Non-English speaking
Primary language: _____
Positive depression screening
Tool used: _____
Score = _____

*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 membranes

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

- Low birth weight (<2500g)
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 care management

Reason(s): _____

Provider Comments/Notes: _____

*Person Completing Form: _____

*Credentials: _____

*Signature: _____

For LHD Use Only: Date RSF was received: _____

*Date RSF was entered: _____

*Required fields

Version 2 (Rev. 12/01/2020) Submit completed form to the CMHRP staff at the local health department in the patient's county of residence.

Formulario de Evaluación de Riesgo del Embarazo

Por favor 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
Educación: <input type="checkbox"/> Diploma Menos de secundaria	<input type="checkbox"/> GED o Diploma de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad		
<input type="checkbox"/> Alguna educación superior				

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.
 - Yo NUNCA he fumado, o he fumado MENOS DE 100 cigarrillos en toda mi vida
 - Yo dejé de fumar ANTES de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora
 - Yo dejé de fumar DESPUES de darme cuenta que estaba embarazada, y no fumo ahora
 - Yo fumo un poco ahora, pero he reducido la cantidad de cigarrillos que fumo desde que me di cuenta que estaba embarazada
 - 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

*Required fields

Version 2 (Rev. 12/01/2020) Submit completed form to the CMHRP staff at the local health department in the patient's county of residence.