



## Formulario de Remisión al Programa PASOs

Por favor complete el siguiente formulario, imprímalo, y mándelo por fax o correo electrónico al contacto de su condado:

Midlands: Fax (803) 777-0318 o e-mail [margarita@scpasos.org](mailto:margarita@scpasos.org)

Saluda: Fax (803) 829-8445 o email [ana@scpasos.org](mailto:ana@scpasos.org)

Greenville: Fax (864)455-3813 o email [andrea@scpasos.org](mailto:andrea@scpasos.org)

Beaufort: Fax (843)522-5066 o email [yajaira@scpasos.org](mailto:yajaira@scpasos.org)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Paciente:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Semanas de embarazo:** \_\_\_\_\_ **Fecha estimada de parto:** \_\_\_\_\_

---

**Remitir a** (marque con una X las casillas correspondientes)

**Clases prenatales:** \_\_\_\_\_

**Vincular con recursos locales** (especificar la necesidad de la paciente): \_\_\_\_\_

**Apoyo social** (especificar la necesidad de la paciente): \_\_\_\_\_

---

**Remitido por:**

**Nombre** (letra imprenta): \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Deseo obtener seguimiento de esta remisión:** Si  No

---

(Uso exclusivo del programa PASOs)

**Seguimiento de la remisión**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_