



REFERRAL FORM

Northern Nevada Office

3710 Grant Dr. Suite #B
Reno, NV 89509
Phone: 775-823-9500
Fax: 775-323-2205

Southern Nevada Office

6130 Elton Avenue Suite. #100
Las Vegas, NV 89107
Phone: 702-740-4200
Fax: 702-216-0321

Statewide Toll Free: 1-866-326-8437

Family TIES of Nevada is a statewide nonprofit organization that provides training, information, emotional support, and advocacy to people who have special health care needs or disabilities of all ages, their family members and professionals who serve them. Our Family Support Coordinators/staff are family members who understand first-hand how to navigate the complex systems of care for this population.

Family TIES of Nevada es una organización estatal sin fines de lucro que brinda entrenamiento, información, apoyo emocional y abogacía a las personas que tienen necesidades especiales de salud o discapacidades de todas las edades, a los miembros de sus familias y profesionales que les sirven. Nuestros Coordinadores de Apoyo Familiar, son padres que entienden cómo navegar los sistemas complejos de cuidado médico para esta población.

PERSONAL INFORMATION (INFORMACIÓN PERSONAL)

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

Home Telephone (Teléfono de Casa): _____

Work Telephone (Trabajo): _____

Best time to contact you (mejor hora para que le llamemos): _____

INFORMATION OF CHILD/ADULT WITH SPECIAL NEEDS (INFORMACION DEL NIÑO/ADULTO CON NECESIDADES ESPECIALES)

Relationship to the child or adult (Parentezco con el niño/adulto): _____

Child/Adult Name (Nombre del niño/adulto): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Diagnosis of the child or adult (Diagnostico del niño/adulto): _____

Medical Insurance (Seguro medico): _____

PERMISSION TO SHARE INFORMATION (CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN)

I (yo), _____, give my permission for my health care provider (doy consentimiento a mi proveedor de servicios medicos) _____ (print provider's name (nombre del proveedor de servicios medicos), to share any and all pertinent information regarding my child (para compartir cualquier informacion relacionada con mi niño), _____ (print child's name).

Individual/Parent/Legal Guardian Signature _____

Date: _____

REFERRED BY (REFERRIDO POR) _____

FAX completed form to: 775-323-2205 (Reno office) 702-216-0321 (Las Vegas office)