

# Referral Form

## Forma de Referencia

<p><b>Guardian's Name</b> _____  <i>Nombre del Tutor</i></p> <p><b>Other Guardian's Name</b> _____  <i>Nombre del otro Tutor</i></p> <p><b>Child's Name:</b> _____  <i>Nombre del Niño</i></p> <p><b>EDC (Due Date):</b> _____  <i>Fecha Estimada de Parto</i></p> <p><b>Address /-Domicilio</b></p> <p>_____</p> <p><b>Street/Calle</b></p> <p>_____</p> <p><b>City / Ciudad</b> _____ <b>Zip Code</b> _____ <b>Correo Electrónico</b> _____  <i>Código Postal</i></p>	<p><b>Guardian's DOB:</b> _____  <i>Fecha de Nacimiento</i></p> <p><b>Other Guardian's DOB:</b> _____  <i>Fecha de Nacimiento del otro tutor</i></p> <p><b>Child's DOB:</b> _____  <i>Fecha de Nacimiento del Niño</i></p> <p><b>Cell Phone</b> _____  <i>Numero de Celular</i></p> <p><b>Other Phone:</b> _____  <i>Otro número de teléfono</i></p> <p><b>Email:</b> _____</p>
<p><b>Language(s)</b> <input type="checkbox"/> <b>English</b> <input type="checkbox"/> <b>Limited English</b> <input type="checkbox"/> <b>Spanish</b> <input type="checkbox"/> <b>Other</b> <input type="checkbox"/> <b>Can we text you?</b> _____  <i>Idioma(s)</i> <i>Inglés</i> <i>Inglés Limitado</i> <i>Español</i> <i>Otro</i> <i>¿Podemos enviar texto?</i></p>	
<p><b>Currently receiving /Actualmente recibo:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> FCM <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI or SSD</p>	

**Other Children** *Otros hijos*

Name <i>Nombre:</i> _____ DOB: _____	Name <i>Nombre:</i> _____ DOB: _____
Name <i>Nombre:</i> _____ DOB: _____	Name <i>Nombre:</i> _____ DOB: _____
Name <i>Nombre:</i> _____ DOB: _____	Name <i>Nombre:</i> _____ DOB: _____

**Notes/Comments/Concerns -Notas/Comentarios/Inquietudes:**

I am interested in having a home visitor, I give permission for information from today's meeting to be shared with igrow Lake County. I understand that this information will be shared to enable me to have contact with a home visiting program, and to receive information about additional services I may be eligible for, and that all information will be kept confidential by the home visit agencies.

*Estoy interesada en recibir visitas a domicilio. Doy permiso para que la información de la reunión del día de hoy se comparta con igrow del Condado de Lake. Entiendo que esta información se compartirá para permitirme tener contacto con una persona del programa de visitas al hogar, y para recibir información acerca de servicios adicionales a los que pueda ser elegible. Toda información se mantendrá confidencialmente por parte de las agencias de visitas a domicilio.*

I am pregnant and I am interested in receiving Doula support  No  Yes  
*Estoy embarazada y me interesa recibir apoyo de una Doula*

**X Client Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Firma del cliente*  **Verbal Consent / Consentimiento Verbal** *Fecha*

Referred by: \_\_\_\_\_  
 Name

Agency: \_\_\_\_\_

For HV Agencies only: Keeper?  Yes  No

**Please check one/Favor de marcar una**

**First Time Mother/Madre primeriza**

**Second time mother/Mamá por segunda vez**

**Third time or more mother/Mamá por tercera vez o más**

**Please fax completed referral form to the Lake County Health Department at 847-984-5574**  
 For more information visit: [igrowlakecounty.org](http://igrowlakecounty.org) or contact Edna Pompilus at [igrow@lakecountyil.gov](mailto:igrow@lakecountyil.gov) or 847) 377-8112

**Favor de enviar la forma completada al Departamento de Salud del Condado de Lake vía fax al 847-984-5574**  
 Para más información visite [igrowlakecounty.org](http://igrowlakecounty.org) o contacte a Edna Pompilus: [igrow@lakecountyil.gov](mailto:igrow@lakecountyil.gov) o al 847-377-8112

## Optional Information -Información Opcional

Please answer the following questions -Favor de contestar las siguientes preguntas:

<b>Check all that apply - Marque todos los que aplican</b>					
<input type="checkbox"/> Private Insurance -Aseguranza Privada	<input type="checkbox"/> Homeless -Sin Hogar				
<input type="checkbox"/> Regular Doctor -Doctor Regular	<input type="checkbox"/> Temporarily sharing home with others - Comparto casa con otras personas temporalmente				
<input type="checkbox"/> Reliable Transportation -Transportación segura	<input type="checkbox"/> Stable Housing -Casa estable				
<input type="checkbox"/> Single -Soltero/a	<input type="checkbox"/> Tobacco use in the home -Uso de tabaco en el hogar				
<input type="checkbox"/> Married - Casado/a					
<input type="checkbox"/> Early Intervention -Intervención Temprana:					
<input type="checkbox"/> Developmental Screening Done	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not Sure	<input type="checkbox"/> Yes: _____	DATE(MM/DD/YY)	
Evaluación del Desarrollo Completada	No	No estoy Seguro/a	Si:	Fecha (MM/DD/AA)	

<b>Guardian's Education -Educación del Tutor Legal</b>					
<b>Completed - Termine:</b>	<input type="checkbox"/> High School Preparatoria	<input type="checkbox"/> Some College Algo de estudios universitarios	<input type="checkbox"/> Associate Degree Un grado asociado	<input type="checkbox"/> Bachelor's Degree Licenciatura	<input type="checkbox"/> GED Preparatoria Abierta
<b>Currently Enrolled in -Estoy inscrito/a en:</b>	<input type="checkbox"/> Middle School Secundaria	<input type="checkbox"/> High School Preparatoria	<input type="checkbox"/> GED Preparatoria Abierta	<input type="checkbox"/> College Colegio o Universidad	

1. Race/Ethnicity -Raza/Etnicidad

Hispanic/Latino -Hispano/Latino

YES -Si

NO

American Indian or Alaska Native  
Indio Americano o Nativo de Alaska

Asian  
Asiático

Black or African American  
Negro o Afroamericano

Caucasian -Blanco

Native Hawaiian or Pacific Islander  
Nativo de Hawái o Islas del Pacifico

More than one race  
Mas de una raza

2. Does the family have current or former military members?

YES -Si

NO

¿La familia tiene miembros militares activos o retirados?

3. Any developmental delays in the home?

YES -Si

NO

¿Existen demoras en el desarrollo en el hogar?

4. Any concerns about child's development (please describe)? ¿Tiene Preocupaciones referente al desarrollo del niño/a? (por favor describa)

5. Mental Health Issues (please describe) (Cuestiones de Salud Mental (favor de describir))

6.  History of Post-Partum Depression -historia de depresión postparto

9.  History of alcohol and/or substance use -historia de uso de alcohol u otras sustancias

7.  Late or no prenatal care -cuidado prenatal tardío o no existente

10.  History of domestic violence -Historia de violencia domestica

8.  History of Miscarriage/fetal death -historia de abortos o perdida de bebe antes del nacimiento

11.  Victim of violent crime -víctima de un crimen violento

12. Father of Baby -Padre del bebe:  Very Involved -muy involucrado  Somewhat Involved -algo involucrado  Not Involved -no involucrado  Other -Otro \_\_\_\_\_

13. Contact information in case we cannot reach client -Información de contacto en caso de no poder contactar al cliente:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

<b>FOR OFFICE USE ONLY:</b>	
Referred to: _____	Date Assigned to Home Visitor: _____
Rev. 3	