

Evaluación de riesgos para la salud (desde el nacimiento hasta 6 meses de edad)



Por favor, responda a todas las preguntas. Utilice un formulario diferente para cada niño.

Primer nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de identificación (ID) de miembro _____

Dirección postal preferida _____

Número de teléfono preferido _____ Correo electrónico preferido _____

Raza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Persona de raza blanca | <input type="checkbox"/> Persona de raza negra o afroamericana |
| <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Se niega a contestar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Etnicidad

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hispana o latina |
| <input type="checkbox"/> Ni hispana ni latina |
| <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
| <input type="checkbox"/> No se sabe |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Idioma de preferencia:

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés |
| <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> No se sabe |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Es su hijo/a indioamericano/a?

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|

En caso afirmativo, ¿es su hijo/a elegible para recibir servicios de salud indígena?

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|

¿Cuál es la identidad de género de su hijo/a?

- | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No binario (No se identifica con ninguno de los dos) | <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
|--------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|

¿Tiene su hijo/a algún problema auditivo, de la vista o del habla que requiera servicios especiales?

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|

En caso afirmativo, explíquelo: _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO

¿Su hijo nació por parto vaginal o por cesárea?

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parto vaginal | <input type="checkbox"/> Parto por cesárea | <input type="checkbox"/> No se sabe |
|--|--|-------------------------------------|

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

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No se sabe |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

En caso afirmativo, ¿en qué semana nació su hijo/a (entre 22 y 38 semanas)? _____

En este embarazo, ¿hubo algún problema?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué problemas se produjeron? _____

En este embarazo, ¿la labor de parto empezó sola?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso negativo, ¿por qué se indujo el parto? _____

☐ Diabetes ☐ El bebé no crecía lo suficiente ☐ Rotura prematura de membranas ☐ Desprendimiento de la placenta (separación) ☐ Preeclampsia/ hipertensión arterial

☐ Motivo no médico ☐ Cesárea programada ☐ No se sabe ☐ Otro

Si es otro, ¿por qué se lo indujeron? _____

¿Qué peso tuvo su hijo/a al nacer? _____ libras _____ onzas

¿Tuvo que pasar su hijo/a algún tiempo extra en el hospital después de nacer?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? ☐ Menos de una semana ☐ Dos semanas ☐ Tres semanas

☐ Cuatro semanas ☐ Cinco semanas ☐ Seis semanas ☐ Más de seis semanas ☐ No se sabe

¿Qué le dieron de comer a su hijo/a en el hospital después de nacer?

☐ Leche humana ☐ Leche humana y de fórmula ☐ Fórmula ☐ No se sabe

SALUD Y SEGURIDAD GENERAL

En general, ¿cómo calificaría la salud de su hijo/a?

☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ No se sabe

Si es mala, explíquelo: _____

En una escala del 0 al 10, ¿cuán listo/a está para hacer cambios por la salud de su hijo/a?

☐ 0-3 No estoy listo/a para cambiar ☐ 4-7 No estoy seguro/a ☐ 8-10 Estoy listo/a para cambiar ☐ No se necesitan cambios. ☐ No se sabe

Si está listo/a para el cambio, ¿qué cambios está dispuesto a hacer por la salud de su hijo/a?

¿Tiene su hijo/a un médico o proveedor de atención de salud?

☐ Sí. ¿Cuál es el nombre del proveedor de su hijo/a? _____

☐ No se sabe ☐ No. En caso negativo, ¿desea ayuda para encontrar un proveedor? ☐ Sí. ☐ No.

i Es importante encontrar un médico o proveedor para ayudar a su hijo/a a mantenerse sano/a y en caso de que enferme.

¿Ha visitado su hijo/a a su médico o proveedor desde que nació? ☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

i Los exámenes de bienestar regulares de su hijo/a pueden ayudar a garantizar que los niños o jóvenes se mantengan lo más saludables posible.

¿Están al día las vacunas de su hijo/a? ☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

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

¿Cuántas veces estuvo su hijo/a en el hospital en los últimos 3 meses?

☐ Ninguna ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres o más veces ☐ No se sabe

¿Cuántas veces estuvo su hijo/a en la sala de emergencias (ER) en los últimos 3 meses?

☐ Ninguna ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres o más veces ☐ No se sabe

¿Cuántos medicamentos toma actualmente su hijo/a que le hayan sido recetados por su médico o proveedor?

☐ 0 medicamentos ☐ 1 a 3 medicamentos ☐ 4 a 7 medicamentos ☐ 8 o más medicamentos ☐ No se sabe
recetados recetados recetados recetados

¿Hay algo que impida a su hijo/a tomar sus medicamentos de la forma en que su médico o su profesional de atención de salud quieren? ☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué impide que su hijo/a tome sus medicamentos? _____

¿Alguna vez se olvida de darle a su hijo/a sus medicamentos? ☐ Sí. ☐ No. ☐ Algunas veces. ☐ No se sabe

¿Cuál es el peso actual de su hijo/a? _____ libras

¿Le ha preocupado el peso de su hijo/a a usted o a un médico o proveedor?

☐ Sí, el sobrepeso ☐ Sí, el bajo peso ☐ No. ☐ No se sabe

¿Qué come ahora su hijo/a?

☐ Leche humana ☐ Leche humana y de fórmula ☐ Fórmula ☐ No se sabe

¿Su hijo/a va siempre sentado/a en un asiento para auto cuando viaja en él?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

i El uso del cinturón de seguridad y del asiento para auto es una de las mejores formas de salvar vidas y reducir las lesiones en los accidentes.

¿Tiene su bebé un lugar seguro para dormir?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

i Los bebés pueden dormir en la habitación de los padres, pero no en la misma cama. Los bebés de esta edad deben dormir boca arriba. La cama debe ser firme y no contener ropa de cama suave ni juguetes.

¿Vive su hijo/a con alguien que sea fumador habitual?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

i El humo de segunda mano causa problemas de salud en bebés y niños, como ataques de asma, infecciones pulmonares, infecciones de oído y síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS).

INQUIETUDES SOCIALES

En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no le duró y no tenía dinero para comprar más?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En los últimos 2 meses, ¿ha vivido en una vivienda estable de su propiedad, en alquiler o como parte de un hogar?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

¿Le preocupa actualmente tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que le rodean?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso negativo, explíquelo: _____

¿Sabe de alguna cosa muy aterradora o perturbadora que le haya ocurrido a usted, a su hijo/a o a alguien de su familia?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Tiene acceso a un teléfono seguro y fiable?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

¿Suele tener problemas de transporte para acudir a sus citas médicas?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

SALUD FÍSICA

¿Le ha dicho alguna vez un médico o proveedor que su hijo/a padece alguna de estas condiciones?

☐ Sí, marque todas las que correspondan. ☐ No. ☐ No se sabe

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

¿Tiene su hijo/a alguna otra condición que no figure en la lista anterior? ☐ Sí. ☐ No.

En caso afirmativo, explíquelo: _____

SALUD DEL COMPORTAMIENTO

En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido deprimido/a o desesperanzado/a?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer por hacer cosas?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

¿Le preocupa el aprendizaje, el comportamiento o el desarrollo de su hijo/a?

☐ Sí. ☐ No. ☐ No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué le preocupa? _____

INFORMACIÓN GENERAL

Persona que completó la evaluación: _____ Fecha: _____

Relación con el miembro: ☐ Padre/madre o tutor ☐ Representante del miembro con permiso

☐ Proveedor ☐ Representante del plan de salud ☐ Otra (explique) _____

*Asegúrese de haber respondido a todas las preguntas.
Gracias por su tiempo. Volveremos a comunicarnos con usted.*