

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.

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

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 TDD deben llamar al: (800) 735-2929.

Por favor envíe este formulario completo A:

Partnership HealthPlan of California
c/o Care Coordination
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4502

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) Sí No N/C
Bañarse o ducharse (baño) Sí No N/C
Vestirse (vestimenta) Sí No N/C
Ir al baño (uso del inodoro) Sí No N/C
Llegar al baño a tiempo o sin "accidentes" (control de esfínteres) Sí No N/C
Estar activo, como:
Caminar (movilidad) Sí No N/C
Levantarse de la cama o de una silla (traslado) Sí No N/C
Subir o bajar escaleras Sí No N/C
Mostrar independencia haciendo lo siguiente:
Salir para visitar familiares o amigos Sí No N/C
Ir a la escuela o al trabajo Sí No N/C
Programar una cita con el médico o el dentista Sí No N/C
Usar el teléfono, la tableta o la computadora Sí No N/C

Otro _____

Sí No N/C

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

¿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

8. ¿Su hijo utiliza equipo médico (DME) o suministros que fueron pedidos para sus necesidades específicas?

Sí (marque todas las opciones que correspondan)

- Anteojos
- Audífonos
- Implante coclear
- Silla de ruedas
- Ortodoncia
- Ortopedia
- Andador
- Silla infantil para el automóvil
- Cama
- Respirador/respirador artificial
- Oxígeno
- Chaleco percutor
- Bomba de insulina/CGM
- Bomba/dispositivo de infusión IV
- Bomba de alimentación/GT/JT/GJT
- Otro (especifique) _____

¿Quién lo pidió? _____

Fecha del último pedido _____

¿Quién fue el proveedor? _____

Teléfono del
proveedor: _____

9. Valores actuales de su hijo:

Peso _____ Altura _____

10. ¿A su hijo alguna vez lo operaron?

Sí No No sé

Enumere todas las cirugías

Fecha o año

Enumere todas las cirugías	Fecha o año
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre del medicamento, la vitamina o el suplemento	Actualmente	En el pasado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Más de los que caben aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Un profesional médico alguna vez le dijo que su hijo tiene alguno de estos problemas? Para cada uno de los problemas, marque si es un problema actualmente o lo fue en el pasado.

	Actualmente	En el pasado
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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