



**Plan de Salud Menonita, Inc.
Certificación Obstétrica de Cubierta Especial**

El beneficio de Cubierta Especial está diseñado para brindar servicios a los beneficiarios con necesidades especiales de atención médica causadas por enfermedades graves. Para registrar a los beneficiarios en los beneficios de Cubierta Especial, complete y envíe este formulario y toda la información requerida que se encuentra en el Anejo de Condición Especial para cada condición y enviarlo al Fax 787-332-0923. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros al 1-855-297-0140.

Formulario de Registro de Obstetricia		
Nombre de la Beneficiaria:	Número de ID Beneficiaria:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Teléfono:
Fecha de Prueba Positiva de Embarazo:	LMP:	EDC:
Información del Ginecólogo		
Nombre de Ginecólogo:		
Teléfono:		Fax:
Fecha de Primera Cita Prenatal:		
Condiciones de Alto Riesgo en el Embarazo		
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Parto Prematuro <input type="checkbox"/> Condiciones Respiratorias <input type="checkbox"/> Náusea y Vómitos en Exceso <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ningún Problema con el Embarazo Actual		
Otro Historial Clínico		
Firma del Proveedor:		Fecha:

Complete este formulario y envíelo por fax a PSM dentro de los 7 días de la primera visita prenatal.

