

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
su hijo:

del nacimiento de

Nombre

*Apelli
do*

Los datos de contacto de su hijo(a)

Nombre actual del hijo:

Nombre

*Apelli
do*

Nombre de nacimiento
de su hijo:

Nombre

Apelli

do

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:
