

Mejorando los resultados de los embarazos

EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

REQUERIDO

Formulario de remisión inicial

*** Fecha de la remisión**

Datos del participante

- -

***Apellido** *** Primer nombre** *** Fecha de nacimiento** - -

*** Calle y número** *** Ciudad**

*** Código postal** *** Condado**

Identificación del participante

*** Idioma principal** (Elija uno)
 Inglés
 Español
 Otro

*** Raza** (Elija uno)
 Negra
 Blanca
 Asiática
 India americana

*** Etnicidad** Hispana Sí No
 Multi-Racial
 Natural de Alaska/de las islas del Pacífico
 Otra

*** Seguro médico** (Seleccione todo lo que corresponda)
 Medicaid PE Medicare
 Medicaid MC Comercial/Privado
 NJ Family Care Sin seguro/
 Pago por cuenta propia

Información de contacto del participante

- -

*** Número de teléfono principal**

- -

Número de teléfono alternativo

Dirección de correo electrónico

Método preferido de comunicación

(Elija uno)
 Número de teléfono principal
 Número de teléfono alternativo
 Correo electrónico
 Texto

*** ¿A qué número de teléfono podemos enviar mensajes de texto?**
 Teléfono principal Ninguno
 Teléfono alternativo

Datos sobre la familia

¿Casado(a)? Sí No

*** # de niños en el hogar**

Fecha(s) de nacimiento de los niños que necesitan servicios

| Nombre del niño(a) | Relación |
|---|----------------------|
| 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> |

El/la participante es... (Elija una)

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Mujer en estado de preconcepción No tiene hijos y nunca ha estado embarazada | <input type="radio"/> Mujer embarazada * ¿Madre primeriza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No * ¿Recibe atención prenatal? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No * Fecha prevista del parto <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mujer entre una concepción y otra Ha estado embarazada anteriormente pero no lo está en la actualidad. (No importa si la mujer tiene hijos o no). * ¿Madre primeriza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Hombre * ¿Es usted padre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No * ¿Padre primerizo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Su hijo(a) vive con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
|---|--|--|--|

Razón para la remisión - Necesidades de mi familia

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atención primaria para mí | <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo a los padres |
| <input type="checkbox"/> Atención primaria para mis hijos | <input type="checkbox"/> Apoyo a domicilio para padres (visitas domiciliarias) | <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Atención prenatal | <input type="checkbox"/> Asistencia de enlace a los servicios (CHW) | |

Datos de la agencia remitente

*** Nombre de la agencia remitente**

*** Nombre de la agencia remitente** **Teléfono** - -

Dirección de correo electrónico **Número de extensión**

Comentarios

*** Consentimiento del/de la participante**
 Acepto que la información que proveo en este referido inicial puede ser compartida con "Central Intake" de mi condado. Acepto ser contactado/a por el personal de "Central Intake" que me conectara a mí y/o mi familia a servicios de apoyo.

Consentimiento oral obtenido

Firma del participante *En letra de imprenta*

Los/las participantes menores de 18 años entienden que lo mejor para ellos es incluir a un adulto de confianza en la decisiones relacionadas con su salud.

Solo para uso del programa

Date Pregnancy Test Given
 - -

Pregnancy Test Positive?
 Yes No

Outreach Type
 Agency Door to Door
 Self
 Event (Specify)