



PROGRAMAS DE SALUD FAMILIAR
ASOCIACIÓN ENFERMERA-FAMILIA Y
ENFERMERÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA



Unidad de Salud Familiar
 Agencia de Servicios de Salud
 Condado de Santa Cruz
 1060 Emeline Ave., Santa Cruz, CA 95060

Criterio de elegibilidad:

1. Embarazada y / o crianza de un bebé / niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, y
2. Reside en el condado de Santa Cruz.

Tel: (831) 454-4339 **Nuevo Fax: (831) 454-3311**

Los clientes serán considerados para los programas de Enfermería en el Campo de la Salud Pública y la Asociación de enfermeras y familias.

Correo electrónico: **familyhealth@santacruzcounty.us**

FUENTE DE REFERENCIA										
Nombre / Título					Agencia/Departamento					
Fecha		Número de teléfono			Número de fax			Correo electrónico		
Información de los Padres ¿El embarazo es confidencial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No										
Apellido				Primer nombre				Fecha de nacimiento		
Dirección <input type="checkbox"/> Marque la casilla si esta es una dirección postal					Ciudad			Código postal		
Número celular				Ok para enviar un <input type="checkbox"/> mensaje de texto	Número secundario / Número de mensaje					
Fecha de parto		Grávida	Para	Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			Cobertura de salud <i>(no se usa para determinar la elegibilidad)</i> <input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Medi-Cal # <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra			
INFORMACIÓN DEL BEBÉ / NIÑO										
Apellido				Primer nombre				Fecha de nacimiento		
Apellido <small>(Bebé adicional/Información del niño)</small>				Primer nombre				Fecha de nacimiento		
RAZÓN PARA REFERIR / FACTORES DE RIESGO										
Conocido / Sospechado - marque todos los que correspondan										
<input type="checkbox"/> Violencia doméstica / Relaciones malsanas					<input type="checkbox"/> Riesgo médicamente alto / Se necesita seguimiento médico					
<input type="checkbox"/> Madre por primera vez / Crianza de los hijos por primera vez					<input type="checkbox"/> Inquietudes de salud mental prenatal / salud conductual					
<input type="checkbox"/> Duelo / Pérdida fetal					<input type="checkbox"/> Adolescente embarazada / con hijos					
<input type="checkbox"/> Personas sin hogar / Inseguridad en la vivienda					<input type="checkbox"/> Parto prematuro (<i>menos de 36 semanas</i>)					
<input type="checkbox"/> Inconsistente / Entrada tardía / Sin atención prenatal					<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias / exposición					
<input type="checkbox"/> Bebé / Crecimiento infantil / Desarrollo / Alimentación					<input type="checkbox"/> Otra					
COMENTARIOS / INFORMACIÓN ADICIONAL										