



Healthy Families del Condado de Yolo, provee una variedad de servicios para asistirle en la crianza de un bebe saludable y feliz, los cuales incluyen visitas en casa, educación de desarrollo infantil, apoyo a padres de familia, conexión a recursos comunitarios disponibles y mucho más.

Referencia Propia

Al inicializar este documento, estoy de acuerdo que la información será compartida con Healthy Families del Condado de Yolo quien llamara para agendar una cita para ofrecerme servicios de apoyo y recursos que podrían ser servicial para mí y mi familia. Todos los servicios son voluntarios, confidenciales y gratuitos. **Iniciales:** _____ **Fecha:** _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____
 Nombre de Pareja _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Pareja _____
 Clínica/Hospital _____ Proveedor Médico _____
 Fecha prevista de Nacimiento o Fecha de Nacimiento _____ Nombre del Bebe _____
 ¿Tiene otros hijos? Sí No ¿Cuántos _____ ¿Edades? _____

Complete el Cuestionario. Circule sus respuestas: (sus respuestas serán confidencial)

- 1. Estatus Matrimonial (*circule uno*): Soltero/a Separado/a Divorciado/a Casado/a
- SI NO 2. ¿Su pareja tiene trabajo?
- SI NO 3. ¿Se preocupa de como comprar comida o necesidades básicas para su familia?
- SI NO 4. ¿Tiene un hogar estable y seguro?
- SI NO 5. ¿Tiene teléfono?
- SI NO 6. ¿Ha recibido su diploma de preparatoria o GED?
- SI NO 7. ¿Tiene familiares a los cuales puede llamar en caso de una emergencia?
- SI NO 8. ¿Alguna vez ha tenido un problema con demasiado alcohol o drogas?
- 9. ¿Cuándo empezó su cuidado prenatal en este embarazo? (*circule uno*) 1^{er} trimestre 2^{do} trimestre 3^{er} trimestre
- SI NO 10. ¿Alguna vez ha pensado en suspender un embarazo?
- SI NO 11. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para un trastorno de salud mental?
- SI NO 12. ¿Considero el aborto para este embarazo?
- SI NO 13. ¿Considero adopción para este embarazo?
- SI NO 14. ¿Se siente estresado(a) sobre su relación con su pareja o con familiares?
- SI NO 15. ¿Ha tenido depresión en el pasado o está sintiendo sentimientos de depresión?

Seguro Médico	Idioma	Nacionalidad	
<input type="radio"/> Medi-Cal	<input type="radio"/> Inglés	<input type="radio"/> Hispano/Latino	<input type="radio"/> Negro o Afro-Americano
Otro: _____	<input type="radio"/> Español	<input type="radio"/> Blanco, No-Hispano	<input type="radio"/> Hawaiano /Iseño del Pacífico
	Otro: _____	<input type="radio"/> Nativo Americano	<input type="radio"/> Asiático
		<input type="radio"/> Negar identidad propia	<input type="radio"/> Multirracial: _____

Llame a (530) 902-4383 Email: healthyfamilies@yolokids.org

Regrese el formulario completo a email o Fax: (530) 753-7662