

Departamento de Salud
Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
Sección de Niños con Necesidades Médicas Especiales
 (Department of Health Universal
 Newborn Hearing Screening Program
 Children with Special Medical Needs Section)



**REFERIDO
(REFERRAL)**

/ /

Hoja de Referido

(Referral Form)

Referido a (Refer to):

Nombre del niño/a (Child's First Name):	Apellidos del niño/a (Child's Last Name):
Fecha de Nacimiento (Date of Birth):	Género (Gender): ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male)
Nombre de la madre (Mother's First Name):	Apellidos de la madre (Mother's Last Name):
Nombre del padre (Father's First Name):	Apellidos del padre (Father's Last Name):
Dirección <u>Postal</u> (Mail Address):	Hospital de Nacimiento (Birth Hospital)/Resultado:
Dirección <u>Física</u> (Physical Address):	Email:
Tipo de número de teléfono (Phone type): ☐ hogar (home) ☐ celular (cell phone) ☐ trabajo (work) ☐ otro (other)	Número de teléfono (Phone number):
Tipo de número de teléfono (Phone type): ☐ hogar (home) ☐ celular (cell phone) ☐ trabajo (work) ☐ otro (other)	Número de teléfono (Phone number):

Persona que hizo el referido (Who made the referral):

Nombre (Name): _____

Posición (Position): _____

Teléfono (Phone number): _____ extensión (extensión) _____

Nombre de la oficina: _____