**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:** |  |  |  |  |  |