MEDICAL INFORMATION/*INFORMACIÓN MEDICA*
This card is not intended to replace the medical record.

REPRODUCTIVE HISTORY/*Historia Reproductiva*

Gravida: _____ Para: _____ TAB: _____ SAB: _____
Live Births: _____ Fetal Deaths: _____ Preterm: _____ Term: _____

Previous Deliveries/*Historia de Partos*			
Date	**Method of Delivery**	**Birth Weight**	**Complications/Anesthesia/Hospital**

Remember – smoking cigarettes, drinking alcohol and using drugs can be very dangerous for your baby. Please talk to your provider about any tobacco, alcohol, drugs or other medicines that you are using.
Recordatorio – el fumar cigarrillos, tomar alcohol, y usar drogas puede ser muy peligroso para su bebé. Por favor hable con su doctor sobre el tabaco, alcohol, drogas, o medicinas que usted este usando.

DATING & ULTRASOUND
Ultrasonidos

Last menstrual period:_____
Fecha de su ultima menstruación

Estimated Due Date:_____
Fecha aproximada del parto

Revised Due Date:_____

Date	Weeks	Findings

MEDICAL & OB/GYN
Historia Medica

Allergies:_____

Problem List/Medications

Birth Control Plans:_____

PRENATAL LABS/*Examenes Prenatales de Laboratorio*

Labs	Date	Result
Blood Type		
ABS Screen		
Rhogam		
HGB/HCT		
HGB/HCT		
Hbg Elect.		
1 hr GTT		
3 hr GTT		
3 hr GTT		
3 hr GTT		
3 hr GTT		

Labs	Date	Result
Rubella		
RPR		
HbsAG		
GC		
CT		
PPD		
CXR		
AFP		
Amino		
UA/Culture		
Pap		
GBS		

HIV Screening done ❑
Hx UTI: Tx date:_____
Hx UTI: Tx date:_____
Hx CT: Tx date:_____
Hx CT: Tx date:_____

HOSPITAL VISIT NOTES (ER/Triage/Labor & Delivery)
Notas de Sus Visitas al Hospital
(To be filled out by Hospital Nurse)

Date	Hospital	Summary/Lab Work

PRENATAL APPOINTMENTS/*Citas Prenatales*

Pre-pregnancy Weight:_____ Height:_____
Peso antes del embarazo *Estatura*
Transfer of prenatal care: From:_____ To:_____

Date	BP	Wt.	Next Appointment/ *Próxima Cita*

Date	BP	Wt.	Next Appointment/ *Próxima Cita*

MY PREGNANCY RECORD/*Registro de mi Embarazo*

Name/*Nombre:*_____ Birthday:_____
Medical Record/Insurance/*Seguro:*_____
Emergency Contact/*Contacto de emergencia:*_____
Clinic/Provider: _____ Location: _____
Phone/*Teléfono*: _____ Fax #:_____
Planned Pediatrician:_____
Translation Required ❑ Language/*Idioma:*_____

Mother To Be: This is your prenatal care card. This card is an important way for your clinic to communicate with the hospital. Please bring it to your clinic and hospital visits and show it to your nurse or doctor.
Futura Madre: *Esta es su tarjeta de su cuidado prenatal. Esta tarjeta es muy importante para la comunicion entre la clinica y el hospital. Por favor lleve esta tarjeta a cada cita en la clinica o hospital y presentela a su enfermera o doctor cada vez que vaya.*

This card is not intended to replace the medical record.

LABOR & DELIVERY/*Parto y Nacimiento*
(To be filled out by Labor & Delivery/ Postpartum Nurse)

Baby's Name/ *Nombre del Bebé:*_____
Date of Birth:_____ Time of Birth:_____ AM/PM
Fecha de nacimiento *Hora del parto*
Sex/*Sexo:*_____ Gestational Age:_____ Apgars:_____
Type of Delivery:_____ Anesthesia:_____
Delivery Hospital:_____ Delivered by:_____
Complications with Labor, Birth, or Surgery:_____
_____
_____
Lacerations/Episiotomy:_____ EBL:_____
Delivery Hospital:_____ Delivered by:_____

Postpartum Medications/Treatments			
Depo:	TL:	RhoGam:	Rubella:

PHONE NUMBERS/*Números de Teléfono*

Advice Nurse/*Enfermera de aviso:*_____
Clinic Number/*Número de la clínica:*_____
Hospital Labor & Delivery/*Hospital, Sala de Partos:*
Name/*Nombre:*_____ Phone/*Teléfono:*_____

Breastfeeding Advice: _____ Black Infant Health:_____
Domestic Violence: _____ Rape Crisis Center:_____
Substance Abuse:_____ WIC:_____
_____
_____
_____

Produced by the Contra Costa FIMR Program with support from the March of Dimes.
Revised 9/04

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL EMBARAZO
Llame a su proveedor de servicios de salud inmediatamente si siente lo siguiente:

Señales de Peligro Durante el Embarazo	**Señales de Parto Temprano**
• Fiebre o escalofrios • Hinchazón repentina de la cara y manos • Nauseas severa y vómitos • Hemorragia vaginal • Mareos • Dolores de cabeza continuos o fuertes • Cambios en la visión • Dolor o calambres abdominales • Dolor al orinar • Agua goteando o emanando de la vagina • Golpes o lesiones en el abdomen • Caídas o accidentes	• Contracciones más de 5 veces en una hora (sienta como que los músculos se le están cerrando herméticamente y después relajando cuando se pone la mano sobre el abdomen). • Siente dolor o presión en la parte baja de la espalda. • Siente dolor o presión en la parte baja del abdomen, muslo o área vaginal. • Siente dolor de estómago o retortijones (como se ve acuosa). • Cambios en su secreción vaginal (se vuelven más mucosas, mucosas con sangre, o la mucosa

Contando las patadítas después de las 28 semanas: Siéntese o acuéstese con las manos en el estómago. Cuente las patadítas de su bebé o sus movimientos (no los hipos). Si usted no siente 10 movimientos en una hora, tome o coma algo, trate de nuevo de sentir los movimientos por una hora más. Si usted no siente 10 movimientos en la segunda hora, **llame a su proveedor de servicios de salud inmediatamente.**

IMPORTANT PREGNANCY INFORMATION
Call your health care provider if you experience any of these signs:

Danger Signs of Pregnancy	**Signs of Preterm Labor**
• Fever or chills • Sudden swelling in face or hands • Severe nausea and vomiting • Bleeding from vagina • Dizziness • Severe or ongoing headaches • Change in vision • Abdominal pain or cramps • Pain when urinating • Gush or leaking of water from vagina • Injury or blow to abdomen • Falls or accidents	• Contractions more than 5 times in an hour- feels like muscles tightening and then relaxing when you rest your hand on your stomach. • Lower backache pain or pressure. • Pain or pressure in lower abdomen, thigh or vaginal area. • Stomach ache or cramps (like menstruation) with or without diarrhea. • Change in vaginal secretions – more mucous, bloody mucous, or more watery mucous.

Kick counts after 28 weeks: Sit or lie down with your hands on your belly. Count your baby's kicks or movements (not hiccups). If you do not feel 10 movements in one hour, have a healthy drink or snack and begin counting again. If you do not feel 10 movements in the second hour, **call your health care provider immediately.**