

**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**

<b>* Idioma principal</b> (Elija uno) <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro _____	<b>* Raza</b> (Elija uno) <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> India americana	<b>* Etnicidad</b> <input type="radio"/> Hispana <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Multi-Racial <input type="radio"/> Natural de Alaska/de las islas del Pacífico <input type="radio"/> Otra _____	<b>* Seguro médico</b> (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**

**\* Datos sobre la familia**

(Elija uno)  
 Número de teléfono principal  
 Número de teléfono alternativo  
 Correo electrónico  
 Texto

¿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. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*¿A qué número de teléfono podemos enviar mensajes de texto?  
 Teléfono principal  Ninguno  
 Teléfono alternativo

\*Número de teléfono principal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono alternativo \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

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

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

**\* 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.

**Date Pregnancy Test Given**

\_\_\_\_\_

**Pregnancy Test Positive?**

Yes  No

**Outreach Type**

Agency  Door to Door

Self

Event (Specify) \_\_\_\_\_



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](http://www.essexpregnancyandparenting.org)**

**[www.facebook.com/essexpregnancyandparenting](https://www.facebook.com/essexpregnancyandparenting)**

**Síguenos en Twitter: @EPPCLaunch**