



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 3 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: CHVP@sanbenitocountyca.gov

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