|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT / CLIENT INFORMATION** /*INFORMACION de PACIENTE / CLIENTE* | | | | | | | | |
| **Name of Individual** (being referred) / *Nombre de Individual (siendo referido):* | | | | | | | | |
| **Date of Birth / Expected Delivery Date**  *Fecha de Nacimiento / Fecha de Aliviar:* | | | | | | | **Sex** / Sexo:  **Male** / *Hombre*  **Female** / *Hembra* | |
| **Parent Name** (if applicable) / Nombre de Padre (si aplicable):    N/A | | | | | | | | |
| **Primary Language**  */ Idioma Primaria* | **English** / Ingles  **Spanish** / Español  **Other** / Otro (Specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Address** / *Dirección* | | | Apt / Unit # | | | **City** / *Ciudad* | | **Zip** / *Código* |
| **Home Phone #** /*Número de Teléfono en Casa:* | | **Cell Phone #** /*Número de Celular:* | | | **Email Address** / *Correo Electrónico*: | | | |
| **Reason for Referral** / *Razón por Referir*: | | | | | | | | |
| **Screening / Evaluation Tool** (if applicable): | | | | **Medical Diagnosis** / *Diagnostico Medico*:  N/A | | | | |

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referral Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# HOME VISITATION PROGRAMS/ PROGRAMAS de VISITANTES del HOGAR

• • •

**\_\_\_\_ Nurse Family Partnership (NFP)**

*Tri-County Health Department*

(Adams, Arapahoe, & Douglas County)

*Fax:* ***(303) 255-6290***

**\_\_\_\_ Nurse Family Partnership (NFP)**

*St. Anthony’s*

(Adams & Denver County)

*Fax:* ***(303) 269-2970***

**\_\_\_\_ Parents As Teachers (PAT)**

*Growing Home*

*Fax:* ***(303) 426-0560***

**\_\_\_\_ Home Instruction for Parents**

**of Preschool Youngsters (HIPPY)**

*In transition – stay tuned*

***PRIMARY CARE/ATENCION PRIMARIA***

• ***(Medical/Medico)*** •

**Clinic Name:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fax:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor lea las siguientes afirmaciones completamente e coloque sus iniciales junto de ellos al estar de acuerdo con cada uno antes de firmar este documento**

\_\_\_\_\_ Me han completamente informado y asesorado del referido que se está realizando

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento completo para que se realiza esta

referencia y para compartir la información de arriba para/con el programa o la

entidad especificada en la columna a la derecha

(Participación en el programa es voluntaria y en cualquier momento usted puede retirarse de los servicios)

\_\_\_\_\_ Entiendo que es SIN COSTO para mí y mi familia esta referencia

\_\_\_\_\_ Yo doy consentimiento para que la agencia que manda esta referencia pueda obtener

el estatus de la derivación

(Esto puede ayudar a que usted reciba los servicios adecuados y de calidad)

**Firma de Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***ORAL HEALTH/ SALUD DENTAL***

• ***(Dental)*** •

**Clinic Name:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fax:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REFERRING AGENCY/PRACTICE INFORMATION** | | | | | | |
| Agency/Practice Name: | | | | | | |
| Address | | | | City | | Zip |
| Phone #: | Fax #: | | Email: | | | |
| Referring Staff Name: | | Title: | | | Phone #: | |

***TRI-COUNTY HEALTH DEPARTMENT***

• • •

**Program:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fax:* ***(303) 452-9712***

***OTHER/OTRO***

• • •

**Agency Name:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fax:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY: Date Referral Received:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date Status Update Sent:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 03/2014

Adams County Services

Referral Form - Spanish

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |