

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**

(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. ____/____/____

* Número de teléfono principal _____

Número de teléfono alterno _____

Dirección de correo electrónico _____

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	☐ 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**

Doy consentimiento en dar la información solicitada aquí y en que se envíe en la remisión a las agencias de servicios disponibles en mi comunidad. Estoy de acuerdo en que se comuniquen conmigo y en que el personal de Servicios en la comunidad se comuniquen conmigo o la agencia a la que se me remitió para ayudarme con mi atención.

☐ 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.

Fax: 862-763-9222 Teléfono: 973-621-9157
Correo electrónico: info@essexpregnancyandparenting.org



Essex Pregnancy and Parenting Connection (EPPC) es parte de una iniciativa del estado de NJ...trabajando con familias antes y durante el embarazo, infancia y niñez temprana.

EPPC vincula a las familias con una serie de servicios de apoyo en el condado de Essex. Las personas referidas serán contactadas para obtener información adicional y luego serán conectadas con los recursos y programas necesarios, incluyendo, pero no limitados:

- **Servicios de Visitas al Hogar:** Ofrecen apoyo gratis y voluntario en el hogar a familias que están esperando un bebe y aquellas con niños pequeños. Las visitas son diseñadas de acuerdo a las metas/necesidades de la familia; incluyen información y evaluaciones del desarrollo del niño, actividades entre padres e hijo(s) y preparación escolar, recurso y referidos, y actividades grupales.
- **Healthy Start:** Provee talleres de educación de salud, administración de causas y referidos para servicios sociales, educación para padres, evaluaciones y consejería, y actividades grupales a mujeres embarazadas y padres con hijos hasta la edad de 2 años
- **Trabajadores Comunitarios** (Iniciativa Para Mejorar los Resultados del Embarazo - de la organización SPAN): Provee recursos y referidos para varios servicios, administración de causas a corto plazo, apoyo/abogacía, entrenamiento de mentores/tutoría, y educación/grupos de apoyo.
- **Centros de Éxito/Apoyo Familiar:** Proveen recursos y apoyo familiar para evitar cualquier crisis.
- **Otros programas de salud y apoyo social:** Conexiones con cuidado prenatal, apoyo sobre la lactancia materna, grupos de educación para padres como Active Parenting (Crianza Activa), Circle of Security (Círculo de Seguridad), Incredible Years (Años Increíbles), y mucho mas.

Si tiene preguntas sobre este formulario o el proceso de referidos, por favor comuníquese con The Essex Pregnancy and Parenting Connection al

(973) 621-9157 o envíe un mensaje de texto con la palabra “niño” al 313131

www.essexpregnancyandparenting.org

www.facebook.com/essexpregnancyandparenting

Síguenos en Twitter: @EPPCLaunch