



Welcome Baby Program Outreach Form

Date: _____

Outreach Location: stfrancismedicalcenter.com

My Information (Mi información):

Name (Nombre)

Home Address (Domicilio)

Apartment (Número de apartamento)

City (Ciudad)

Zip Code (Código Postal)

Phone
(Número de teléfono)

Alternate phone
(Otro número de teléfono)

Email
(Correo electrónico)

Language (Idioma preferido)

English (Inglés)

Spanish (Español)

Other (Otro):

My date of birth (Mi fecha de nacimiento)

Expected due date (Fecha de parto)

Hospital I plan to deliver my baby
(El hospital de la entrega)

Is this your first pregnancy? (¿Es este su primer embarazo?)

Yes (Si) No (No)

Are you interested in the Welcome Baby Program? (Está interesada en el programa Welcome Baby?)

Yes (Si) Maybe (Tal vez)

By selecting "Yes" or "Maybe", I _____
(Signature/Firma)

give permission for a representative of Welcome Baby to contact me regarding possible enrollment into the Welcome Baby Program. (Al seleccionar sí o tal vez, yo autorizo que un representante de Welcome Baby se comuniqué conmigo sobre la posibilidad de inscribirme en el programa Welcome Baby.)

Please indicate if Welcome Baby can also send information to the address listed above. Yes (Si) No
(Por favor, indique si Welcome Baby también puede enviar información a la dirección que aparece arriba.)

No

No, I do not want a representative from Welcome Baby to contact me. (No, yo no quiero un representante de Welcome Baby que me llame.)