

Tel: 530-898-5925

Fax: 530-898-4870

Correo electrónico: [mcrc@csuchico.edu](mailto:mcrc@csuchico.edu)

Passagescenter.org

### Permiso para Referir Cuidador

Instrucciones:

1. Nombre de la agencia de referencia y la información de contacto del cuidador.
2. El cuidador firma y fecha el formulario
3. Mandalo por fax o correo electrónico al Passages Caregiver Resource Center

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cuidador), doy permiso a  
\_\_\_\_\_ (nombre de agencia) para dar mi nombre y  
información de contacto a Passages Caregiver Resource Center para que un asesor familiar pueda  
comunicarse conmigo sobre el apoyo y las oportunidades educativas que puedan estar disponibles para mi.

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Nombre del ser querido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Información de contacto para el cuidador: Teléfono (casa) \_\_\_\_\_  
(cellular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico del cuidador: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del ser querido: \_\_\_\_\_

Idioma principal del cuidador: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, entiendo que los clientes de CRC son cuidadores familiares y que los servicios ofrecidos por Passages CRC no están necesariamente enfocados en el paciente.

*El nombre y la información personal de cualquier persona referida a Passages CRC se mantiene estrictamente confidencial.*

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_

Número de teléfono/correo electrónico: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si desea que alguien se comunice con su agencia para informarle sobre el programa Passages CRC y los servicios ofrecidos.