

Evaluación de riesgos para la salud – Niños (6 meses a 17 años)

Información del miembro:

1) Dirección de correo postal preferida: _____

2) Número de teléfono preferido: +_ (____) ____ - ____

3) Dirección de correo electrónico: _____

4) Raza (marque la opción que corresponda):

- ☐ Indio americano / Nativo de Alaska
☐ De color / Afroamericano
☐ Blanco
☐ Prefiero no responder

- ☐ Asiático
☐ Hawaiano nativo / Isleño del Pacífico
☐ Otro
☐ No lo sé

a. Si eligió “Otro”, indique la raza aquí: _____

b. **Si eligió “Indio americano”:** ¿Su hijo es elegible para recibir Indian Health Services (Servicios de Salud para Indígenas)?

☐ Sí ☐ No

5) Origen étnico:

- ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro
☐ Prefiero no responder ☐ No lo sé

a. Si eligió “Otro”, indique el origen étnico aquí: _____

6) Idioma:

- ☐ Inglés ☐ Español
☐ Otro ☐ No lo sé

a. Si eligió “Otro”, indique el idioma preferido aquí: _____

7) ¿Su hijo tiene algún problema de audición, visión o habla que requiera servicios especiales?

☐

Sí

☐

No

☐

No lo sé

a. Si la respuesta es “Sí”, explique: _____

Salud / Seguridad global

8) En general, ¿cómo calificaría la salud de su hijo?

☐ Excelente	☐ Muy buena	☐ Buena
☐ Regular	☐ Mala	☐ No lo sé

a. Si eligió "Mala", explique: _____

9) En una escala del 0 al 10, ¿qué tan preparado está para hacer cambios para la salud de su hijo? _____

a. Si escribió 8, 9 o 10, díganos qué cambios le gustaría hacer: _____

10) ¿Su hijo tiene un proveedor de atención médica?

☐ Sí ☐ No* ☐ No lo sé

Es importante identificar a un médico o proveedor de atención médica que le ayude a mantenerse saludable y en caso de que se enferme

a. Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del proveedor de atención médica de su hijo?

b. ¿Su hijo ha visto a su médico o proveedor de atención médica en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

i. Si respondió "Sí", ¿para qué fue a visitar a su médico?

☐ Atención preventiva	☐ Atención de enfermos	☐ Visita poshospitalaria
☐ Visita posterior a la sala de emergencias	☐ Otra visita	

ii. Si eligió "Otra visita", ¿para qué fue la visita? _____

11) ¿Su hijo ha asistido a todas sus visitas recomendadas durante el último año? (Al menos una vez al año o más si el niño es menor de 3 años).

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

12) ¿Cuántos años tiene su hijo? _____

13) Si su hijo tiene entre **6 meses y 3 años**:

a. ¿Su hijo ha tenido al menos una prueba de detección de plomo antes de los 2 años?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

b. ¿Están al día las vacunas de su hijo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

c. ¿Su hijo se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Se recomienda que todas las personas a partir de los 6 meses de edad se vacunen contra la gripe cada año. Vacunarse anualmente contra la gripe es la mejor manera de protegerse y proteger a su familia de la gripe

d. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos 3 meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

e. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

f. ¿Cuántos medicamentos está tomando su hijo actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica? _____

- i. Si su hijo está tomando medicamentos recetados, ¿hay algo que le impida tomar los medicamentos de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

1. Si la respuesta es “Sí”, explique qué impide que su hijo tome sus medicamentos: _____

- ii. ¿Alguna vez olvidó darle a su hijo sus medicamentos?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- g. ¿Su hijo siempre usa el cinturón de seguridad o se sienta en un asiento de automóvil para niños cuando usted conduce o viaja en un automóvil?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- h. ¿Su hijo vive con alguien que es un fumador habitual?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

14) Si su hijo tiene entre **4 y 10 años**:

- a. ¿Su hijo ha tenido al menos una prueba de detección de plomo antes de los 2 años?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- b. ¿Están al día las vacunas de su hijo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- c. ¿Su hijo se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Se recomienda que todas las personas a partir de los 6 meses de edad se vacunen contra la gripe cada año. Vacunarse anualmente contra la gripe es la mejor manera de protegerse y proteger a su familia de la gripe

d. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos 3 meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

e. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

f. ¿Cuántos medicamentos está tomando su hijo actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica? _____

i. Si su hijo está tomando medicamentos recetados, ¿hay algo que le impida tomar los medicamentos de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

1. Si la respuesta es "Sí", explique qué impide que su hijo tome sus medicamentos: _____

ii. ¿Alguna vez olvidó darle a su hijo sus medicamentos?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

g. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista?

☐	En los últimos 6 meses	☐	En los últimos 12 meses	☐	Hace más de 1 año*
☐	Nunca ha visto a uno	☐	No lo sé		

La atención dental de rutina es importante para la salud física y bucal de su hijo

h. ¿Cuál es la estatura de su hijo? (Escriba en pies / pulgadas) _____ pies _____ pulgadas

- i. ¿Cuál es el peso de su hijo? (Escriba en libras) _____ libras
- j. ¿Usted o su proveedor de atención médica han tenido preocupaciones sobre el peso de su hijo?

☐	Sí (sobrepeso)	☐	Sí (bajo peso)	☐	No
--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----

- i. Si su hijo tiene sobrepeso, ¿está interesado en trabajar para que su hijo logre un peso más saludable?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- k. ¿Su hijo sigue una dieta saludable, por ejemplo, come frutas, verduras y cereales integrales, todos los días y limita el azúcar y las grasas saturadas?

☐	Sí, la mayoría del tiempo	☐	Sí, a veces
☐	No, no muy a menudo	☐	No lo sé

- l. ¿Su hijo participa en actividad física regular?

☐	Sí	☐	No
☐	Mi hijo no puede hacer ejercicio debido a afecciones médicas	☐	No lo sé

- m. ¿Su hijo siempre usa el cinturón de seguridad o se sienta en un asiento de automóvil para niños cuando usted conduce o viaja en un automóvil?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- n. ¿Su hijo siempre usa casco cuando anda en bicicleta, scooter, etc.?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- o. ¿Su hijo vive con alguien que es un fumador habitual?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

p. ¿Su hijo tiene mayor dificultad que un niño típico de su edad al realizar actividades habituales, como ir al baño, comer, caminar o bañarse solo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

i. Si respondió "Sí", ¿quién ayuda a su hijo con estas actividades ahora?

ii. ¿Le vendría bien ayuda adicional con estas actividades?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

15) Si su hijo es mujer y tiene entre 11 y 15 años, u hombre y tiene entre 11 y 17 años:

a. ¿Están al día las vacunas de su hijo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

b. ¿Su hijo ha recibido las siguientes vacunas?

i. Antimeningocócica (vacuna contra la meningitis):

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

ii. Vacuna contra el tétanos desde que cumplió 10 años:

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

iii. Serie de vacunas contra el VPH (prevención del cáncer):

☐	1 dosis	☐	2 dosis
☐	Ninguna dosis	☐	No lo sé

iv. Vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses:

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

c. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos tres meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
--------------------------	-------------	--------------------------	---------

☐	Dos veces	☐	Tres o más veces
--------------------------	-----------	--------------------------	------------------

- d. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

- e. ¿Cuántos medicamentos está tomando su hijo actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica? _____

- i. Si su hijo está tomando medicamentos recetados, ¿hay algo que le impida tomar sus medicamentos de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

1. Si la respuesta es "Sí", ¿qué impide que su hijo tome sus medicamentos?

2. ¿Alguna vez olvidó darle a su hijo sus medicamentos?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- f. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista?

☐	En los últimos 6 meses	☐	En los últimos 12 meses	☐	Hace más de 1 año*
☐	Nunca ha visto a uno	☐	No lo sé		

- g. ¿Cuál es la estatura de su hijo? (Escriba en pies / pulgadas) _____ pies _____ pulgadas

- h. ¿Cuál es el peso de su hijo? (Escriba en libras) _____ libras

- i. ¿Usted o su proveedor de atención médica han tenido preocupaciones sobre el peso de su hijo?

☐	Sí (sobrepeso)	☐	Sí (bajo peso)	☐	No
--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----

- i. Si su hijo tiene sobrepeso, ¿está interesado en trabajar para que su hijo logre un peso más saludable?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- j. ¿Su hijo sigue una dieta saludable, por ejemplo, come frutas, verduras y cereales integrales, todos los días y limita el azúcar y las grasas saturadas?

☐	Sí, la mayoría del tiempo	☐	Sí, a veces
☐	No, no muy a menudo	☐	No lo sé

- k. ¿Su hijo participa en actividad física regular?

☐	Sí	☐	No
☐	Mi hijo no puede hacer ejercicio debido a afecciones médicas	☐	No lo sé

- l. ¿Su hijo siempre usa el cinturón de seguridad o se sienta en un asiento de automóvil para niños cuando usted conduce o viaja en un automóvil?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- m. ¿Su hijo siempre usa casco cuando anda en bicicleta, scooter, etc.?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- n. ¿Su hijo vive con alguien que es un fumador habitual?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- o. ¿Su hijo tiene mayor dificultad que un niño típico de su edad al realizar actividades habituales, como ir al baño, comer, caminar o bañarse solo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- i. Si respondió “Sí”, ¿quién ayuda a su hijo con estas actividades ahora?

- ii. ¿Le vendría bien ayuda adicional con estas actividades?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- 16) Si su hijo es una mujer de 16 a 17 años:

- a. ¿Están al día las vacunas de su hijo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- b. ¿Su hijo ha recibido las siguientes vacunas?

- i. Antimeningocócica (vacuna contra la meningitis):

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- ii. Vacuna contra el tétanos desde que cumplió 10 años:

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- iii. Serie de vacunas contra el VPH (prevención del cáncer):

☐	1 dosis	☐	2 dosis
☐	Ninguna dosis	☐	No lo sé

- iv. Vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses:

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- c. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos tres meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

- d. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?

☐	Ninguna vez	☐	Una vez
☐	Dos veces	☐	Tres o más veces

- e. ¿Cuántos medicamentos está tomando su hijo actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica? _____

- i. Si su hijo está tomando medicamentos recetados, ¿hay algo que le impida tomar sus medicamentos de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

1. Si la respuesta es "Sí", ¿qué impide que su hijo tome sus medicamentos?

2. ¿Alguna vez olvidó darle a su hijo sus medicamentos?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- f. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista?

☐	En los últimos 6 meses	☐	En los últimos 12 meses	☐	Hace más de 1 año*
☐	Nunca ha visto a uno	☐	No lo sé		

- g. ¿Cuál es la estatura de su hijo? (Escriba en pies / pulgadas) _____ pies _____ pulgadas

- h. ¿Cuál es el peso de su hijo? (Escriba en libras) _____ libras

- i. ¿Usted o su proveedor de atención médica han tenido preocupaciones sobre el peso de su hijo?

☐	Sí (sobrepeso)	☐	Sí (bajo peso)	☐	No
--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----

- i. Si su hijo tiene sobrepeso, ¿está interesado en trabajar para que su hijo logre un peso más saludable?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- j. ¿Su hijo sigue una dieta saludable, por ejemplo, come frutas, verduras y cereales integrales, todos los días y limita el azúcar y las grasas saturadas?

☐	Sí, la mayoría del tiempo	☐	Sí, a veces
☐	No, no muy a menudo	☐	No lo sé

- k. ¿Su hijo participa en actividad física regular?

☐	Sí	☐	No
☐	Mi hijo no puede hacer ejercicio debido a afecciones médicas	☐	No lo sé

- l. ¿Su hijo siempre usa el cinturón de seguridad o se sienta en un asiento de automóvil para niños cuando usted conduce o viaja en un automóvil?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- m. ¿Su hijo vive con alguien que es un fumador habitual?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- n. ¿Sospecha que su hija puede ser sexualmente activa ahora o lo ha sido en el pasado?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- o. ¿A su hija se le han realizado pruebas en el último año para detectar ETS como clamidia?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- i. Si la respuesta es “Sí”, ¿dónde y cuándo le realizaron a su hija la prueba para detectar clamidia?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- p. ¿Su hija está embarazada?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- i. Si la respuesta es “Sí”, ¿cuándo es la fecha del parto? ____/____/____

Preocupaciones sociales:

17) En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

18) En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no duró y no tuvo dinero para comprar más?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

19) En los últimos 2 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que es suya, que alquila o en la que se aloja como parte de un hogar?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

20) ¿Actualmente le preocupa tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", explique dichas preocupaciones: _____

21) ¿Se siente seguro en su hogar y alrededor de todas las personas en su vida?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

a. Si la respuesta es "No", explique cualquier preocupación que tenga sobre la seguridad: _____

22) ¿Sabe de algo realmente aterrador o perturbador que le haya sucedido a usted, a su hijo o a alguien de su familia?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

a. Si la respuesta es “Sí”, explique: _____

23) ¿Tiene acceso a un teléfono seguro y confiable?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

24) ¿Alguna vez ha tenido problemas con el transporte a sus citas médicas?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Salud física:

25) ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo tiene una o más de estas afecciones? (Marque todo lo que corresponda)

☐	Asma	☐	Trastorno óseo / del crecimiento	☐	Cáncer
☐	Fibrosis quística	☐	Retraso en el desarrollo	☐	Diabetes tipo 1
☐	Diabetes tipo 2	☐	Prediabetes	☐	Eczema
☐	Niveles elevados de plomo en sangre	☐	Enfermedad cardíaca	☐	Enfermedad renal
☐	Nacimiento prematuro	☐	Convulsiones	☐	Enfermedad de células falciformes
☐	Apoplejía	☐	Trasplante		

¿Tiene alguna otra afección que no se mencionó anteriormente? Enumérelas aquí: _____

a. Si su hijo ha tenido un **TRASPLANTE**: ¿Hace cuánto tiempo fue el trasplante? _____

26) En una escala del 0 al 10, ¿cuánto afectaron los problemas de salud de su hijo a sus actividades diarias o educación durante los últimos 7 días? (0 = Los problemas de salud no tuvieron ningún efecto, 10 = Los problemas de salud le impidieron realizar sus actividades diarias) _____

Salud del comportamiento:

27) ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones de salud del comportamiento?

☐	ADD / ADHD	☐	Autismo
☐	Trastorno alimenticio	☐	Discapacidad del aprendizaje

¿Su hijo tiene algún otro trastorno de salud del comportamiento que no se mencionó anteriormente? _____

28) ¿Su hijo ha recibido tratamiento por una afección de salud del comportamiento o por consumo de sustancias en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de tratamiento? _____

29) ¿Su hijo ha estado en la sala de emergencias u hospitalizado en los últimos 3 meses debido a una afección de salud del comportamiento?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

30) ¿Le gustaría que su hijo recibiera tratamiento por un trastorno de salud del comportamiento?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

31) ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles son sus preocupaciones? _____

32) ¿Su hijo tiene 12 años o más?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- a. Si la respuesta es “Sí”:
- b. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir (problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertarse demasiado temprano)?

☐	Nunca	☐	Menos de un día o 2	☐	Varios días
☐	Más de la mitad de los días	☐	Casi todos los días	☐	No lo sé

- c. En las últimas 2 semanas, ¿en qué medida su hijo se ha divertido menos al hacer cosas de lo que solía divertirse?

☐	Nunca	☐	Menos de un día o 2	☐	Varios días
☐	Más de la mitad de los días	☐	Casi todos los días	☐	No lo sé

- d. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo ha parecido triste o deprimido durante varias horas?

☐	Nunca	☐	Menos de un día o 2	☐	Varios días
☐	Más de la mitad de los días	☐	Casi todos los días	☐	No lo sé

- e. En las últimas 2 semanas, ¿su hijo ha tomado alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, licor)?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- f. En las últimas 2 semanas, ¿su hijo ha fumado un cigarrillo, un puro, una pipa o ha usado rapé o tabaco para mascar?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- g. En las últimas 2 semanas, ¿su hijo ha consumido drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como pegamento) o metanfetamina (como speed)?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

- h. En las últimas 2 semanas, ¿su hijo ha consumido algún medicamento sin receta médica, como analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir) o esteroides?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Evaluación suplementaria:

33) Incluyéndose a usted mismo, ¿con cuántos miembros de su familia vive actualmente?

34) ¿Cuál es su situación de vivienda?

☐

Tengo vivienda y NO me preocupa perderla en los próximos 6 meses

☐

Tengo vivienda, pero SÍ me preocupa perderla en los próximos 6 meses

☐

Hoy no tengo vivienda, pero:

a. Si eligió “Hoy no tengo vivienda, pero:”, responda la siguiente pregunta.

i. Estoy:

☐

Alojado con otras personas

☐

Alojado en un hotel

☐

Alojado en un refugio

☐

Viviendo en la calle o en un auto

35) ¿Qué tan difícil es para usted comprender la información que le brindan los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud?

☐

Muy fácil

☐

Algo fácil

☐

Algo difícil

☐

Muy difícil

36) ¿Cuál es su situación actual de trabajo?

☐

Desempleado

☐

Trabajo a tiempo parcial o temporal

☐

Trabajo a tiempo completo

☐

Desempleado de cualquier otra manera, pero
no buscando trabajo

37) En el último año, ¿usted o algún familiar con el que vive no pudo obtener alguno de los siguientes cuando realmente se necesitaba? Marque todo lo que corresponda:

☐	Comida	☐	Ropa	☐	Atención dental
☐	Atención de salud mental	☐	Servicios públicos	☐	Atención oftalmológica
☐	Atención infantil	☐	Teléfono	☐	Atención médica
☐	Transporte				

38) Si tiene problemas para conseguir transporte cuando lo necesita, ¿cuál es la razón PRINCIPAL por la que no puede llegar a donde desea ir?

☐	No tengo problemas para conseguir transporte	☐	El automóvil se descompuso
☐	La persona que suele llevarme no está disponible	☐	Cuesta demasiado
☐	No tengo un vehículo personal	☐	Sistema de transporte no disponible

39) El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche debido a que tiene la mente llena de preocupaciones. ¿Qué tan estresado está?

☐	Para nada	☐	Algo
☐	Un poco	☐	Bastante
☐	Mucho		

40) ¿Con qué frecuencia se siente inseguro en su vecindario?

☐	Nunca	☐	Raramente
☐	A veces	☐	Con bastante frecuencia
☐	Frecuentemente		

41) En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?

☐	Sí	☐	No
☐	No estoy seguro	☐	No he tenido pareja en el último año

42) Notas: _____

43) Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido un problema dental por el que le hubiera gustado ver a un dentista, pero NO lo hizo?

☐	Sí	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la razón principal por la que no ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses?

☐	Miedo, aprensión, dolor	☐	Costo
☐	No tengo ni conozco a un dentista	☐	No tuve el tiempo
☐	No puedo ir al consultorio / no hay citas disponibles	☐	Otras prioridades

44) En los últimos 12 meses, ¿ha ido a la sala de emergencias de un hospital por un problema dental?

☐

Sí

☐

No

a. Si la respuesta es “Sí”, marque cuál de las siguientes razones fue por la que se dirigió a la sala de emergencias del hospital:

☐

Infección/dolor dental

☐

Accidente/trauma dental

☐

Otro

i. Si eligió “Otro”, explique: _____

45) En una escala del 1 al 10, ¿en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación?

“Puedo manejar y controlar los problemas de salud”.

_____ (10 muy de acuerdo, 1 nada de acuerdo)

Información general:

46) Fecha de la evaluación: ____/____/____

47) Evaluación completada por (escriba su nombre aquí) _____

48) Relación con el miembro: _____

(yo mismo, padre / madre / tutor, Envolve, plan de salud, proveedor, etc.)

49) ¿Inscribir al miembro en el programa ahora?

☐ Sí ☐ No

50) ¿El miembro / tutor acepta participar en el programa?

☐ Sí ☐ No ☐ N/C