

Welcome Every Baby – Family Connects

Porque los bebés no vienen con instrucciones...

Welcome Every Baby (WEB) Bienvenidos Cada Bebé, ha estado brindando visitas gratis a domicilio desde el 2002. Las visitas son hechas por enfermeras con entrenamiento de posparto y lactancia materna. En el 2018, WEB se certificó en el modelo Family Connects basado en evidencias certificadas científicas y ahora se conoce como **Welcome Every Baby – Family Connects (WEB-FC)**. El enfoque del WEB-FC es en la relación principal entre los padres y sus recién nacidos también durante la visita de WEB se le brinda a los padres educación, evaluaciones, recursos y referencias a otras agencias y servicios comunitarios.

Los padres que han tenido una visita de **WEB-FC** en su hogar o de telesalud (teléfono or video) después del parto informan que se sienten más seguros de sus habilidades de crianza, seguros de la salud y el desarrollo de sus bebés, tienen mayor éxito con la lactancia materna y más conectados con su comunidad.

WEB-FC es un programa del Servicio de Recursos para Niños y Familias que trabaja en colaboración con la Oficina de Educación del Condado de Santa Barbara y colabora con hospitales locales, proveedores de atención médica y organizaciones comunitarias para brindar a todas la familias y bebés el mejor comienzo posible en la vida.

Aspectos más destacados de la visita al hogar o de telesalud (teléfono o video):

- Chequeo de salud y el peso del recién nacido
- Examinar la salud de la madre
- Apoyo a la lactancia materna
- Consejos para cuidar al recién nacido: alimentación, baño, calma, desarrollo, dormir seguro, y más.
- Apoyo emocional y detección de depresión posparto
- Información sobre recursos comunitarios enfocados en la familia, actividades y grupos de padres
- Asistencia con referencias a recursos



Cómo registrarse para recibir visita(s) gratis al hogar o de telesalud (teléfono or video)

- **En el Hospital:** Firme la forma de consentimiento WEB antes de que usted y su recién nacido dejen el hospital.
- **Por teléfono:** Usted or su doctor puede llamarnos para hacer una cita. (805) 729-1593

Visíte el programa *Welcome Every Baby – Family Connects en línea* a www.sbceo.org/domain/121 para aprender más sobre los servicios.

Welcome Every Baby-Family Connects ~ 3970 La Colina Rd., Suite 2, S.B., CA 93110 ~ welcomeeverybaby@sbceo.org



De acuerdo con First 5 of Santa Barbara, si usted vive en el condado de Santa Barbara puede ser elegible para una *Visita en el Hogar de una Enfermera de Welcome Every Baby (WEB, por sus siglas en inglés)*.

- Sí. Me gustaría que una enfermera de WEB se comunicara conmigo para comentar mi posible participación en el *Programa de Visita en el Hogar WEB* sin costo alguno para mí ni seguro.
- Nó.** Prefiero no participar en este momento.

Por la presente autorizo: que Santa Barbara Cottage Hospital le proporcione al coordinador WEB del hospital una copia de este formulario de consentimiento para que WEB pueda comunicarse conmigo para explicar y ofrecerme los servicios de WEB. Yo mantengo los siguientes derechos: tener una copia de este formulario y revocar mi consentimiento en cualquier momento. El uso, la divulgación y la protección de la confidencialidad de la salud e información médica del paciente está sujeta al cumplimiento de las leyes correspondientes de privacidad estatales y federales incluyendo la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, Ley Pública 104-191 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Este acuerdo vencerá dos (2) semanas a partir de la fecha en la que se firme.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____ a.m./p.m.
(Signature) (Date) (Time)

Si firma otra persona que no sea la paciente, indique el parentesco: _____
(If not patient signing, relationship)

Por favor anote la dirección y número de teléfono donde se le pueda localizar **durante las dos primeras semanas después del alta**. Por favor agregue cualquier otro número al que podamos llamar, si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: _____ Teléfono: _____
(Name) (Phone)
Dirección: _____ Teléfono Alternativo: _____
(Address) (Alternate Phone)

Domicilio (si es diferente a la mencionada arriba):

(Home address if different than above)

Nombre _____ Teléfono _____
(Name) (Phone)
Dirección _____
(Address)

Fecha del Parto: _____ Fecha del Alta: _____ Vaginal o Cesdrea _____ G _____ P _____
(Delivery Date) (Discharge Date) (Vaginal or Cesarean)

Obstetra: _____ Nombre del bebé: _____ Niño o Niña: _____ Apgars _____ G.A _____
(OB) (Baby's Name) (Boy or girl)

Peso al Nacer: _____ Peso al Ser Dado de Alta: _____ Ped.: _____
(Birth Wt.) (Discharge Wt.)

- El Ayuda con la lactancia (Help Breastfeeding)
- Otra información importante: _____ (Other info)

Si opta por no inscribirse para recibir los servicios WEB en este momento, puede llamar a la Línea - WEB en cualquier momento para recibir ayuda con la lactancia, el cuidado de su recién nacido, depresión post-parto (PPD, por sus siglas en inglés), otros temas maternos o relacionados con el recién nacido y el desarrollo del niño. Línea -WEB: (805) 729-1593.



WEB CONSENT FORM (SPANISH)