

**UMATILLA-MORROW HEAD START –
PRENATAL HEALTH HISTORY –PRENATALES HISTORIAL DE SALUD**

NAME/NOMBRE: _____ **D.O.B/F. de N.:** _____ **CENTER:** _____

What is your expected delivery date? _____	¿Cuál es su fecha para dar a luz? _____
Have you received prenatal care? Yes No	¿Ha recibido cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Name of doctor or Clinic: _____	Nombre del doctor o Clínica: _____
In which month of your pregnancy did you first receive prenatal care? _____	¿En que mes de su embarazo recibió usted su primer cuidado prenatal? _____
Date of most recent prenatal visit: _____	Fecha de su visita prenatal mas reciente: _____
How many prenatal visits have you had? _____	¿Cuántas visitas prenatales ha recibido? _____
How many times have you been pregnant prior to this pregnancy? _____	¿Cuántas veces ha estado embarazada antes de este embarazo? _____
How many children have you given birth to? _____	¿A cuantos niños ha dado luz? _____
Do you currently take any medications? Yes No If yes, what medication? _____	¿Toma actualmente algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, que medicina? _____
Did you drink beer, wine or hard liquor before you were pregnant or now? _____	¿Había bebido cerveza, vino o licor fuerte antes del embarazo o ahora? _____
Do you or anyone in your home smoke? Yes No	¿Fuma usted o alguien en su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Have you used any illicit drugs during this pregnancy? Yes No	¿Ha usado usted algunas drogas ilícitas durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Comments(Comentarios): _____

Have you had any of the following complications? ¿Ha tenido algunas de las siguientes complicaciones?

Current Pregnancy	YES	NO	Embarazo Actual	SI	NO
Hypertension			Hipertensión		
Anemia/Low hemoglobin			Anemia/Hemoglobina baja		
Diabetes			Diabetes		
Other Medical Conditions			Otras Condiciones Medicas		
Stress/Anxiety			Estrés/Ansiedad		
Depression			Depresión		

Please explain any "YES" answers/Favor de explicar cualquier respuesta marcada "SI": _____

NUTRITION	YES	NO	NUTRICIÓN	SI	NO
Do you take prenatal vitamins?			¿Toma vitaminas prenatales?		
Are you a WIC recipient?			¿Es participante del WIC?		
Do you plan to breastfeed your infant?			¿Tiene planes de alimentar con pecho a su infante?		

Comments(Comentarios): _____

ORAL HEALTH	YES	NO	SALUD ORAL	SI	NO
Are you currently receiving dental care?			¿Esta actualmente recibiendo cuidado dental?		
Who is your dental provider? _____	X	X	¿Nombre de su proveedor de cuidado dental? _____	X	X
Do you have any untreated tooth decay?			¿Tiene caries dental que no se ha atendido?		

Comments(Comentarios): _____

Do you have any concerns about this pregnancy?/¿Tiene alguna preocupación acerca de este embarazo?: _____

Signature/ Firma: _____ **Date/Fecha:** _____