

Evaluación de riesgos para la salud: niño (de 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:

- | | |
|---|--|
| ☐ Indio americano/Nativo de Alaska | ☐ Asiático |
| ☐ Negro/Afroamericano | ☐ Nativo de Hawái/De otras islas del Pacífico |
| ☐ Blanco | ☐ Otro |
| ☐ Prefiero no responder | ☐ No sé |

Indique otra raza: _____

¿Es su hijo nativo americano?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

¿Su hijo es elegible para recibir Servicios de Salud para Indígenas?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

5. Origen étnico:

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

Indique otro origen étnico: _____

6. Idioma preferido:

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro ☐ No sé

Indique otro idioma preferido: _____

7. ¿Cuál es la identidad de género de su hijo?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Femenino | ☐ Masculino | ☐ No binario (no se identifica con ninguno de los dos) |
| ☐ Transgénero | ☐ Prefiero no responder | ☐ No sé |

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

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

Explique los problemas de audición, visión o habla: _____

9. ¿Necesita servicios de interpretación?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

10. ¿En qué idioma prefiere recibir los materiales escritos?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Prefiero no responder ☐ Otro

Indique otro idioma para los materiales escritos: _____

11. ¿Qué tan difícil es para usted comprender la información que le brindan los médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud? En su opinión es:

☐ Muy fácil ☐ Algo fácil ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil

12. ¿Cuál es el pronombre preferido de su hijo?

☐ Él ☐ Ella ☐ Ellos ☐ Prefiero no responder ☐ Otro

Si respondió "Otro", especifique: _____

13. ¿Qué sexo se le asignó a su hijo al nacer en el certificado de nacimiento?

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

14. Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su hijo? (Atracción emocional, romántica o sexual)

☐ Bisexual ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ No sé bien
☐ Prefiero no responder ☐ Otro

Si respondió "Otro", especifique: _____

15. ¿Con cuántos miembros de la familia, incluido usted mismo, vive actualmente?

Salud/Seguridad global

16. En general, ¿cómo calificaría la salud de su hijo?

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

Si elige "Mala", explique el motivo en el que se basa la mala calificación de salud de su hijo. _____

17. En una escala del 0 al 10, ¿qué tan preparado está para hacer cambios para la salud de su hijo?
- ☐ 0 a 3 No estoy listo para cambiar ☐ 4 a 7 No estoy seguro ☐ 8 a 10 Listo para cambiar
- ☐ No se necesitan cambios ☐ No sé

Si eligió de 8 a 10, ¿qué cambios está dispuesto a hacer por la salud de su hijo? _____

18. ¿Su hijo tiene un médico o un proveedor de atención médica?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

19. Es importante identificar a un médico o proveedor de atención médica que ayude a su hijo a mantenerse sano y que lo atienda en caso de que se enferme. **¿Le gustaría que le ayudáramos a encontrar un médico o un proveedor de atención médica?**

☐ Sí ☐ No

20. ¿Cuál es el nombre del médico o proveedor de atención médica de su hijo?

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Por qué motivo consultó su hijo a su médico o proveedor de atención médica en los últimos 12 meses?

☐ Cuidados preventivos ☐ Atención por enfermedad ☐ Visita tras una hospitalización

☐ Visita tras haber estado en la sala de emergencias ☐ Otra visita

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

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

23. Los exámenes de bienestar regulares pueden ayudar a garantizar que su hijo se mantenga lo más sano posible. **¿Le gustaría recibir ayuda para programar una cita?**

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

24. ¿Cuál es la edad del niño?

☐ 6 meses a 3 años ☐ 4 a 10 años ☐ Femenino, de 11 a 15 años

☐ Femenino, de 16 a 17 años ☐ Masculino, de 11 a 17 años ☐ No sé

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

27. ¿Su hijo ha recibido las siguientes vacunas?

Antimeningocócica (vacuna contra la meningitis)

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Vacuna contra el tétanos desde que cumplió 10 años

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Serie de vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)
(prevención del cáncer): al menos UNA dosis

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Serie de vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV) (prevención del cáncer): al menos
DOS dosis

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

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

☐ Sí ☐ No ☐ No 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.*

29. ¿Sospecha que su hijo puede ser sexualmente activo ahora o lo ha sido en el pasado?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

30. ¿A su hijo se le han realizado pruebas en el último año para detectar infecciones de transmisión sexual
(STI, por sus siglas en inglés) como clamidia?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Dónde y cuándo le realizaron a su hijo la prueba para detectar clamidia?

31. ¿Su hija está embarazada?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Cuál es la fecha prevista de parto de su hija?

32. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos 3 meses?
- ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Dos veces
☐ Tres o más veces ☐ No sé
33. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?
- ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Dos veces
☐ Tres o más veces ☐ No sé
34. ¿Cuántos medicamentos está tomando su hijo actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica?
- ☐ 0 medicamentos recetados ☐ 1 a 3 medicamentos recetados ☐ 4 a 7 medicamentos recetados
☐ Más de 8 medicamentos recetados ☐ No sé
35. ¿Hay algo que impida a su hijo tomar sus medicamentos de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó que los tome?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
36. ¿Qué impide que su hijo tome sus medicamentos?
- _____
37. ¿Alguna vez olvidó darle a su hijo sus medicamentos?
- ☐ Sí ☐ No ☐ A veces ☐ No sé
38. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue al dentista?
- ☐ En los últimos 6 meses ☐ En los últimos 12 meses ☐ Hace más de 12 meses
- ¡Buen trabajo! ¡Siga así!*
- ☐ Nunca ha visto uno ☐ No sé
- La atención dental de rutina es importante para la salud física y bucal de su hijo.*

39. ¿Cuál es la altura de su hijo? (en pies/pulgadas)

Pies

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ No sé

Pulgadas

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

☐ 11

☐ No sé

40. ¿Cuál es el peso de su hijo? (en libras) _____ lbs.

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

☐ Sí, erase por sobrepeso

☐ Sí, erase por peso bajo

☐ No

☐ No sé

42. ¿Está interesado en trabajar para que su hijo logre un peso más saludable?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

43. ¿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 de las veces

☐ Sí, a veces

☐ No, no muy a menudo

☐ No sé

44. ¿Su hijo participa en actividad física regular?

☐ Sí

☐ No

☐ Mi hijo no puede hacer ejercicio debido a afecciones médicas

☐ No sé

La actividad física regular ayuda a mejorar la salud y el estado físico en general y reduce el riesgo de desarrollar muchas enfermedades crónicas. Los niños y adolescentes deben realizar 60 minutos (1 hora) o más de actividad física cada día.

45. ¿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 sé

El uso del cinturón de seguridad y del asiento de automóvil para niños es una de las formas más eficaces de salvar vidas y reducir las lesiones en caso de accidente.

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Usar casco es una de las formas más eficaces de reducir las lesiones en la cabeza.

47. ¿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 sé

¿Quién ayuda a su hijo con estas actividades ahora?

¿Le vendría bien ayuda adicional con estas actividades?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

48. ¿Su hijo vive con alguien que fuma habitualmente?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

El humo de segunda mano causa numerosos problemas de salud en bebés y niños, incluyendo más ataques de asma, infecciones respiratorias, infecciones de oído y síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS, por sus siglas en inglés).

49. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro en su vecindario?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Con bastante frecuencia ☐ Frecuentemente

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No he tenido pareja en el último año

Notas: _____

51. ¿Cuál de los siguientes tipos de equipos que utiliza requiere electricidad? (marque todos los que correspondan)

☐ Silla de ruedas ☐ CPAP/BIPAP ☐ Medicamentos refrigerados ☐ Ventilador
☐ Oxígeno ☐ Ninguno ☐ Otro

Enumere otros equipos que requieran electricidad:

52. ¿Se realiza diálisis?

☐ Sí ☐ No ☐ Opta por no responder

53. ¿Se considera confinado al hogar? (Confinado al hogar significa que salir de su casa requiere un esfuerzo considerable y agotador)

☐ Sí ☐ No ☐ Opta por no responder

Preocupaciones sociales

54. ¿Actualmente le preocupa tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si la respuesta es "Sí", explique las preocupaciones sobre el dinero para pagar las necesidades básicas:

55. ¿Se siente seguro en su vida diaria?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

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

56. ¿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 sé

Si la respuesta es "Sí", explique: _____

57. ¿Tiene acceso a un teléfono seguro y confiable?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

58. 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 ☐ Salud mental ☐ Servicios públicos
☐ Cuidado de niños ☐ Teléfono ☐ Atención médica ☐ Transporte ☐ Atención oftalmológica

59. En los últimos 12 meses, ¿ha amenazado la compañía eléctrica, de gas, de petróleo o de agua con cortar los servicios en su hogar?

☐ Sí ☐ No ☐ Ya los cortaron

60. Actualmente, ¿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 ☐ Salud mental ☐ Servicios públicos
☐ Cuidado de niños ☐ Teléfono ☐ Atención médica ☐ Transporte ☐ Atención oftalmológica

61. En los últimos 12 meses, ¿usted u otras personas con las que vive comieron menos o se saltaron comidas porque no tenían dinero para comprar alimentos?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
62. 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 ☐ El sistema de tránsito no está disponible
63. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
64. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?
- ☐ Tengo vivienda actualmente y NO me preocupa perderla en los próximos 6 meses
- ☐ Tengo vivienda actualmente, pero SÍ me preocupa perderla en los próximos 6 meses
- ☐ Hoy no tengo vivienda, PERO:
- ☐ Vivo con otras personas
- ☐ Vivo en un hotel
- ☐ Vivo en un refugio
- ☐ Vivo en la calle, en la playa, en un automóvil o en un parque
65. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?
- ☐ Tengo vivienda
- ☐ No tengo vivienda (me alojo con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en un automóvil o en un parque)
- ☐ Elijo no responder a esta pregunta
66. ¿Cuál es su situación actual de trabajo?
- ☐ Desempleado
- ☐ Trabajo a tiempo parcial o temporal
- ☐ Trabajo a tiempo completo
- ☐ Desempleado por otras razones y no busco trabajo (por ejemplo, estudiante, jubilado, persona con discapacidad, cuidador principal no remunerado)
67. ¿Está desempleado o no tiene ingresos fijos?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

68. 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
69. 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
- Si la respuesta es "No", ¿cuál es la razón principal por la que no ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses?
- ☐ Miedo, aprensión, nerviosismo, dolor, no me gusta ir
- ☐ Costo
- ☐ No tengo ni conozco a un dentista
- ☐ No tuve el tiempo
- ☐ No puedo ir al consultorio (no hay citas disponibles)
- ☐ No lo pensé
- ☐ No puedo llegar al consultorio/clínica (queda demasiado lejos, no hay transporte)
- ☐ Otras prioridades
70. En los últimos 12 meses, ¿ha ido a la sala de emergencias de un hospital por un problema dental?
- ☐ Sí ☐ No
71. En los últimos 12 meses, ha ido a la sala de emergencias de un hospital por alguno de los siguientes motivos:
- ☐ Dolor/Infección dental ☐ Traumatismo/Accidente dental ☐ Otro
- Otro: _____
72. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación? "Puedo gestionar y controlar mis problemas de salud"
- ☐ 10: Totalmente de acuerdo
- ☐ 9
- ☐ 8
- ☐ 7
- ☐ 6
- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1
- ☐ 0: Totalmente en desacuerdo
- ☐ N/A: No tiene problemas de salud ni riesgos para su salud

Salud física

73. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o un proveedor de atención médica que su hijo padece alguna de estas afecciones? (marque todas las que correspondan)

☐ Sí ☐ No

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Asma | ☐ Trastorno óseo/del crecimiento | ☐ Cáncer |
| ☐ Fibrosis quística | ☐ Retraso del desarrollo | ☐ Diabetes tipo 1 |
| ☐ Diabetes tipo 2 | ☐ Prediabetes | ☐ Eccema |
| ☐ Nivel elevado de plomo en sangre | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ Nacimiento prematuro | ☐ Convulsiones | ☐ Anemia falciforme (sin rasgos genéticos) |
| ☐ Accidente cerebrovascular | ☐ Trasplante | |

Si ha tenido un **trasplante**: ¿Cuándo se realizó el trasplante?

- ☐ Hace más de un año
 ☐ En los últimos 12 meses
 ☐ Sigue en lista de trasplante
- ☐ No sé

¿Tiene su hijo alguna otra afección que no se mencionó anteriormente? _____

74. En una escala del 0 al 10, donde 0 = Sin efecto y 10 = Con efecto, ¿cuánto afectaron los problemas de salud de su hijo a su capacidad para hacer actividades diarias o ir a la escuela en los últimos 7 días?

- ☐ 0 (los problemas de salud no tuvieron ningún efecto en las actividades diarias)
 ☐ 1 a 3
 ☐ 4 a 6
- ☐ 7 a 10 (los problemas de salud me impidieron realizar las actividades diarias por completo)
 ☐ No sé

Salud conductual

75. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo tiene alguna de estas afecciones de salud conductual?

- ☐ TDA (ADD)/TDAH (ADHD)
 ☐ Autismo
 ☐ Depresión
 ☐ Trastorno de la alimentación
- ☐ Discapacidad del aprendizaje

¿Su hijo tiene algún otro trastorno de salud conductual que no se mencionó anteriormente?

76. ¿Su hijo ha recibido tratamiento por una afección de salud conductual o por consumo de sustancias en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Qué tipo de tratamiento recibió su hijo?

77. ¿Su hijo ha estado en la sala de emergencias u hospitalizado en los últimos 3 meses debido a una afección de salud conductual?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

78. ¿Le gustaría que su hijo recibiera tratamiento por un trastorno de salud conductual?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

79. ¿Tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje, la conducta o el desarrollo de su hijo?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Cuáles son sus preocupaciones con respecto a su hijo? _____

80. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ A menudo

81. ¿Su hijo tiene 12 años o más?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Durante las últimas dos semanas, ¿cuántas veces (o con qué frecuencia) ha tenido su hijo problemas para dormir, es decir, problemas para conciliar el sueño, para permanecer dormido o para despertarse demasiado temprano?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Menos de uno o dos días
☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ No sé

Durante las últimas dos semanas, ¿cuánto (o con qué frecuencia) su hijo se ha divertido menos al hacer cosas que solía disfrutar?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Menos de uno o dos días
☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ No sé

Durante las últimas dos semanas, ¿cuántas veces (o con qué frecuencia) su hijo parecía triste o deprimido durante varias horas?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Menos de uno o dos días
☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ No sé

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

En las últimas dos 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 sé

En las últimas dos 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 sé

82. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema? Poco interés o nada de placer al hacer las cosas

☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

83. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema? Decaído, deprimido o sin esperanza

☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Información general

84. Fecha en que se completó la evaluación: _____/_____/_____

85. Evaluación completada por (*escriba su nombre aquí*) _____

86. Relación con el miembro:

☐ Yo soy el/la miembro ☐ Representante del miembro con permiso ☐ Padre/Madre o tutor
☐ Envolve ☐ Plan de salud ☐ Proveedor externo ☐ Otro

Si tiene otro tipo de relación con el miembro, explique: _____

87. Intervalo de evaluación:

☐ Inicial ☐ Anual ☐ Cambio de condición ☐ No sé

88. Nombre de la agencia que realiza la evaluación

89. Credenciales del personal que realiza la evaluación
☐ RN ☐ LCPC ☐ LCSW ☐ Practicante avanzado ☐ LVN/LPN ☐ MD/DO
☐ Farmacéutico ☐ Otras credenciales ☐ Ninguna
90. Si la respuesta es "Otras credenciales", detállelas a continuación:

91. ¿De qué manera se obtuvo la información de detección de riesgos para la salud?
☐ Vía telefónica ☐ En persona/
Visita domiciliaria ☐ Formulario enviado ☐ Información no obtenida
por fax/correo
92. ¿Se utilizó un equipo de asistencia (TDD/TYY) para completar esta evaluación?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
93. ¿Se utilizó un traductor para completar esta evaluación?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
- Información del traductor:

94. ¿Se obtuvo la información a través de una persona que no es el padre/la madre/el tutor?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
95. CERTIFICACIÓN: He revisado el "Módulo de documentación". La información del apoderado (POA, por sus siglas en inglés) o del representante autorizado del miembro se actualiza en la sección "Resumen de documentos".
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
96. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Datos demográficos del miembro". La sección "Información general" y la sección "Información de contacto" del miembro se transcribieron y actualizaron con la información que se obtuvo en esta evaluación.
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
97. CERTIFICACIÓN: He revisado y actualizado el "Resumen de contacto del miembro" con la información del cuidador/POA, si corresponde.
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
98. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Resumen de contactos del proveedor" y la información está actualizada y es precisa.
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
99. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Diagnóstico del miembro" y la información del miembro está actualizada y es precisa.
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
100. CERTIFICACIÓN: He revisado todas las alertas de atención al miembro.
☐ Sí ☐ No ☐ N/A