



Formulario de recomendación

Requisitos de elegibilidad para el Programa Nurse-Family Partnership (NFP):

- Embarazo por primera vez
- Embarazo de menos de 28 semanas*
- Ser residente del condado Chelan o Douglas
- Ser elegible para Medicaid/Apple Health o WIC

**El profesional de enfermería necesita tiempo para visitar y recibir la autorización antes de la semana 28 de embarazo.*

Fecha: _____

Escriba con letra legible y rellene las partes 1, 2 y 3.

Parte 1: Información del cliente

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre):		Fecha de nacimiento:	Edad:
Domicilio:	Apt #:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección de envío (de ser diferente a la del domicilio): Apt #:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Telf. de contacto: () - <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa		Criterios de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Ingresos bajos <input type="checkbox"/> Vive en el cond. de Chelan <input type="checkbox"/> - 28 semanas de gestación <input type="checkbox"/> Primer embarazo	
<input type="checkbox"/> Otro: () - ¿Acepta mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Correo electrónico:			
Medio de contacto de preferencia:		¿El cliente sabía de la recomendación?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Idioma de preferencia:		Relación con el cliente:	
Contacto de emergencia:	Nro. de telf. del contacto: ()		
¿El contacto sabe que está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

Parte 2: Inquietudes médicas/sociales

Comentarios:	EDD:
--------------	-------------

Parte 3: Información de la agencia que hizo la recomendación

Nombre del proveedor(es) que hizo la recomendación:	Nombre de la agencia/consultorio que hizo la recomendación:
Correo electrónico del proveedor:	Nro. de contacto <u>Directo</u> del proveedor: () -
Comentarios:	

PARA EL NFP - Fecha de inscripción: _____