

Referring Party Name: _____ Agency: _____
Address: _____ Telephone #: _____



La Asociación Enfermera-Familia es un programa que ayuda a las madres nuevas a desarrollar habilidades para cuidarse mejor a ellas mismas y a sus hijos. Si decide participar en este programa, tendrá su propia enfermera de salud pública que la visitará en su casa (o un lugar de acuerdo) durante el embarazo y a lo largo de los primeros dos años de vida del bebe.

**Para ser elegible para la Asociación  
Enfermera y Familia necesita:**

- Estar embarazada y ser madre por primera vez
- Tener menos de 6 meses (24 semanas) de embarazo
- Tener entre bajos a moderados ingresos y ser elegible para Medical o WIC
- Vivir en el Condado de Kern

**Este programa le ayudará a aprender:**

- Como tener un embarazo saludable
- Como cuidar a su bebe mientras se desarrolla
- Como vivir una vida saludable para usted y su bebé
- Conseguir referencias para cuidado médico, cuidado de niños, capacitación para el trabajo y otros servicios disponibles en su comunidad.

**Si le gustaría obtener más información de la Asociación Enfermera-Familia por favor llene el formulario. Al firmar abajo, autoriza que una enfermera pública se ponga en contacto con usted.**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Su familia esta consiente de su embarazo? Si/No

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Mensaje de Texto: Si / No Fecha de Parto \_\_\_\_\_

G \_\_\_ P \_\_\_ ¿Embarazo de alto riesgo? Si/No Preocupaciones de Salud: \_\_\_\_\_

Factores de alto riesgo/Otra información: \_\_\_\_\_

¿Si el programa NFP está lleno, mandar referencia al Programa de Alcance Perinatal? Si / No

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>Office Use Only</b>
Disposition
Code: