



Formulario de remisión de Salud Pública del Condado de Waukesha

REMISIÓN PARA: División de Salud Pública del Condado de Waukesha

Fax: (262) 920-6670; **Teléfono:** (262) 896-8430

Correo electrónico seguro:
publichealth@waukesha.gov

Tipo de remisión: ☐ Madre gestante

☐ Bebé/Niño

☐ Apoyo para la lactancia

Agencia que refiere: _____ **Proveedor que refiere:** _____ **Teléfono:** _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

SI LA REMISIÓN ES PARA **MADRE GESTANTE**, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN:

Nombre de la madre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad y código postal: _____
Teléfono: _____
Idioma principal: _____
Etnicidad: _____
Raza: _____
de embarazos: _____
de nacimientos vivos: _____
Fecha estimada de parto: _____
Médico obstetra: _____

SI LA REMISIÓN ES PARA UN **BEBÉ, NIÑO O APOYO PARA LA LACTANCIA**, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN:

Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad y código postal: _____
Idioma principal: _____
Género: ☐ Femenino ☐ Masculino
Etnicidad: _____
Raza: _____
Nombre del padre/madre: _____
Teléfono: _____
Peso al nacer: _____ lb. _____ oz. **Longitud:** _____ in.
Semanas de gestación al nacer: _____
Peso al alta: _____ lbs. _____ oz.
Fórmula Lactancia materna
Médico del niño: _____

RAZÓN DE LA REMISIÓN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre el vínculo | <input type="checkbox"/> Antecedentes de violencia familiar | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para la lactancia materna | <input type="checkbox"/> Falta de Información sobre la crianza | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias por parte de la madre/padre / abuso |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo o parto | <input type="checkbox"/> Falta de sistema de apoyo | <input type="checkbox"/> Riesgos |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> Problemas financieros graves |
| <input type="checkbox"/> Factores disfuncionales en la familia | <input type="checkbox"/> Atención prenatal tardía | <input type="checkbox"/> Vivienda inestable |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Capacidad cognitiva/de aprendizaje limitada | |

Información adicional: