



29 North Wacker Dr., Suite 300  
Chicago, IL 60606



**We will enroll you into the Hugs program once we receive this form.**  
**You may also call the Harmony Hugs line at 1-866-776-9876.**

Please check if you want to receive information about the Prenatal Rewards Program

**Harmony ID Number** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Birth date** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_

**ZIP** \_\_\_\_\_ **County** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

When is your due date? \_\_\_\_\_

How many times have you been pregnant? \_\_\_\_\_ How many children do you have? \_\_\_\_\_

If you have been pregnant before, did you have any problems with your previous pregnancies? And what were they (premature or full-term, vaginal or C-section delivery, miscarriage, abortion, etc.)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

When did you start your prenatal care? (Circle) 1<sup>st</sup> trimester 2<sup>nd</sup> trimester 3<sup>rd</sup> trimester

Who are you seeing for prenatal care? \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

What hospital are you delivering at? \_\_\_\_\_

Do you have any health concerns that might put you at risk during this pregnancy? If so, please describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Do you have any other needs or concerns that may be affect you or your family during this pregnancy? If so, please describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLEASE MAIL BACK USING PRE-PAID ENVELOPE**

**La inscribiremos en el programa Hugs una vez que recibamos este formulario. También puede llamar a la línea de Harmony Hugs al 1-866-776-9876.**

Por favor marque esta casilla si desea recibir información sobre el Programa Prenatal de Recompensas

Número de ID de Harmony \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños tiene? \_\_\_\_\_

Si usted ha estado embarazada anteriormente, ¿tuvo algún problema con sus embarazos anteriores? ¿Cuáles fueron esos problemas? (nacieron prematuros o a término, por parto vaginal o por cesárea, aborto involuntario, aborto inducido, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó su cuidado prenatal? (Marcar una opción)

1.<sup>er</sup> trimestre    2.<sup>o</sup> trimestre    3.<sup>er</sup> trimestre

¿A quién consulta para su cuidado prenatal? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿En qué hospital se internará para el parto? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud de salud sobre algo que podría ponerla en riesgo durante este embarazo? Si es así, por favor descríbala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra necesidad o inquietud que pueda afectarla a usted o a su familia durante este embarazo? Si es así, por favor descríbala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVÍE POR CORREO EN EL SOBRE CON PORTE POSTAL PAGO**