

## Evaluación de riesgos para la salud – Bebés (menos de seis meses)

### Información del miembro:

1) Dirección de correo postal preferida: \_\_\_\_\_

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

3) Raza (marque la opción que corresponda):

|                          |                                    |                          |                                       |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Indio americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> | Asiático                              |
| <input type="checkbox"/> | De color / Afroamericano           | <input type="checkbox"/> | Hawaiano nativo / Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> | Blanco                             | <input type="checkbox"/> | Otro                                  |
| <input type="checkbox"/> | Prefiero no responder              | <input type="checkbox"/> | No lo sé                              |

a. Si eligió "Otro", indique la raza aquí: \_\_\_\_\_

b. **Si eligió "Indio americano":** ¿Es elegible para recibir Indian Health Services (Servicios de Salud para Indígenas)?

Sí     No

4) Origen étnico:

|                          |                       |                          |                     |                          |      |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Hispano o latino      | <input type="checkbox"/> | No hispano o latino | <input type="checkbox"/> | Otro |
| <input type="checkbox"/> | Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> | No lo sé            |                          |      |

a. Si eligió "Otro", indique el origen étnico aquí: \_\_\_\_\_

5) Idioma:

|                          |        |                          |          |
|--------------------------|--------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Inglés | <input type="checkbox"/> | Español  |
| <input type="checkbox"/> | Otro   | <input type="checkbox"/> | No lo sé |

a. Si eligió "Otro", indique el idioma preferido aquí: \_\_\_\_\_

6) ¿Cuál es su identidad de género?

Mujer

Hombre

No binario

Transgénero

Prefiero no responder

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

Sí

No

No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_

### Historial del nacimiento

8) ¿Su hijo nació por parto vaginal o cesárea?

Vaginal       Cesárea       No lo sé

9) ¿Su hijo nació antes de las 39 semanas de gestación?

Sí       No       No lo sé

a. Si la respuesta es “Sí”, ¿en qué semana de embarazo nació su hijo? \_\_\_\_\_

10) En este embarazo, ¿hubo algún problema?

Sí       No       No lo sé

a. Si respondió “Sí”, ¿qué problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) En este embarazo, ¿el trabajo de parto comenzó por sí solo?

Sí       No       No lo sé

a. Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué se indujo de manera temprana? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12) ¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

13) ¿Su hijo tuvo que pasar más tiempo en el hospital después del nacimiento?

Sí       No       No lo sé

a. Si la respuesta es “Sí”, ¿cuánto tiempo más? \_\_\_\_\_ semanas

14) ¿Intentó amamantar o extraer leche materna en el hospital después del nacimiento?

Sí       No       No lo sé

**Salud / Seguridad global:**

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

|                          |           |                          |           |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Excelente | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| <input type="checkbox"/> | Buena     | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| <input type="checkbox"/> | Mala      |                          |           |

a. Si eligió "Mala", explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

(0 = No estoy listo para hacer cambios, 10 = Estoy muy listo para hacer cambios) \_\_\_\_\_

a. Si eligió entre 8 y 10, ¿qué cambios está listo para hacer para su hijo?

17) ¿Su hijo tiene un médico o un proveedor de atención médica?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el nombre del médico o proveedor de atención médica de su hijo? \_\_\_\_\_

18) ¿Su hijo ha visto a su médico o proveedor de atención médica desde que nació?

Sí     No     No lo sé

19) ¿Están al día las vacunas de su hijo?

Sí     No     No lo sé

20) ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos 3 meses?

|                          |             |                          |               |
|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Ninguna vez | <input type="checkbox"/> | Una vez       |
| <input type="checkbox"/> | 2 veces     | <input type="checkbox"/> | 3 o más veces |

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

|                          |             |                          |               |
|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Ninguna vez | <input type="checkbox"/> | Una vez       |
| <input type="checkbox"/> | 2 veces     | <input type="checkbox"/> | 3 o más veces |

22) ¿Cuántos medicamentos está tomando su hijo actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica? \_\_\_\_\_ medicamentos recetados

a. 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

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

---

---

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

Sí     No     No lo sé

23) ¿Cuál es el peso actual de su hijo? \_\_\_\_\_ libras

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

Sí (sobrepeso)     Sí (bajo peso)     No

25) ¿Con qué está alimentando a su bebé ahora?

|                          |                    |                          |                         |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Solo leche materna | <input type="checkbox"/> | Leche materna + Fórmula |
| <input type="checkbox"/> | Solo fórmula       | <input type="checkbox"/> | Otro                    |

a. Si eligió "Otro", ¿qué tipo de alimentación está recibiendo su bebé?

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

Sí     No     No lo sé

27) ¿Su hijo tiene un lugar seguro para dormir? (Idealmente en la habitación de los padres en una superficie firme separada. El bebé debe colocarse boca arriba y no tener lecho mullido ni juguetes en su área para dormir).

Sí     No     No lo sé

28) ¿Su hijo vive con alguien que es un fumador habitual?

Sí     No     No lo sé

**Preocupaciones sociales:**

29) 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

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

Sí     No     No lo sé

31) 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

32) ¿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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33) ¿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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34) ¿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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Sí     No     No lo sé

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

Sí     No     No lo sé

37) ¿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)

|                          |                                   |                          |                      |                          |                     |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Trastorno óseo / del crecimiento  | <input type="checkbox"/> | Cáncer               | <input type="checkbox"/> | Fibrosis quística   |
| <input type="checkbox"/> | Retraso en el desarrollo          | <input type="checkbox"/> | Eczema               | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                  | <input type="checkbox"/> | Nacimiento prematuro | <input type="checkbox"/> | Convulsiones        |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> | Trasplante           |                          |                     |

38) Si su hijo tiene algún otro trastorno no mencionado anteriormente, escríbalo aquí:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Salud del comportamiento:**

39) Durante el último mes, ¿le ha molestado con frecuencia sentirse bajoneado, deprimido o desesperado?

Sí     No     No lo sé

40) Durante el último mes, ¿le ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas?

Sí     No     No lo sé

41) ¿Tiene preocupaciones sobre el aprendizaje, el comportamiento o el desarrollo de su hijo?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles son sus preocupaciones con respecto a su hijo? \_\_\_\_\_

---

---

**Evaluación suplementaria:**

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

\_\_\_\_\_

43) ¿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:

- |                          |                            |                          |                                   |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alojado con otras personas | <input type="checkbox"/> | Alojado en un hotel               |
| <input type="checkbox"/> | Alojado en un refugio      | <input type="checkbox"/> | Viviendo en la calle o en un auto |

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

- |                          |              |                          |             |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy fácil    | <input type="checkbox"/> | Algo fácil  |
| <input type="checkbox"/> | Algo difícil | <input type="checkbox"/> | Muy difícil |

45) ¿Cuál es su situación actual de trabajo?

- |                          |                           |                          |  |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Desempleado               | <input type="checkbox"/> | Trabajo a tiempo parcial o temporal                            |
| <input type="checkbox"/> | Trabajo a tiempo completo | <input type="checkbox"/> | Desempleado de cualquier otra manera, pero no buscando trabajo |

46) 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:

|                          |                          |                          |                    |                          |                        |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Comida                   | <input type="checkbox"/> | Ropa               | <input type="checkbox"/> | Atención dental        |
| <input type="checkbox"/> | Atención de salud mental | <input type="checkbox"/> | Servicios públicos | <input type="checkbox"/> | Atención oftalmológica |
| <input type="checkbox"/> | Atención infantil        | <input type="checkbox"/> | Teléfono           | <input type="checkbox"/> | Atención médica        |
| <input type="checkbox"/> | Transporte               |                          |                    |                          |                        |

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

|                          |  |                          |                                     |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No tengo problemas para conseguir transporte     | <input type="checkbox"/> | El automóvil se descompuso          |
| <input type="checkbox"/> | La persona que suele llevarme no está disponible | <input type="checkbox"/> | Cuesta demasiado                    |
| <input type="checkbox"/> | No tengo un vehículo personal                    | <input type="checkbox"/> | Sistema de transporte no disponible |

48) 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?

|                          |           |                          |          |
|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Para nada | <input type="checkbox"/> | Algo     |
| <input type="checkbox"/> | Un poco   | <input type="checkbox"/> | Bastante |
| <input type="checkbox"/> | Mucho     |                          |          |

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

|                          |                |                          |                         |
|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca          | <input type="checkbox"/> | Raramente               |
| <input type="checkbox"/> | A veces        | <input type="checkbox"/> | Con bastante frecuencia |
| <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |                          |                         |

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

|                          |                 |                          |                                      |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sí              | <input type="checkbox"/> | No                                   |
| <input type="checkbox"/> | No estoy seguro | <input type="checkbox"/> | No he tenido pareja en el último año |

51) Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

|                          |    |                          |    |
|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | 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?

|                          |   |                          |                   |
|--------------------------|---|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Miedo, aprensión, dolor                               | <input type="checkbox"/> | Costo             |
| <input type="checkbox"/> | No tengo ni conozco a un dentista                     | <input type="checkbox"/> | No tuve el tiempo |
| <input type="checkbox"/> | No puedo ir al consultorio / no hay citas disponibles | <input type="checkbox"/> | Otras prioridades |

53) 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

54) 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)



1080 Jordan Creek Parkway  
Suite 100 South  
West Des Moines, IA 50266

**Información general:**

55) Fecha de la evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

56) Evaluación completada por (escriba su nombre aquí) \_\_\_\_\_

57) Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

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

58) ¿Inscribir al miembro en el programa ahora?

Sí     No

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

Sí     No     N/C