

44226 10<sup>th</sup> St West, Lancaster, CA 93534 \* Office: 661-942-4719 \* Fax: 661-951-9715

## Referral Form

Referred by \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Referring Agency \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Please provide us with the following information. All information is necessary to determine eligibility and to ensure that we link the potential client to the appropriate services. If we need additional information, we will contact you. If we can improve our service to you, please let us know.

\*WIC use only\*

**Initials here  I give my permission to the WIC Program to disclose personal information I have provided to a non-WIC program. I understand that signing this form will NOT affect my eligibility for or participation in the WIC Program. This information is restricted to (Specify the nature of the information and to which agency it is being released):**

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Alternate Phone Number/Email \_\_\_\_\_

**Preferred Method of Contact (check one):**    **Phone**    **Text**    **Email**    **Social Media** \_\_\_\_\_

Parent Guardian (if under 18) \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Phone Number \_\_\_\_\_

Preferred Language \_\_\_\_\_ Ethnicity (optional) \_\_\_\_\_

Due Date (pregnancy) \_\_\_\_\_ 1<sup>st</sup> Pregnancy?     Yes     No

**Check any challenges, current/history:**     Depression     Domestic Violence     Hypertension     Diabetes  
 Use of tobacco, drugs or alcohol     Previous low birth weight     Academic     Justice System

### Please check client needs or interests:

- |                                                              |                                              |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Home Visitation (prenatal-3 months) | <input type="checkbox"/> Youth Services      |
| <input type="checkbox"/> Parenting                           | <input type="checkbox"/> Mentoring           |
| <input type="checkbox"/> Maternal Mental Health              | <input type="checkbox"/> Nutrition Education |
| <input type="checkbox"/> Lactation                           | <input type="checkbox"/> Fitness Classes     |
| <input type="checkbox"/> Follow-Up Call                      | <input type="checkbox"/> Other: _____        |

### Client Authorization

I authorize the above-named agency/person to share my information with **Antelope Valley Partners for Health (AVPH)**

I understand that I am accepting enrollment or referral into the AVPH program. I understand that I also give permission for a representative from the AVPH collaborative to contact me regarding possible referrals to the AVPH collaborative agencies for additional services. I hereby authorize the following agencies to gather and share my confidential information for the purpose of providing me with comprehensive and coordinated services. This agreement to release my information shall be effective for **12** months from the date I signed this form. I also understand that I may cancel this agreement at any time by submitting a written cancellation notice.

**Client Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

44226 10<sup>th</sup> St. West, Lancaster, CA 93534 \*Oficina: 661-942-4719 \*Fax: 661-951-9715

## Formulario de Referencia

Referido por \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Agencia que lo refirió \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Favor de proveer toda la información necesaria para determinar su elegibilidad y asegurarnos que reciba todos los servicios apropiados. Si necesitamos mas información le llamaremos. Para mejorar nuestro servicio, favor de hacérselo saber.

**\*Uso de WIC solamente\***

**Iniciales \_\_\_\_ Yo doy permiso al programa de WIC a revelar información personal que yo compartí, a un programa que no sea de WIC. Entiendo que al firmar esta forma NO afectara mi elegibilidad para participar en el programa WIC. Esta información es restringida a (Especificar el propósito de la información y a cuál agencia se le dará la información):**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Numero alternativo/ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Método de contacto preferido (marque uno):**      **Teléfono**      **Mensaje texto**      **Correo electrónico**  
**Redes Sociales** \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián (*si es menor de 18*) \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Etnicidad (opcional) \_\_\_\_\_

¿Cuándo nacerá su bebe? \_\_\_\_\_ Primer embarazo?     Sí     No

**Marque algún obstáculo (presente/pasado):**     **Depresión**     **Violencia Domestica**     **Presión alta**     **Diabetes**  
 **Uso de tabaco, drogas o alcohol**     **Bajo de peso al nacer**     **Académico**     **El Sistema de Justicia**

### **Marque necesidades o intereses:**

\_\_\_\_ Visitas en casa (prenatal a 3 meses)

\_\_\_\_ Crianza

\_\_\_\_ Salud Mental Materna

\_\_\_\_ Lactancia

\_\_\_\_ Llamadas de seguimiento

\_\_\_\_ Servicios juveniles

\_\_\_\_ Tutoría Mentor

\_\_\_\_ Educación de nutrición

\_\_\_\_ Clases de ejercicio

\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

### **Autorización del Cliente**

Yo autorizo a la agencia/persona nombrada arriba a compartir mi información con **Antelope Valley Partners for Health (AVPH)**

Entiendo que estoy aceptando la inscripción o referencia al programa de AVPH. Entiendo que también doy permiso al representante de AVPH y colaboradores que se comuniquen conmigo lo más pronto posible para recibir servicios adicionales. Yo autorizo a las siguientes agencias para obtener y compartir mi información confidencial con el propósito de proveerme servicios coordinados y comprensivos. Este acuerdo para compartir mi información estará vigente por **12** meses, a partir de la fecha que firme esta forma. Entiendo que puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento por medio de una cancelación por escrito.

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_