

B4 Babies Contact, Provider, and Referral Questions

Name: _____ Date: _____

Phone: _____ Can B4 Babies leave voicemail at this number? Yes No

Email: _____ Preferred method of contact: Phone Email

Provider Questions

1. Do you have a doctor or a midwife for prenatal care? Yes No

If yes, who is it? _____

If you do not have a provider...

2. Which do you prefer? Doctor Midwife I don't have a preference

3. Do you care if your provider is a male or female? Male Female I don't have a preference

4. Where would you like to deliver your baby?

St Mary's Hospital Community Hospital Birth Center Other: _____

Referral Questions

5. Do you have a Dentist? Yes No

a. If no, would you like a referral to Marillac Dental? Yes No

6. Do you receive WIC? Yes No

a. If no would you like more information? Yes No

8. Have you used tobacco products within the past 6 months? Yes No

9. Is this your first pregnancy? Yes No

a. If yes, would you like information on having a personal nurse from Nurse Family Partnership? Yes No

10. Would you be interested in receiving information about our free Moms and Dads Groups? Yes No

Please circle any topics about which you would like more information.

Morning Sickness/ Nausea

Exercise

Childbirth Classes

Daycare

Nutrition

Car Seats

Dental

Prenatal Vitamins

Baby Blues/ Post-Partum Depression

Other _____

B4 Babies Contact, Provider, and Referral Questions

Nombre: _____ Fecha: _____

No de teléfono: _____ ¿Está bien dejar mensajes en éste número? Sí No

Email: _____ Método preferido para contactarla: Teléfono Email

Proveedor

1. ¿Tiene usted un médico o partera para los servicios prenatales? Sí No

Si sí, ¿quién es? _____

Si **no** tiene proveedor...

2. ¿Prefiere médico o partera? Indique uno: *Médico* *Partera* *No tengo preferencia*

3. ¿Prefiere un proveedor que sea hombre o mujer? Indique uno: *Hombre* *Mujer* *No tengo preferencia*

4. ¿Dónde prefiere tener a su bebé? Indique uno:

St Mary's Hospital *Community Hospital* *Birth Center* *Otro:* _____

Referencias

5. ¿Tiene dentista? Sí No

Si no, ¿quiere que la referimos a la clínica Marillac? Sí No

6. ¿Recibe los servicios WIC? Sí No

Si no, ¿quiere que la referimos a WIC? Sí No

8. Dentro de los últimos 6 meses, ¿ha usado tabaco? Sí No

9. ¿Es la primera vez que está embarazada? Sí No

a. Si sí, ¿quiere más información sobre tener una enfermera personal durante y después de su embarazo, un servicio del programa Nurse Family Partnership (NFP)? Sí No

10. ¿Le gustaría recibir información sobre nuestros grupos gratis de madres y padres? Sí No

Indique todos los temas sobre los cuales le gustaría recibir más información.

Náuseas matutinas

Ejercicio

Clases de Educación de Parto

Guardería

Alimentación

Servicios dentales

Vitaminas Prenatales

Sillas Infantiles

Depresión postparto

Otro _____