



## El Departamento De Salud PROGRAMA DE HANDS Formulario de Referencia

**Referencia puede ser aceptada durante el cuidado prenatal o hasta cuando él bebe tenga 90 días de edad.**

HANDS es un programa de visitas en casa para todos los padres futuros. Su bebe merece una niñez segura, saludable y feliz. Nosotros podemos proveer apoyo, recursos comunitarios y educación para ayudarlo a lograr esa meta. Por favor ponga una "X" al lado de la declaración que mejor describa su estado actual de embarazo.

Este es mi primer embarazo o serémos padres por primera vez.

Este NO es mi primer embarazo, pero mi esposo/a compañero será

Este NO es mi primer embarazo/No crie a mi primer hijo/a

Estoy interesada en saber más sobre el programa de HANDS y doy mi consentimiento para que alguien de HANDS me contacte pronto.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Numero telefónico: \_\_\_\_\_ Numero Alterno: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de Bebe: \_\_\_\_\_ Fecha de Naciemeinto/Cuando das luz \_\_\_\_\_

Agencia que los refirió \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nos encantaría hablarle sobre nuestro programa! Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 859-288-2338 or at HANDS@LFCHD.ORG

