

Evaluación de riesgos para la salud: Bebé (menos de 6 meses)

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 de preferencia:

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otros ☐ No sé

Indique otro idioma de preferencia: _____

7. ¿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: _____

8. ¿Necesita servicios de interpretación?

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

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

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Prefiero no responder ☐ Otros

Indique otros idiomas para los materiales escritos: _____

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

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

11. ¿Qué género se asignó al miembro al nacer en el certificado de nacimiento?

- ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

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

Historial del nacimiento

13. ¿Su hijo nació por parto vaginal o cesárea?

- ☐ Parto vaginal ☐ Cesárea ☐ No sé

14. ¿Su hijo nació antes de las 39 semanas de gestación?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿En qué semana de embarazo nació su hijo?

- ☐ 38 semanas
☐ 37 semanas
☐ 36 semanas
☐ 35 semanas
☐ 34 semanas
☐ 33 semanas
☐ 32 semanas
☐ 31 semanas
☐ 30 semanas
☐ 29 semanas
☐ 28 semanas
☐ 27 semanas
☐ 26 semanas
☐ 25 semanas
☐ 24 semanas
☐ 23 semanas
☐ 22 semanas
☐ No sé

15. En este embarazo, ¿hubo algún problema?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Qué problemas tuvo durante este embarazo? _____

16. En este embarazo, ¿el trabajo de parto comenzó por sí solo?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Por qué se indujo de manera temprana?

☐ Diabetes ☐ Crecimiento inadecuado del bebé ☐ Motivo no médico
☐ Otro ☐ Desprendimiento (separación) de la placenta ☐ Preeclampsia/presión arterial alta
☐ Rotura prematura de membranas ☐ Cesárea programada ☐ No sé

¿Cuál fue el motivo del parto anticipado?

17. ¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer? _____ libras _____ onzas

18. ¿Su hijo tuvo que pasar más tiempo en el hospital después del nacimiento?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo adicional tuvo que permanecer su hijo en el hospital después del nacimiento?

☐ Menos de 1 semana
☐ 2 semanas
☐ 3 semanas
☐ 4 semanas
☐ 5 semanas
☐ 6 semanas
☐ Más de 6 semanas
☐ No sé

19. ¿Qué le dieron de comer a su hijo en el hospital después del nacimiento?

☐ Solo leche materna ☐ Leche materna con fórmula ☐ Solo leche de fórmula ☐ No sé

Salud / Seguridad global:

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

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

Si seleccionó "mala", explique la razón de la calificación de salud baja de su hijo: _____

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

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

22. ¿Su hijo tiene un médico o un proveedor de atención médica?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del médico o proveedor de atención médica de su hijo? _____

23. 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 ayudemos a encontrar un médico o un proveedor de atención médica?**
- ☐ Sí ☐ No

24. ¿Su hijo ha visto a su médico o proveedor de atención médica desde que nació?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

25. Los exámenes de bienestar regulares pueden ayudar a garantizar que su hijo se mantenga lo más sano posible. **¿Necesita ayuda para concertar una cita?**
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

26. ¿Están al día las vacunas de su hijo?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Los niños reciben la mayoría de sus vacunas durante los 2 primeros años de vida. Esto se debe a que las enfermedades que previenen estas vacunas son muy dañinas para los niños pequeños.

27. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el hospital en los últimos 3 meses?
- ☐ Ninguna ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres o más veces ☐ No sé

28. ¿Cuántas veces ha estado su hijo en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?
- ☐ Ninguna ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres o más veces ☐ No sé

29. ¿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 ☐ Desconocido

¿Hay algo que impida a su hijo tomar su medicamento de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó que los tome?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Qué impide que su hijo tome sus medicamentos?

¿Alguna vez olvidó darle a su hijo sus medicamentos?

- ☐ Sí ☐ No ☐ A veces ☐ No sé

30. ¿Cuál es el peso de su hijo? _____ libras.

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

- ☐ Sí, sobrepeso ☐ Sí, bajo peso ☐ No ☐ No sé

32. ¿Con qué está alimentando a su bebé ahora?

- ☐ Solo leche materna ☐ Leche materna con fórmula ☐ Solo fórmula ☐ Otro

Si eligió "otro", ¿qué tipo de alimentación recibe su bebé? _____

33. ¿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 infantil para automóvil es una de las formas más eficaces de salvar vidas y reducir las lesiones en caso de accidente.

34. ¿Su bebé 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 sé

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

- ☐ 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).

36. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro en su vecindario?
☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Con bastante frecuencia ☐ Frecuentemente

37. En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?
☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro(a) ☐ No he tenido pareja en el último año

Notas: _____

38. ¿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 ☐ ningún ☐ otro

Enumere otros equipos que requieran electricidad:

39. ¿Se realiza diálisis?
☐ Sí ☐ No ☐ Opta por no responder

40. ¿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

41. ¿Actualmente le preocupa tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Explique las preocupaciones sobre el dinero para pagar las necesidades básicas: _____

42. ¿Se siente inseguro en su vida diaria?
☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Explique cualquier preocupación que tenga sobre la seguridad: _____

43. ¿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: _____

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

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

45. 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

46. Actualmente, ¿usted o algún miembro de su familia con quien vive no ha podido obtener alguno de los siguientes elementos cuando realmente lo necesitaba? (Marque todo lo que corresponda)

☐ Comida ☐ Ropa ☐ Atención dental ☐ Salud mental ☐ Servicios públicos
☐ Cuidado de niños ☐ Teléfono ☐ Atención médica ☐ Transporte
☐ Atención oftalmológica

47. En los últimos 2 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

48. 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

49. 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

50. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?
- ☐ Tengo vivienda hoy y NO me preocupa perderla en los próximos 6 meses
- ☐ Tengo vivienda hoy, 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
51. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?
- ☐ Tengo un lugar para vivir.
- ☐ 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.
52. ¿Cuál es su situación actual de trabajo?
- ☐ Desempleado
- ☐ Trabajo a tiempo parcial o temporal
- ☐ Trabajo a tiempo completo
- ☐ Desempleado por otras razones, pero no estoy en búsqueda activa de trabajo (por ejemplo: soy estudiante, jubilado, persona con discapacidad, cuidador principal no remunerado)
53. ¿Se encuentra desempleado o sin ingresos fijos?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
54. 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 ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho

55. 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 al 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 (demasiado lejos, no hay transporte)
☐ Otras prioridades

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

☐ Sí ☐ No

57. En los últimos 12 meses, ¿ha acudido a la sala de emergencias de un hospital por alguna de las siguientes razones?:

☐ Dolor/infección dental ☐ Trauma/accidente dental ☐ Otros

Otro: _____

58. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación?
"Puedo manejar y controlar mis problemas de salud"

- ☐ 10: Muy 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

59. ¿Alguna vez un médico o proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo tiene alguna de estas condiciones? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Trastorno óseo o del crecimiento | ☐ Cáncer | ☐ Fibrosis quística |
| ☐ Retraso en el desarrollo | ☐ Eccema | ☐ Enfermedad cardíaca |
| ☐ Enfermedad renal | ☐ Parto prematuro | ☐ Convulsiones |
| ☐ Anemia de células falciformes (sin rasgos genéticos) | ☐ Trasplante | |

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

Salud conductual

60. ¿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? _____

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

- ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ A menudo

Información general:

62. Fecha en que se completó la evaluación: ____/____/____

63. Evaluación completada por (nombre): _____

64. Relación con el miembro: _____

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| ☐ Personal | ☐ Representante del miembro con autorización | ☐ Padre/Madre o Tutor(a) |
| ☐ Envolve | ☐ Plan de salud | ☐ Proveedor externo |
| | | ☐ Otro |

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

65. Intervalo de evaluación:

- ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Cambio de condición ☐ No sé

66. Nombre de la agencia que realiza la evaluación

67. Credenciales del personal que realiza la evaluación
- ☐ Enfermera registrada (RN)
 ☐ Consejero/a Profesional Clínico/a Licenciado/a (LCPC)
 ☐ Trabajador/a Social Clínico/a Licenciado/a (LCSW)
 ☐ Profesional Avanzado
 ☐ Enfermero/a Vocacional Licenciado/a (LVN) o Enfermero/a Práctico/a Licenciado/a (LPN)
 ☐ Médico/a / Médico/a Osteópata (MD/DO)
 ☐ Farmacéutico
 ☐ Otras credenciales
 ☐ Ninguna
68. Si es otro, proporcione las credenciales:
-
69. ¿De qué manera se obtuvo la información del Estudio de Salud y Jubilación (HRS, por sus siglas en inglés)?
- ☐ Vía telefónica
 ☐ En persona / visita domiciliaria
 ☐ Formulario enviado por fax / correo
 ☐ Información no obtenida
70. ¿Se utilizó equipo de asistencia (TDD/TYY) para completar esta evaluación?
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ No sé
71. ¿Se utilizó un traductor para completar esta evaluación?
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ No sé
- Información del traductor: _____
72. ¿Se obtuvo la información a través de una persona que no es el padre/la madre/el tutor?
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ No sé
73. CERTIFICACIÓN: He revisado el "Módulo de documentación" (Documentation Module). La información del apoderado (POA, por sus siglas en inglés) o del representante autorizado del miembro se actualiza en la sección de "Resumen de documentos" (Document Summary).
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ N/A
74. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Datos demográficos del miembro" (Member Demographics module.). La sección de "Información general" (General Information section) y la sección de "Información de contacto" (Contact Information section) del miembro se transcribieron y actualizaron con la información que se obtuvo en esta evaluación.
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ N/A
75. CERTIFICACIÓN: He revisado y actualizado el Resumen de contacto del miembro con la información del cuidador/POA, si corresponde.
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ N/A
76. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo de "Resumen de contactos del proveedor" (Provider Contacts Summary module) y la información está actualizada y es precisa.
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ N/A
77. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo de "Diagnóstico del miembro" (Member's Diagnosis module) y la información del miembro está actualizada y es precisa.
- ☐ Sí
 ☐ No
 ☐ N/A



78. CERTIFICACIÓN: He revisado todas las alertas de atención al miembro.
- ☐ Sí ☐ No ☐ N/A