



Puerto Rico Family-to-Family Center

Centro de apoyo a familias de niños y jóvenes entre 0-21 años con necesidades especiales de salud.

HOJA DE REFERIDO DE PARTICIPANTE

Fecha: _____

I. Información de familiar a referir al PR-F2FC:

Nombre del participante a referir (*padre/madre/encargado*): _____

Relación con el/la niño/joven con necesidades especiales (NES): _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Pueblo: _____

II. Información sobre niño/jóven con NES:

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Plan médico (*si es Vital- especificar aseguradora*): _____

Diagnóstico/s: _____

III. Motivo de referido de la familia al PR-F2FC:

- Apoyo entre pares
- Búsqueda de servicios/especialistas (*especifique*): _____
- Coordinación de servicios (*especifique*): _____
- Cubierta de plan de salud
- Información/Orientación sobre servicios de salud
- Transición a servicios de salud adulto
- Otro (*especifique*): _____

Comentarios adicionales: _____

Referido por: _____, _____
(Nombre y apellido) (organización/agencia)

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

* Completar referido en todas sus partes y enviar por correo electrónico a prf2fc.rcm@upr.edu

Junio 2022