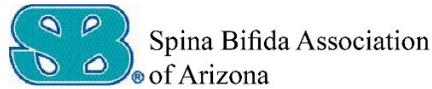


Forma de Referencia de la Familia

Por favor fax para: 602.274.7632



Spina Bifida Association of Arizona (SBAAZ) provee apoyo, información, recursos, entrenamiento y asistencia a las familias de niños con Espina Bifida. En Arizona. Todos los programas y servicios son provistos a cualquier edad y etapa de desarrollo del niño y adultos con EB también.

Al proveer la siguiente información usted está dando autorización a SBAAZ para iniciar comunicación con las familias que usted esta remitiendo para servicios. En la mayoría de los casos, al recibir su remisión, la familia será contactada dentro de 48 horas o inmediatamente en casos emergentes. Toda información es tratada como confidencial y no será liberada a otras organizaciones o individuos.

Información Profesional:

Nombre (letra de molde por favor): _____

Agencia/negocio: _____

Número de teléfono: _____

Email: _____

Firma: _____

Información acerca de la familia (letra de molde por favor):

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/ Código Postal: _____

Email: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnostico /Necesidad Especial: _____

Autorización para liberación de información por parte de la familia

Por la presente doy autorización para liberar información a Spina Bifida Association of Arizona esperar una llamada telefónica dentro de unos días después del recibir esta autorización.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

1001 E. Fairmount Avenue, Phoenix, AZ 85014
602.274.3323 www.sbaaz.org