



Monmouth and Ocean County Formulario de referido inicial

EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

REQUERIDO

*** 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) <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro _____	* Raza (Elija uno) <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> India americana	* Etnicidad Hispana <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Multi-Racial <input type="radio"/> Natural de Alaska/de las islas del Pacifico <input type="radio"/> Otra _____	* Seguro médico (Seleccione todo lo que corresponda) <input type="radio"/> Medicaid PE <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid MC <input type="radio"/> Comercial/Privado <input type="radio"/> NJ Family Care <input type="radio"/> Sin seguro/ Pago por cuenta propia
---	--	--	--

Información de contacto del participante * Método preferido de comunicación

* Número de teléfono principal ____ - ____ - ____	* Número de teléfono alternativo ____ - ____ - ____	Dirección de correo electrónico _____	Método preferido de comunicación (Elija uno) <input type="radio"/> Número de teléfono principal <input type="radio"/> Número de teléfono alternativo <input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Texto	* ¿A qué número de teléfono podemos enviar mensajes de texto? <input type="radio"/> Teléfono principal <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Teléfono alternativo	Datos sobre la familia ¿Casado(a)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No * # de niños en el hogar _____ Fecha(s) de nacimiento de los niños que necesitan servicios _____ Nombre del niño(a) _____ Relación _____
---	---	---	---	--	---

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

<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"/> Servicios de soporte de recuperación
<input type="checkbox"/> Atención prenatal	<input type="checkbox"/> Asistencia de enlace a los servicios (CHW)	<input type="checkbox"/> Otra _____

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 _____
Firma _____ En letra de imprenta _____

Los 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) _____