**Attachment 19 -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

**Su nombre actual:**

*Nombre Apellido*

**Su nombre al momento**  **del nacimiento de su hijo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nombre*  |  | *Apellido*  |
|  |  |  |

# Los datos de contacto de su hijo(a)

**Nombre actual del hijo:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Nombre*  |  | *Apellido*  |
|  |  |   |  |
| **Nombre de nacimiento de su hijo:**  |  |   |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Nombre*  |  | *Apellido*  |
|  |  |   |  |
| **Número de teléfono del hijo:**  |  |   |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(xxx) xxx-xxxx*   |
|   |   |
| **Dirección postal del hijo:**  |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Número y calle*  |  |  |   | *Número del apartamento*  |
|  |  |  |   |  |
|   |   |   |  |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | *Ciudad*  |  | *Estado*  |  | *Código Postal*  |
|   |  |  |   |  |  |
| **Dirección de correo electrónico del hijo:**  |  |  |   |  |  |