



## Programa Cribs for Kids® Formulario de referencia Posparto

La referencia se completó  En Persona  Remotamente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

(debe ser <9 meses de edad)

Complete TODAS las secciones del presente formulario de referencia y envíelo por fax al (516)227-9644. Después de recibir el presente formulario y que el cliente sea aprobado, nos pondremos en contacto para recoger la cuna. La agencia de referencia es la responsable de completar tanto la instrucción para un sueño seguro, como los formularios relacionados dentro de los 2 días hábiles siguientes recoger la cuna.

### Información de los padres/ tutor:

Nombre de la madre/ tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Número y edad de los niños en este hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Esta residencia es?:  permanente  temporal

Número del teléfono del domicilio: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

Contacto Secundario: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del niño:

¿Fue un parto prematuro?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántas semanas antes nació el bebé? \_\_\_\_\_

¿Gemelos o parto múltiple?  Sí  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

Todos los formularios están disponibles para impresión en: <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Todos los formularios están disponibles vía fax al número 516-227-9644

¿Dónde duerme actualmente su bebé? \_\_\_\_\_

¿En qué posición duerme su bebé?  Boca abajo  Boca arriba  De lado

Información demográfica:

Nivel educativo de la madre \_\_\_\_\_ Escuela secundaria incompleta  
\_\_\_\_\_ Graduada de institución terciaria comunitaria (2 años)  
\_\_\_\_\_ Escuela secundaria completa \_\_\_\_\_ Graduada de la universidad (4 años)  
\_\_\_\_\_ Certificado G.E.D. \_\_\_\_\_ Escuela de posgrado  
\_\_\_\_\_ Otro, explique \_\_\_\_\_

Raza: (Marque todas las que correspondan) \_\_\_\_\_ Asiática \_\_\_\_\_ Negra \_\_\_\_\_ Blanca \_\_\_\_\_ Indoamericana  
\_\_\_\_\_ Asiática/ Isleña del Pacífico \_\_\_\_\_ Otra

Origen étnico: \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ No-Hispano

Humo ambiental de tabaco:

A. ¿ La madre fumó tabaco durante el embarazo? Si/No (circule uno)

B. ¿ La madre fuma tabaco actualmente? Si/No (circule uno)

Identificar ubicación \_\_\_\_\_ dentro \_\_\_\_\_ afuera

C. ¿ Hay otros miembros del hogar que fuman tabaco? Si/No (circule uno)

Identificar ubicación \_\_\_\_\_ dentro \_\_\_\_\_ afuera

Elegibilidad:

¿Está trabajando en estos momentos?  Sí  No  Permiso por maternidad

¿Alguien más en el hogar trabaja?  Sí  No

¿Su familia está recibiendo cualquiera de los beneficios indicados a continuación? Marque todas las opciones que correspondan

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TANF                          | <input type="checkbox"/> Discapacidad       |
| <input type="checkbox"/> WIC                           | <input type="checkbox"/> SSI                |
| <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos/SNAP     | <input type="checkbox"/> Vivienda Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> Subsidios de Cuidado Infantil | <input type="checkbox"/> Desempleo          |

---

Todos los formularios están disponibles para impresión en: <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Todos los formularios están disponibles vía fax al número 516-227-9644

Seguro de salud: Madre \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Usted tiene?:

Cuna       Pack n' Play       Moisés       Otro \_\_\_\_\_

Peso del niño: \_\_\_\_\_ (debe ser menos de 30 libras para la cuna portátil)

Altura del niño: \_\_\_\_\_ (debe ser menos de 35 pulgadas para la cuna portátil)

**Fuente de referencia:**

Agencia de referencia: \_\_\_\_\_ Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Fecha de la referencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Cualquier otra información que le gustaría compartir con nosotros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acuerdo de la referencia:**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ **(escribir nombre de AGENCIA)** suministrar mi información de referencia al Programa Cribs for Kids® del Condado de Nassau para obtener una cuna para mi bebé. Entiendo que esto no garantiza que yo sea elegible para recibir una cuna. Entiendo que mi información se mantendrá confidencial y que puede utilizarse para planificar programas de educación y para reducir el riesgo de mortalidad infantil. Entiendo que seré contactada en el futuro por el Programa Cunas para Niños y en el futuro por sus asociados para el respectivo seguimiento. Entiendo que el lugar más seguro para que duerma mi bebé es sobre su espalda (boca arriba) en una cuna de seguridad aprobada. Estoy consciente de que esta cuna no se puede devolver a la tienda a cambio de dinero.

Madre o tutor del bebé \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

-----  
**¿La madre desea que la información impresa sobre Sueño Seguro del bebé esté en inglés o en español? \_\_\_\_\_**