



**SAN BENITO COUNTY  
Public Health Services  
Referencia al Programa de Visitas a Domicilio**



351 Tres Pinos Rd., Ste A-202, Hollister, CA 95023

Oficina: (831) 637-5367

Fax: (831) 637-9073

Por favor, complete el cribado preliminar para la persona a la que se refiere:

- Residente del condado de San Benito       Embarazada **o** siendo madre de un bebé de hasta 2 meses  
 Medi-Cal elegible       El cliente es consciente y da su consentimiento para la derivación

Fecha: \_\_\_\_\_

Agencia/Persona de referencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Etnia:  Afroamericano  Asiático  Hispano  Blanco  Otro \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ MediCal:  Si  No  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de parto: \_\_\_\_\_ Pareja/Padre del bebé (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Si es posparto, nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Proveedor Médico Infantil: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Padre Primerizo?  Si  No      Edad de otro(s) hijo(s): \_\_\_\_\_

Ingresos anuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_ Número de individuos en el hogar: \_\_\_\_\_

Motivo de la referencia: (Por favor, incluye problemas médicos, factores de riesgo sociales, preocupaciones y cuestiones de seguridad)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información Importante:** La participación de Healthy Families America – San Benito County es voluntaria. Los servicios son gratuitos. El interés en el programa no garantiza la elegibilidad o la inscripción. El personal del programa revisará cada referencia y se pondrá en contacto con las familias para discutir los próximos pasos.

**Instrucciones:**

Envía por fax el formulario de derivación completado a: (831) 637-9073 o

Enviar una referencia por correo electrónico a: pmottu@sanbenitocountyca.gov

**Solo para uso interno** – Referral Disposition: Received: \_\_\_\_\_ Accepted & Assigned: \_\_\_\_\_  
Not accepted: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date/Staff Initials \_\_\_\_\_  
Date/Reason/Staff Initials \_\_\_\_\_