



Bridges to Health Pathways

(Puentes Hacia el Camino de la Salud)

Remisiones



Todas las remisiones deben enviarse a:
b2h@gorgehealthcouncil.org o por fax al 541-397-0004

*Las remisiones deben enviarse para familias o individuos que hayan expresado interés en saber más, o que quieran participar en el Programa *Bridges to Health (Puentes Hacia el Camino de la Salud)*.
 *Los clientes a quienes se remite tienen que vivir en los condados de Hood River o de Wasco.

MIEMBRO DE LA COMUNIDAD / CLIENTE A QUIEN SE REMITE

Nombre del cliente o del padre/madre/tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
 No. de teléfono: _____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz? _____ ¿mensaje de texto? _____
 Correo electrónico: _____ Preferencia para comunicarse: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico
 Dirección física del cliente: _____ Identidad de género del cliente: _____
 Idioma principal que habla: inglés español otro: _____ Identidad racial o grupo étnico: _____
 ¿Se identifica el cliente como discapacitado? Sí No ¿Cliente esta sin vivienda? Sí No ¿Cliente es un Veterano? Sí No
 Nombre del proveedor de atención primaria del cliente: _____ Nombre de la clínica: _____

REMITIDO POR:

Nombre: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Fecha de hoy: _____ Organismo / escuela y cargo: _____

CRITERIOS DEL PROGRAMA PATHWAYS DE BRIDGES TO HEALTH

Para cumplir con los requisitos del programa, la respuesta a las preguntas 1 y 2 debe ser "Sí".

- 1- Al cliente se le dificulta mucho acceder a recursos él mismo / ella misma: SÍ NO
- 2- El cliente entiende que este programa brinda apoyo para ayudar a acceder a servicios: SÍ NO
- 3- Los servicios que se necesitan son... *(Marque todas las que correspondan, pero debe haber al menos 2):*

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Recursos para estabilidad de vivienda | <input type="checkbox"/> Recursos Educativos (GED [Diploma de Educación General]; Educación para Padres de familia; Educación Financiera; Educación Continua) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para superar obstáculos de transporte | <input type="checkbox"/> Recursos para el embarazo o el posparto |
| <input type="checkbox"/> Recursos de servicios públicos (teléfono médico, ayuda con la electricidad) | <input type="checkbox"/> Remisión para obtener Seguro Médico |
| <input type="checkbox"/> Recursos para alimentos | <input type="checkbox"/> Recursos para guardería infantil |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para artículos personales y ropa | <input type="checkbox"/> Recursos para alcoholismo y/o drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Documentación (tarjetas del Seguro Social, de Identidad, acta de nacimiento) | <input type="checkbox"/> Atención médica primaria / Atención dental |
| <input type="checkbox"/> Remisión para el desarrollo (Intervención temprana (EI) o Desarrollo de Educación Sostenible (ESD)) | <input type="checkbox"/> Programas para Ayuda con medicamentos |
| | <input type="checkbox"/> Remisión a programas para dejar de fumar |
| | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

Información adicional incluyendo otros miembros del hogar con su fecha de nacimiento y edad:
