



Nombre del participante:	_____
# de ID:	_____
# de clínica:	_____

Información de Agencia Local de HANDS	
Nombre de la agencia:	
Persona de contacto:	
Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:	

HANDS es un programa voluntario para el público. Los bebés merecen una infancia segura, saludable y feliz, y podemos ayudarlo a alcanzar esa meta. Esta remisión es el primer paso para ayudar a determinar si HANDS podría ser una buena opción para su familia. Las inscripciones deben realizarse dentro de los primeros 90 días del nacimiento del bebé.

Información del Padre o Tutor Legal			
Primer nombre:	Inicial:	Apellidos:	NSS:
Participante anterior de HANDS: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe			
Dirección:			
Ciudad:	Código Postal:	Condado:	
Teléfono principal: ()		¿Dejar mensaje? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ¿Textos? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A	
Teléfono alternativo: ()		☐ N/A ¿Dejar mensaje? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ¿Textos? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A	
Relación con el bebé: ☐ Madre biológica ☐ Padre biológico ☐ Tutor/Guardián que no sea el padre biológico			
Fecha estimada de parto (completar para prenatal Y posnatal):			
Fecha del parto (si corresponde):		Nombre del bebé (si corresponde):	
¿Cuál es el idioma principal en el hogar?		¿Se necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Información de la Remisión			
Fecha de remisión: _____			
Seleccione cómo es que el participante escuchó acerca del programa de HANDS o qué tipo de agencia representa.			
☐ Iglesia/Organización comunitaria ☐ Servicios Basados en la Comunidad ☐ Centro de recursos familiares/escuela ☐ Familia/vecino/amigo ☐ Programa de Head Start ☐ Departamento de Salud ☐ Hospital ☐ Obstetra/ginecólogo ☐ Otro (Indíquelo) _____ ☐ Médico ☐ Auto remisión			
Fuente de la Remisión			
Si no fue auto remisión, proporcione la siguiente información.			
Nombre: _____		Agencia: _____	
Teléfono y/o correo electrónico: _____			
¿Sabe la familia que usted está haciendo una remisión en su nombre? ☐ Sí ☐ No			
Llene la remisión y devuélvala a la persona de contacto de su programa local de HANDS que se indica al principio			



Kentucky Public Health
Prevent. Promote. Protect.

HANDS STAFF USE ONLY		
Date Referral Received by HANDS Staff:		
Contact Attempts		
Date	Type of Contact	Notes
Additional Information		
If an assessment is not completed, indicate reason: ☐ Forwarded Referral to Another LIA (List): _____ ☐ Refused ☐ Adoption ☐ No Response ☐ Infant Death ☐ Still Birth (Fetal Death) ☐ Other (List): _____		
Were community resources provided? (Select N/A for “No Response”) ☐ Yes ☐ No ☐ N/A		
Was a referral made to another home visiting program? ☐ Yes ☐ No If yes, check all that apply: ☐ FRYSC ☐ Early Head Start ☐ DCBS ☐ Other: _____		
Data Entered: ____ / ____ / ____ Initials: _____		