¡Inscribirse es fácil!

Solo envíe su formulario de inscripción completo en línea o entréguelo en su unidad local de salud pública o en la clínica de maternidad del hospital en persona, por correo o por fax al: 604-918-7491

Unidades locales de salud pública

Abbotsford:
104-34194 Marshall Rd
604.864.3400

Agassiz:
Box 104, 7243 Pioneer Ave
604.793.7160

Burnaby:
300-4946 Canada Way
604.918.7605

Chilliwack:
45470 Menholm Rd
604.702.4900

North Delta:
11245 84 Ave
604.507.5400

South Delta:
1826-4949 Canoe Pass Way
604.952.3550

Hope:
Box 176, 444 Park St
604.860.7630

Langley:
101-6470 201 Street
604.539.2900

Maple Ridge:
400-22470 Dewdney Trunk Rd
604.476.7000

Mission:
1st Floor 7298 Hurd Street
604.814.5500

New Westminster:
218-610 Sixth St
604.777.6740

Cloverdale:
205-17700 56 Ave
604.575.5100

Guildford:
100-10233 153 St
604.587.4750

Newton:
200-7337 137 St
604.592.2000

North Surrey:
220-10362 King George Blvd
604.587.7900

Tri-Cities:
200-205 Newport Dr
604-949-7200

White Rock:
15476 Vine Ave
604.542.4000

Inscríbase GRATIS al programa de mensajes de texto SmartParent: www.smartparentcanada.ca

Catalogue #268366 (May 2023)
For more copies patienteduc.fraserhealth.ca

spryberry.co

www.fraserhealth.ca

fraserhealth

Spanish

Best for a healthy future
BEGINNINGS
• Programa de salud pública •

Formulario de inscripción

¡Inscribirse al programa de salud pública Best Beginnings es fácil!

Alentamos a todas las personas embarazadas que viven en Fraser Health a inscribirse en el programa Best Beginnings al principio del embarazo.

¿Cómo me inscribo en Best Beginnings?

1. Solo entre a la página web Best Beginnings de Fraser Health en fraserhealth.ca/pregnancy y llene y envíe el sencillo formulario de inscripción en línea.

O

2. Llene este formulario de inscripción impreso y llévelo a su unidad local de salud o a la clínica de maternidad del hospital (vea la información de contacto de la unidad de salud en la contraportada).

¿Qué pasará después de inscribirme?

- La información que proporcione en el formulario de inscripción formará parte de su expediente médico confidencial.
- Un miembro del personal de enfermería de salud pública revisará su formulario de inscripción completado.
- Recibirá un paquete con información útil por correo postal.
- Algunas personas recibirán una llamada del personal de enfermería de salud pública para conectarlas con recursos y ayudas útiles.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con su unidad local de salud pública (consulte los números de teléfono en la contraportada) o entre a nuestra página web: **fraserhealth.ca/pregnancy**

fraserhealth

for a healthy future
BEGINNINGS
• Programa de salud pública •

fraserhealth

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PRENATAL

(Escriba con letra de molde)

Gracias por inscribirse al programa Best Beginnings de Fraser Health.
El personal de enfermería de salud pública revisará la información que nos proporcione.
Esta información formará parte de su expediente médico confidencial.
Algunas personas recibirán una llamada del personal de enfermería de salud pública para conectarlas con recursos y ayudas útiles.
Todas las personas que llenen la inscripción recibirán un paquete con información sobre el embarazo.

SU NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO (POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE. GRACIAS)					
Fecha de hoy año/mes/día			Número de la tarjeta del servicio médico		
Apellido		Nombre		Nombre preferido	
Dirección postal		Ciudad		Código postal	
Números telefónicos	Casa:	Celular:		Correo e.:	
¿En qué teléfono es mejor localizarle? ☐ Casa ☐ Celular			¿Está bien dejar un mensaje de correo de voz?	☐ Sí	☐ No
Si no tiene teléfono, ¿cómo podemos localizarle?			¿Está bien enviar un mensaje de texto o correo de voz?	☐ Sí	☐ No
¿A qué hora es mejor llamarle? ☐ A cualquier hora ☐ Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ No disponible por teléfono durante el día					

SU EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA				
Nombre de su médico/a, enfermero/a facultativo/a o partero/a		Ciudad	Teléfono # (opcional)	
Nombre del hospital en el que planea dar a luz a su bebé				
¿Cuántos meses de embarazo tenía en su primera visita prenatal a su médico/a, enfermero/a facultativo/a o partero/a?	☐ 1-3 meses	☐ 4-6 meses	☐ 7-9 meses	
¿Asiste o planea asistir a clases de educación prenatal?			☐ Sí	☐ No
¿Está asistiendo a alguno de los programas de difusión o apoyo para el embarazo que se enumeran a continuación?	☐ Sí	☐ No	En caso afirmativo, marque a continuación la casilla correspondiente	
☐ Programa POPS	☐ Best For Babies	☐ Kla-how-eya Aboriginal Centre	☐ Maxxine Wright Community Health Centre	
☐ Better Beginnings	☐ Healthy Babies	☐ Healthiest Babies Possible	☐ Otro (Nombre o programa)	

INFORMACIÓN SOBRE USTED				
Su fecha de nacimiento año/mes/día		Su edad		
¿Cuál es su fecha prevista de parto? año/mes/día		¿Cuántas semanas de embarazo tiene hoy? _____semanas		
Con este bebé, ¿será madre/padre por primera vez?	☐ Sí	☐ No		
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Canadá?	☐ Nací en Canadá	☐ Menos de 5 años	☐ 5-10 años	☐ Más de 10 años
¿Llegó a Canadá como refugiado/a?	☐ Sí	☐ No		
¿Necesitaría un intérprete para hablar con el personal de enfermería?	☐ Sí	☐ No		
Si necesita un intérprete, ¿qué idioma habla?	☐ Punyabí ☐ Mandarín ☐ Cantonés ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tagalo ☐ Francés ☐ Vietnamita ☐ Farsi ☐ Otro (nombre del idioma)			
¿Desea especificar su patrimonio indígena?	☐ Sí	☐ No	En caso afirmativo, ☐ Primeras Naciones ☐ Inuit o ☐ Métis	
¿Desea especificar su grupo racial?	☐ Sí	☐ No	En caso afirmativo, ☐ Latino ☐ Medio Oriente ☐ Raza mixta ☐ Asiático del este ☐ Sudasiático ☐ Asiático del sudeste ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otro (especifique) _____	
¿Terminó el bachillerato (preparatoria)?	☐ Sí	☐ No		
¿Tiene a alguien con quien pueda hablar cuando algo le molesta o preocupa, o simplemente cuando necesita hablar?			☐ Sí	☐ No
¿Tiene a alguien que pueda ayudarle con el transporte, la vivienda, el cuidado infantil u otras necesidades personales?			☐ Sí	☐ No
¿Le resulta muy difícil vivir con los ingresos totales de su hogar?			☐ Sí	☐ No
¿Recibe ayuda con sus ingresos (p. ej., por discapacidad, asistencia en materia de ingresos, seguro de empleo) o asistencia con las primas del seguro médico de B.C.?			☐ Sí	☐ No
Durante el último mes, ¿ha sentido a menudo tristeza, depresión o falta de esperanza?			☐ Sí	☐ No
Durante el último mes, ¿ha sentido a menudo falta de interés o placer en hacer cosas?			☐ Sí	☐ No
Por favor, marque **UNA** de las casillas sobre tabaco/vapeo	☐ Nunca he fumado cigarrillos/vapeado		☐ Actualmente fumo cigarrillos/vapeo	
	☐ Dejé de fumar/vapear hace menos de 1 año		☐ Dejé de fumar/vapear hace más de 1 año	
¿Con qué frecuencia fuma/vapea la gente a su alrededor?	☐ Diario	☐ Cada semana	☐ Cada mes	☐ Menos de una vez al mes	☐ Nunca
¿Piensa alimentar a su bebé con leche materna/pecho?	☐ Sí	☐ No	☐ Aún no está decidido		

INSCRÍBASE PARA RECIBIR NUESTROS BOLETINES ELECTRÓNICOS Y MENSAJES DE TEXTO DE SMARTPARENT
¿Desea inscribirse para recibir mensajes de SmartParent? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, entre a www.smartparentcanada.ca
¿Desea inscribirse para recibir nuestros boletines electrónicos de Best Beginnings? ☐ Sí ☐ No