



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 ¿Cuantos \_\_\_\_\_ ¿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<sup>er</sup> trimestre 2<sup>do</sup> trimestre 3<sup>er</sup> 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 /Isleño 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](mailto:healthyfamilies@yolokids.org)

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