



FORMULARIO DE REFERIDO

Referido a: Departamento de Salud de la Florida del Condado Miami-Dade, Oficina de Control de Datos de Healthy Start		
Dirección: 18255 Homestead Avenue, Miami, Florida 33157	Tel: (305) 278-1074	Fax: (305) 234-2263
From: (name of person making the referral)	Title:	Cell Phone:
Organization:		
Phone:	Fax:	Mailing Address:

INFORMACION DEL CLIENTE Y SU FAMILIA

Cliente: (marque uno) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Bebé <input type="checkbox"/> Mujer (entre embarazos)	Nombre del Cliente: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)	¿Seguro Médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No # Medicaid (si tiene): _____ Número de Seguro Social: _____	
	Nombre y apellido de la madre (si el cliente es bebe) _____ Fecha de Nacimiento de la madre: (mm/dd/aaaa)	Telefono casa: _____	
	Dirección (calle, #apartamento, ciudad, estado, código postal) _____		Celular: _____
Raza: (seleccione uno) Negra - Blanca - Hispana - Otra	¿Casada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	# de semanas de embarazo: _____	Nombre del Doctor: _____
Idioma que prefiere: (seleccione) Inglés - Español - Creole Otro: _____	¿Tiene un sistema de apoyo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha estimada del parto: Mes ____ Día ____ Año ____	Proxima cita con el Doctor: Mes ____ Día ____ Año ____
RIESGOS DE LA MADRE: <input type="checkbox"/> Tiene menos de 17 años <input type="checkbox"/> Educación inferior al 12 grado <input type="checkbox"/> Alguién la golpeó/lesionó en el último año <input type="checkbox"/> no tiene cuidado prenatal o empezo en la semana 14 <input type="checkbox"/> Índice de Masa Corporal antes del embarazo menos de 19.8 o mas de 35.0 <input type="checkbox"/> Padece una enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Consumió alcohol/drogas en el último mes <input type="checkbox"/> Fumó cigarrillos en el último mes <input type="checkbox"/> Primer embarazo (madre primeriza) <input type="checkbox"/> No desea el embarazo <input type="checkbox"/> Reportó problemas de salud mental (depresión/desesperanza/estrés) <input type="checkbox"/> No tiene donde vivir	SI NO ES EL PRIMER EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Intervalo menor a 18 meses <input type="checkbox"/> Tuvo un bebé que no nació con vida <input type="checkbox"/> Tuvo un bebé que nació mas de 3 semanas antes de lo esperado <input type="checkbox"/> Tuvo un bebé que peso menos de 5lbs,8oz MUJER ENTRE EMBARAZOS: <input type="checkbox"/> Pérdida de embarazo <input type="checkbox"/> Muerte Infantil <input type="checkbox"/> Su bebé ha sido adoptado <input type="checkbox"/> Bebé no está en su custodia en este momento <input type="checkbox"/> Otra razón	RIESGOS DEL BEBE: GENERO: Niño _____ Niña _____ <input type="checkbox"/> Condición Anormal <input type="checkbox"/> Pesó menos de 2000 gramos (4lbs.7oz) al nacer <input type="checkbox"/> Estuvo en la unidad neonatal de cuidado intensivo <input type="checkbox"/> Transferido a otro hospital <input type="checkbox"/> Pago principal - Medicaid <input type="checkbox"/> Padre desconocido <input type="checkbox"/> Madre usó tabaco en uno o más trimestres <input type="checkbox"/> Madre tuvo menos de 2 controles prenatales o no se sabe <input type="checkbox"/> Edad de la madre 17 o menor	

Consentimiento del Participante: Acepto la invitación a participar en el Programa Healthy Start de la Florida. Consiento en que se dé esta información al Departamento de Salud del Condado, a los proveedores de Healthy Start, a la Coalición Healthy Start de Miami-Dade, incluidos sus programas: MomCare y Jasmine Project para servicios. Entiendo que ésta información permanecerá estrictamente confidencial.

Por favor, marque sus respuestas debajo para autorizar al PROGRAMA HEALTHY START DE LA FLORIDA a que se contacte con usted:

1. Puede dejarme mensajes al teléfono <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	4. Puede dejar mensaje con la persona que conteste <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Puede visitar mi casa si no me contacta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5. Puede enviar cartas a la dirección postal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Puede enviar correo electrónico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	6. Puede enviar un Texto/SMS mensaje <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Dirección electrónica: _____

_____ Firma del Participante, Madre, Padre, o Guardián	_____ Fecha	_____ Firma de la persona que refiere	_____ Fecha
--	-----------------------	---	-----------------------

Comentarios:

