|  |
| --- |
| **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): [ ]  N/A | **Medical Diagnosis** / *Diagnostico Medico*:  [ ]  N/A |

Adams County Services

Referral Form - Spanish

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

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

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

 ***PRIMARY CARE/ATENCION PRIMARIA***

**Clinic Name:**

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

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

# HOME VISITATION PROGRAMS/ PROGRAMAS de VISITANTES del HOGAR

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

*Tri-County Health Department*

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

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

*Centura Health*

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

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

*Growing Home*

*Email:* ***rosanna@growinghome.org***

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

**of Preschool Youngsters (HIPPY)**

*Unison Housing Partners*

*Fax:* ***(303) 227-2098***

\_\_\_\_ **Nurse Support Program**

*Tri-County Health Department*

*Fax:* ***(720) 550-5580***

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

**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***

**Clinic Name:**

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

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

***TRI-COUNTY HEALTH DEPARTMENT***

**Program:**

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

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

***OTHER/OTRO***

**Agency Name:**

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

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

**FOR OFFICE USE ONLY: Date Referral Received: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Status Update Sent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 05/2018

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