

**CLIENT INFORMATION**

*Doula services are currently only available to Paterson residents.*

Does client/patient consent to being contacted by the Partnership's Doula program?  Yes  No

Full Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Preferred Language \_\_\_\_\_ Birthing Hospital \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Weeks gestation \_\_\_\_\_ Due Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Health Insurance  NJ FamilyCare / Medicaid  Medicaid PE  Medicaid ME  Commercial/Private  No insurance/self-pay

If Medicaid,  
name of managed care plan: \_\_\_\_\_

Race  American Indian or Alaskan Native  Asian  Black or African American  Native Hawaiian or Other Pacific Islander  White  Multi-racial

Ethnicity *Hispanic/Latinx*  Yes  No

*Please share any concerns in the space below that are important for us to know about:*

**EMERGENCY CONTACT DETAILS**

Contact Name \_\_\_\_\_

Relationship \_\_\_\_\_ Mobile Number \_\_\_\_\_

**INFORMATION OF REFERRING HOSPITAL/ORGANIZATION:**

Organization/Hospital \_\_\_\_\_

Person making referral \_\_\_\_\_

Phone #/E-mail \_\_\_\_\_ Staff Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Please send this completed referral form to [doula@pmch.org](mailto:doula@pmch.org).**

**A community doula will contact the client within two working days.**

**Thank you!**



**PMCH use only:**

Date rec'd: \_\_\_\_\_ Assigned Doula: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL CLIENTE**

*Los servicios de doula están actualmente disponibles para los residentes de Paterson.*

¿El cliente/paciente acepta ser contactado por el programa de Doula del Partnership?  Si  No

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lenguaje preferido \_\_\_\_\_ Hospital donde dará a luz \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Semanas de embarazo \_\_\_\_\_ Fecha de parto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Seguro Medico  NJ FamilyCare / Medicaid  Medicaid PE  Medicaid ME  Comercial/Privado  Ningún seguro/pago propio

*Si Medicaid, nombre del plan:* \_\_\_\_\_

Raza  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo hawaiano o Otros isleños del Pacífico  Blanco  Multirracial

Origen étnico *Hispano/Latinx*  Si  No

*Por favor, comparta cualquier problema de salud en el espacio debajo que sea importante que sepamos:*

**DETALLES DEL CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre de Contacto \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL HOSPITAL/ORGANIZACIÓN DE REFIRENDO**

Organización/Hospital \_\_\_\_\_

Persona refiriendo \_\_\_\_\_

Teléfono/Correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario completo a  
doula@pmch.org.**

**Una doula comunitaria se comunicará  
con el cliente dentro de dos días  
laborables.**

**¡Gracias!**



**PMCH use only:**

Date rec'd: \_\_\_\_\_ Assigned Doula: \_\_\_\_\_