



# Partnership HealthPlan of California

## Formulario de Evaluación de Riesgos de Salud Pediátrica

Tómese unos minutos para completar este formulario y ayudarnos a conocer las necesidades de salud y bienestar de su hijo. Queremos utilizar estas respuestas para ayudarlo a recibir la atención correcta lo antes posible.

Si considera que debe ver a un médico antes de que Partnership lo llame, debe ir al médico o al hospital en ese momento.

Si tiene preguntas, llame a Partnership al **(800) 809-1350** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **(800) 735-2929**.

**Envíe este formulario completo en el sobre verde a:**  
Partnership HealthPlan of California  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534

*No es obligatorio que complete este formulario.  
No nos negaremos a atenderlo en función de cómo responda.*

**Nombre del miembro de Partnership CCS:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de ID de Medi-Cal:** \_\_\_\_\_

- ¿Quién responde las preguntas de esta encuesta?  
 Madre  Padre  Abuelo/abuela  Padres adoptivos  El interesado  
 Otro familiar: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma prefiere?  
 Inglés  Español  Tagalo  Ruso  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo tiene dificultades con alguna de las siguientes acciones? (Elija N/C si no esperaría que otros niños de esta edad pudieran hacerlo por sus propios medios).  
 Ocuparse de sí mismo, como:
 

Alimentarse (alimentación)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Bañarse o ducharse (baño)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Vestirse (vestimenta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Ir al baño(uso del inodoro)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Llegar al baño a tiempo o sin "accidentes" (control de esfínteres)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C

 Estar activo, como:
 

Caminar (movilidad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Levantarse de la cama o de una silla (traslado)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Subir o bajar escaleras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C

 Mostrar independencia haciendo lo siguiente:
 

Salir para visitar familiares o amigos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Ir a la escuela o al trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Programar una cita con el médico o el dentista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Usar el teléfono, la tableta o la computadora	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C

4. ¿Su hijo recibe servicios o se atiende en un centro regional que atiende a personas con discapacidades del desarrollo?  Sí  No  No estoy seguro

¿Cuál es el nombre del centro al que va? \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes servicios? (Marque todas las opciones que correspondan)

Terapia del habla

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

MTP/MTU

Otro \_\_\_\_\_

Fisioterapia

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

MTP/MTU

Otro \_\_\_\_\_

Terapia ocupacional

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

MTP/MTU

Otro \_\_\_\_\_

Terapia respiratoria

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

Otro \_\_\_\_\_

Servicios de enfermería

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

¿Cuántas horas o cuántos días por semana? \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Terapia mental o del comportamiento

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

Otro \_\_\_\_\_

¿Individualized Education Plan (IEP) o 504 Plan u otro apoyo del aprendizaje?

¿Cuáles?

IEP

504

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Otros servicios de apoyo (atención de relevo, cuidados paliativos, etc.)

Explique \_\_\_\_\_

¿Dónde se atiende?

A domicilio

En la escuela

Otro \_\_\_\_\_

6. En general, diría que la salud de su hijo es

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

7. ¿Su hijo tiene alguna alergia?

A alimentos

(especifique) \_\_\_\_\_

Ambiental (estacional, al polvo, a la contaminación, etc.)

(especifique) \_\_\_\_\_

A medicamentos

(especifique) \_\_\_\_\_

No tiene alergias

conocidas





	Actualmente	En el pasado
Dependencia del respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras afecciones pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Paraplejía/cuadriplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras afecciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos óseos o musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Ostomía/sonda gástrica/colostomía/urostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras afecciones gastrointestinales/estomacales/digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras afecciones de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno inmunitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo se realiza diálisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades genéticas, es decir síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son las afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Retrasos del crecimiento/desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Actualmente	En el pasado
<b>Defectos congénitos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Cuáles son las afecciones?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>Bajo peso/desnutrición</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas auditivos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas visuales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas del habla</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jaquecas/dolores de cabeza</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intoxicación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Otro</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Cuáles son las afecciones?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Su hijo necesita un especialista para atenderse por alguna de estas afecciones?

- Sí
- ¿Qué afecciones? \_\_\_\_\_
- No. Mi hijo ya tiene proveedores para todas sus necesidades
- Nombre/especialidad \_\_\_\_\_
- Nombre/especialidad \_\_\_\_\_
- Nombre/especialidad \_\_\_\_\_
- No. Mi hijo no necesita un especialista para su afección

16. ¿Quiénes son los proveedores médicos de su hijo?

- ◇ Proveedor de atención primaria (PCP) en su comunidad
- No tiene ninguno
- Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_
- Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_
- Última cita: Fecha: \_\_\_\_\_
- Próxima cita: Fecha: \_\_\_\_\_
- ◇ Centro de atención especializada
- N/C
- Nombre del centro: \_\_\_\_\_
- Teléfono del centro: \_\_\_\_\_
- Última cita: Fecha: \_\_\_\_\_
- Próxima cita: Fecha: \_\_\_\_\_
- ◇ Atención odontológica periódica
- No tiene ninguno
- Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_
- Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_
- Última cita: Fecha: \_\_\_\_\_
- ◇ Atención oftalmológica periódica
- No tiene ninguno
- Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_
- Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_
- Última cita: Fecha: \_\_\_\_\_
- ◇ Atención continua de un especialista de salud mental o del comportamiento

N/C

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Afecciones por las que se trata: \_\_\_\_\_

Mi hijo no recibe atención periódica de ningún proveedor

◇ ¿Necesita ayuda para elegir un proveedor para su hijo?

Sí  No  No sé

17. ¿Las afecciones médicas de su hijo lo hicieron faltar a actividades, al trabajo o a la escuela el año pasado? Si fue así, haga una descripción:

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

18. ¿Cuál es la mejor hora del día (de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.) para que lo llamemos para hablar con más detalle de las necesidades de su hijo?

\_\_\_\_\_

Firma de la persona  
que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

*Gracias por su tiempo para completar este formulario.*

**CONFIDENCIAL**