



# FORMULARIO DE REMISIÓN PARA VISITAS A DOMICILIO



Completa este formulario y envíalo por fax al 302-295-5988 o por correo electrónico a Helpmegrow@uwde.org. Los interesados en solicitar los servicios para sí mismos pueden llamar al 211 o enviar su código postal por mensaje de texto al 898-211.

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE REMISIÓN) LOS CAMPOS CON \* SON OBLIGATORIOS

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PACIENTE)\* (FECHA DE NACIMIENTO)\*

\_\_\_\_\_  
(FECHA PROBABLE DE PARTO) (DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO)\*

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN [CONT.])

\_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (C.P.)\* (TELÉFONO PREFERIDO)\* Línea fija Celular

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE) (TELÉFONO ALTERNATIVO) Línea fija Celular

### Método de contacto preferido\*

Mensajes de texto      Llamadas telefónicas      Correo electrónico

\_\_\_\_\_  
(DÍAS/HORARIOS PREFERIDOS)

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL MENOR) (FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR)

**Idioma materno\***    Inglés    Español    Criollo    Otro: \_\_\_\_\_  
(OTRO IDIOMA)

**Raza\***    Afroamericana    Asiática    Birracial    Caucásica    Originaria de Hawái/Islas del Pacífico

Latina    Indígena estadounidense    Otra: \_\_\_\_\_  
(OTRA RAZA/ETNIA)

## PERSONA QUE REALIZA LA REMISIÓN\*

Tú      Organismo

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA PERSONA)

\_\_\_\_\_  
(TELÉFONO)

\_\_\_\_\_  
(CORREO ELECTRÓNICO)

\_\_\_\_\_  
(ORGANISMO)

**Si la remisión es para un menor de 18 años:**

\_\_\_\_\_  
(PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

¿Se puede contactar a esta persona respecto de esta remisión?

Sí      No

\_\_\_\_\_  
(TELÉFONO)

**Factores de riesgo potenciales a tener en cuenta para la remisión\*** (marque todas las opciones que correspondan):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Padre/madre adolescente                           | Bajos ingresos                              | Muerte de familiar directo                              |
| Hijo/a con discapacidad o enfermedad crónica      | Familia de refugiados o inmigrante reciente | Hogar de acogida u otro cuidado temporal                |
| Padre/madre con discapacidad o enfermedad crónica | Trastorno por consumo de sustancias         | Despliegue militar                                      |
| Padre/madre con problemas de salud mental         | Inestabilidad de vivienda                   | Padre/madre en la cárcel durante toda la vida del menor |
| Bajo nivel educativo                              | Muy bajo peso al nacer                      |   |
|   | Violencia de pareja                         |   |
|   | Abandono o maltrato infantil                |   |



Attachment & Biobehavioral Catch-up



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES  
Division of Public Health