

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:**
