



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:

