

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 *** Método preferido de comunicación** **Datos sobre la familia**

_____ *** Número de teléfono principal** _____ **¿Casado(a)?** Sí No *** # de niños en el hogar** _____

_____ **Número de teléfono alternativo** _____ **Fecha(s) de nacimiento de los niños que necesitan servicios** _____ **Nombre del niño(a)** _____ **Relación** _____

_____ **Dirección de correo electrónico** _____ **¿A qué número de teléfono podemos enviar mensajes de texto?** _____

Número de teléfono principal
 Número de teléfono alternativo
 Correo electrónico
 Texto
 Teléfono principal Ninguno
 Teléfono alternativo

1. _____ / _____ / _____
2. _____ / _____ / _____
3. _____ / _____ / _____

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

<input type="radio"/> Mujer en estado de preconcepción	<input type="radio"/> Mujer embarazada	<input type="radio"/> Mujer entre una concepción y otra	<input type="radio"/> Hombre
<i>No tiene hijos y nunca ha estado embarazada</i>	* ¿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 _____ - _____ - _____	<i>Ha estado embarazada anteriormente pero no lo está en la actualidad. (No importa si la mujer tiene hijos o no).</i> * ¿Madre primeriza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	* ¿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

___ Atención primaria para mí	___ Beneficios públicos	___ Grupo de apoyo a los padres
___ Atención primaria para mis hijos	___ Apoyo a domicilio para padres (visitas domiciliarias)	___ Otra _____
___ Atención prenatal	___ 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 _____

Solo para uso del programa

Date Pregnancy Test Given
_____ - _____ - _____

Pregnancy Test Positive?
 Yes No

Outreach Type
 Agency Door to Door
 Self
 Event (Specify) _____

*** Consentimiento del/de la participante**
Acepto que la información que provee 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 _____
Firma _____ *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.