

Attachment 18 – Spanish Contact Information Form

Gracias por darnos la información de contacto de su hijo. Los hallazgos de la encuesta ayudarán a adultos que nacieron con afecciones del corazón y ayudarán a las vidas futuras de niños que nazcan con estas afecciones.

Su nombre actual (nombre, apellido): _____

Su nombre al momento del nacimiento de su hijo (nombre, apellido): _____

Nombre actual del hijo (nombre, apellido): _____

Nombre de nacimiento de su hijo (nombre, apellido): _____

Número de teléfono del hijo (xxx)-xxx-xxx: _____

Dirección postal del hijo: _____
Número y calle Número del apartamento

Ciudad, estado, código postal

Dirección de correo electrónico del hijo: _____

MLS- 257893

Se estima que la carga pública reportada para recopilar esta información es en promedio 2 minutos, incluido el tiempo para completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información incluidas sus sugerencias para reducir la carga del tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road, NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333: Atención: PRA (0920-XXXX).