



Home Visiting Program Interest Form

Amador County Public Health
Drop off form at 10877 Conductor Blvd. | Suite 400 | Sutter Creek, CA 95685 | 209-223-6407
Please email this completed form to: PatTeam@amadorcounty.gov or Fax to: 209-223-1562

Must live in Amador County/ Debe vivir en el Condado de Amador
Pregnant or have a child 0 - 5 years old/ Embarazada o con hijo de 0-5 años
Be willing to voluntarily participate in the program/ Participar en el programa voluntariamente
All information that is provided will remain confidential/ Toda la informacion obtenida sera confidencial

Primary Contact Info/Información del contacto principal:

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Phone Number/Número de teléfono: _____ Email/Correo Electrónico: _____

Primary Language/Lenguaje Principal: (Check one/Marque uno) English/Inglés Spanish/Español
 Other/Otro (Specify/especifique) _____

Race/Raza: (Check one/Marque uno) American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 Black/African American White Other Race/Otro raza (Specify/Especifique) _____

Ethnicity/Origen étnico: (Check one/Marque uno) Hispanic Non Hispanic Gender/Género: _____

Alternate Contact Info/Información de un contacto adicional:

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Address/Dirección: (If different from Primary contact/en caso de ser diferente al primario) _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Phone Number/Número de teléfono: _____ Email/Correo Electrónico: _____

Primary Language/Lenguaje Principal: (Check one/Marque uno) English/Inglés Spanish/Español
 Other/Otro (Specify/especifique) _____

Race/Raza: (Check one/Marque uno) American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 Black/African American White Other Race/Otro raza (Specify/Especifique) _____

Ethnicity/Origen étnico: (Check one/Marque uno) Hispanic Non Hispanic Gender/Género: _____

Continued on next page/Continúa en la página siguiente



Home Visiting Program Interest Form

Child/Children's Info/información del menor o los menores:

Child's Name/Nombre del Menor: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Race/Raza: (Check one/Marque uno) American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 Black/African American White Other Race/Otro raza (Specify/Especifique) _____

Ethnicity/Origen étnico: (Check one/Marque uno) Hispanic Non Hispanic Gender/Género: _____

Child's Name/Nombre del Menor: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Race/Raza: (Check one/Marque uno) American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 Black/African American White Other Race/Otro raza (Specify/Especifique) _____

Ethnicity/Origen étnico: (Check one/Marque uno) Hispanic Non Hispanic Gender/Género: _____

Child's Name/Nombre del Menor: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Race/Raza: (Check one/Marque uno) American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 Black/African American White Other Race/Otro raza (Specify/Especifique) _____

Ethnicity/Origen étnico: (Check one/Marque uno) Hispanic Non Hispanic Gender/Género: _____

If Pregnant, Due Date/Si está embarazada, cuándo es la fecha del parto: _____

General information needed/Información general necesaria:

What is your preferred method of initial contact/ Cual es su metodo preferido de communication inicial:

(Check one/Marque uno) Phone/ teléfono Email/ correo electrónico Text/ Texto

Interpreter services needed/Necesita el servicio de un inerprete: (Check one/Marque uno) Yes/Sí No

How did you hear about our program/Como escucho de nuestro programa:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Website/Sitio en la red | <input type="checkbox"/> Doctor |
| <input type="checkbox"/> Provider/Proveedor | <input type="checkbox"/> Social Media/Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Community Event/Evento comunitario | <input type="checkbox"/> Family or Friend/Familiar o amigo |
| <input type="checkbox"/> Brochure or Flyer/ Folleto o volante | <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____ |

Continued on next page/Continúa en la página sigüient



Home Visiting Program Interest Form

Please select all the situations that apply to you or your family/ Por favor seleccione todas las circunstancias que apliquen a usted y a su familia:

- Child with low birth weight (under 3.5 pounds)/Hijo con peso bajo (3.5 libras)
- Child born prematurely (less than 37 weeks of pregnancy)/Hijo nacido prematuramente (menos de 37 semanas de embarazo)
- Housing instability/ Hogar inestable
- Low income/ Bajos ingresos
- Young parent, under the age of 21 years old/ Padre joven, bajo la edad de los 21 años
- Either parent or child with disability or chronic health condition/ Padre o hijo con incapacidad o condicion cronica de salud
- Death in immediate family (child, sibling, parent, guardian)/Muerte en la familia cercana (hijo, hermano, padre, guardian)
- Military deployment of parent or guardian/ Despliegue militar de padre o guardian
- Parent or guardian with substance use disorder or mental health issue/ Padre o guardian con desorden de uso de sustancias o enfermedad emocional
- Parent or guardian did not complete high school or GED/ Padre or guardian no termino la preparatoria o el GED
- History of child abuse, neglect or intimate partner violence/ Historial de abuso infantil, descuido o violencia entre pareja
- Recent immigrant or refugee not born in the U.S. (excluding Puerto Rico, Guam and the U.S. Virgin Islands) Imigro recientemente o es un refugiado no nacido en los E. U. (excluyendo a Puerto Rico, Guam o Las Islas Virgenes)
- Other/ Otro _____

Name of person completing this form. Please provide referring agency, as well as the name and phone number, if applicable/Nombre de la personas llenando este formulario. Proporcione el nombre de su agencia nombre y numero de teléfono:



This project is/was supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) under grant number and title for grant amount (specify grant number, title, total award amount and percentage financed with nongovernmental sources). This information or content and conclusions are those of the author and should not be construed as the official position or policy of, nor should any endorsements be inferred by HRSA, HHS or the U.S. Government.