

Solicitud de participación Página 1 de 2
POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA IMPRENTA

INFORMACIÓN DEL BEBÉ					
1. Apellido del bebé		2. Sufijo	3. Nombre		4. MI
					5. Fecha de nacimiento
					6. Género M F Desconc.
7. Alias: Apellido		8. Alias: Nombre		9. Raza <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska, <input type="checkbox"/> Asiático, <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano, <input type="checkbox"/> Blanco, <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano /isleño del Pacífico, <input type="checkbox"/> Bi-racial/multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido	
				10. Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano /No latino	
11. Dirección (No. de caja postal [P.O. Box])		12. Ciudad		13. Estado	14. Código postal
					15. Condado
16. Tribu (seleccione una) <input type="checkbox"/> Pima <input type="checkbox"/> Apache <input type="checkbox"/> Pueblo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Chemehuevi <input type="checkbox"/> Quecham <input type="checkbox"/> Cherokee <input type="checkbox"/> Seminole <input type="checkbox"/> Choctaw <input type="checkbox"/> Séneca <input type="checkbox"/> Cocopah <input type="checkbox"/> Shoshone <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Creek <input type="checkbox"/> Sioux <input type="checkbox"/> Havasupai <input type="checkbox"/> Tohono O Odham <input type="checkbox"/> Hopi <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/> Hualapai <input type="checkbox"/> Washoe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Maricopa <input type="checkbox"/> Yavapai <input type="checkbox"/> Mohave <input type="checkbox"/> Yuma <input type="checkbox"/> Navajo <input type="checkbox"/> Zuni <input type="checkbox"/> Paiute (Kaibab) <input type="checkbox"/> Pasqua Yaqui		17. Reserva (seleccione una) <input type="checkbox"/> Ak Chin <input type="checkbox"/> Camp Verde (Yavapai - Apache) <input type="checkbox"/> Cocopah <input type="checkbox"/> Colorado River(Mohave-Chemehuevi) <input type="checkbox"/> Fort Apache <input type="checkbox"/> Fort McDowell (Yavapai-Apache) <input type="checkbox"/> Fort Mohave <input type="checkbox"/> Fort Yuma (Quechan) <input type="checkbox"/> Gila Bend <input type="checkbox"/> Gila River (Pima-Maricopa) <input type="checkbox"/> Havasupai <input type="checkbox"/> Hopi <input type="checkbox"/> Hualapai		<input type="checkbox"/> Kaibab-Paiute (Paiute) <input type="checkbox"/> Maricopa Ak Chin <input type="checkbox"/> Navajo Nation <input type="checkbox"/> Pasqua-Yaqui <input type="checkbox"/> Payson-Yavapai <input type="checkbox"/> Salt River (Pima-Maricopa) <input type="checkbox"/> San Carlos (Apache) <input type="checkbox"/> San Juan Southern Paiute <input type="checkbox"/> San Xavier <input type="checkbox"/> Tohono O Odham (anteriormente Papago) <input type="checkbox"/> Yavapai-Prescott (Yavapai) <input type="checkbox"/> White Mountain Apache <input type="checkbox"/> Zuni Pueblo	
				<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
				<input type="checkbox"/> Desconocido	
				<input type="checkbox"/> No aplica	
18. Hospital donde nació		19. Hospital actual (si no está en el hospital donde nació)		20. Seguro del bebé	

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA			
21. Apellido de la madre		22. Nombre de la madre	
25. Alias: Apellido / nombre de soltera		26. Alias: Nombre	
27. Número telefónico ()			
28. Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciada, <input type="checkbox"/> Vive en pareja, <input type="checkbox"/> Casada, <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado, <input type="checkbox"/> Separada, <input type="checkbox"/> Viuda, <input type="checkbox"/> Desconocido			
29. Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americana /nativa de Alaska, <input type="checkbox"/> Asiática, <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana, <input type="checkbox"/> Blanca, <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/isleña del Pacífico, <input type="checkbox"/> Bi-racial/multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocida		30. Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano / No latino	
31. Mayor grado de escolaridad alcanzado por la madre : <input type="checkbox"/> 8º o menos, <input type="checkbox"/> de 9º a 11º, <input type="checkbox"/> Grado de secundaria o diploma de equivalencia (GED) Universitario: <input type="checkbox"/> < 2 años, <input type="checkbox"/> 2 años, <input type="checkbox"/> 4 años, <input type="checkbox"/> 6 años o más		32. Lengua principal que se habla en el hogar	
33. Número telefónico secundario () <input type="checkbox"/> Ninguno			
34. Apellido del padre		35. Sufijo	36. Nombre del padre
			37. MI
			38. Fecha de nacimiento

PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS (si no tiene, escriba los datos de la madre y/o padre)			
39. Apellido del proveedor de cuidados		40. Nombre	
41. Parentesco		42. Número telefónico ()	
43. Dirección		44. Ciudad	
		45. Estado	
		46. Código postal	

INFORMACIÓN DE CONTACTO (alguien que siempre sabrá cómo localizar a la familia)			
47. Contacto: Apellido <input type="checkbox"/> Ninguno		48. Nombre	
49. Parentesco		50. Número telefónico ()	

Distribución que debe hacer el contratante que hace la inscripción: Original al ADHS Amarilla para CHN Rosada para la Familia
Copia para el seguimiento del Desarrollo en caso de alto riesgo.
PARA TODOS LOS TRANSPORTISTAS DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN INICIAL EN EL HOSPITAL: Enviar al hospital copia p1 & p2 de este formulario junto con el bebé para que lo reciban en un hospital de nivel II, II EQ o III. Los transportadores no reciben copias de este formulario.