

Programa de Abogacía Para Familias de la Península

Una Colaboración Médica-Legal para Niños

REFERRAL SOURCE

Provider's Name:	Child's Name:
Parent's Name:	Child's Date of Birth:
Type of Provider:	Family's Phone #:
Provider Phone #:	Other Contact #:
Provider Pager #:	Okay to Leave Message?: Yes No
Provider Fax #:	Preferred Language:
Consultation Date:	Patient's Next Clinic Appt:

PRESENTING PROBLEM(S) (check all that apply)

- Health Insurance
- Medical Bills
- Housing Problems
- Disability Benefits
- Welfare
- Food Stamps
- WIC
- Employment

- Domestic Violence
- Child Abuse or Neglect
- Child Support
- Child Custody/Visitation
- Guardianship
- Immigration
- Special Education
- Other: _____

Yo, _____, autorizo que el Programa de Abogacía para Familias avise al proveedor de servicios de salud (el nombre de quien está escrito en este formulario) que he tenido una consulta con el Programa de Abogacía para Familias y si el Programa fue capaz de ayudarme a resolver el problema o referirme a otros recursos. También autorizo que el Programa de Abogacía para Familias avise mi proveedor de servicios de salud si el Programa no puede contactarme.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Provider Signature

Please fax to:
Francisca Guzman, Family Advocacy Program,
Legal Aid Society of San Mateo County,
Fax Number: (650) 558-0673. If possible, please leave a voicemail explanation at: (650) 375-0185, ext. 3304. Thank you!

LEGAL AID SOCIETY
 OF SAN MATEO COUNTY
 5521 East th Avenue, San Mateo, CA 94402
 M. Stacy Hawver, Executive Director