EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

Central Jersey Family Health Consortium

Mejorando los resultados de los embarazos

Formulario de remisión inicial

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)*
- ○ Inglés
- ○ Español
- ○ Otro _____

*** Raza** *(Elija uno)*
- ○ Negra
- ○ Blanca
- ○ Asiática
- ○ India americana
- ○ Multi-Racial
- ○ Natural de Alaska/de las islas del Pacífico
- ○ Otra _____

*** Etnicidad** Hispana ○ Sí ○ No

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

Información de contacto del participante

* Número de teléfono principal ___ - ___ - ___

Número de teléfono alterno ___ - ___ - ___

Dirección de correo electrónico _____

*** Método preferido de comunicación** *(Elija uno)*
- ○ Número de teléfono principal
- ○ Número de teléfono alterno
- ○ Correo electrónico
- ○ Texto

*** ¿A qué número de teléfono podemos enviar mensajes de texto?**
- ○ Teléfono principal ○ Ninguno
- ○ Teléfono alterno

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. ___ / ___ / ___		
2. ___ / ___ / ___		
3. ___ / ___ / ___		

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

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

Razón para la remisión - Necesidades de mi familia

- ___ Atención primaria para mí
- ___ Atención primaria para mis hijos
- ___ Atención prenatal
- ___ Beneficios públicos
- ___ Apoyo a domicilio para padres (visitas domiciliarias)
- ___ Asistencia de enlace a los servicios (CHW)
- ___ Grupo de apoyo a los padres
- ___ 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

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 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/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.

Fax: (732) 937-5540

Rev 092016

© Family Health Initiatives 2500 McClellan Ave, Ste 270 Pennsauken, NJ 08109