

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

- Asiática
 - Persona de raza blanca
 - No se sabe
 - Se niega a contestar
 - Indoamericana/nativa de Alaska
 - Persona de raza negra o afroamericana
 - Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
 - Otro _____

Etnicidad

- Hispana o latina
 - Ni hispana ni latina
 - Se niega a contestar
 - No se sabe
 - Otro

Idioma de preferencia:

- Inglés
 - Español
 - No se sabe
 - Otro

¿Es su hijo/a indoamericano/a?

- Sí. No. No se sabe Se niega a contestar

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

- Sí. No. No se sabe Se niega a contestar

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

- Mujer Hombre No binario (No se identifica con ninguno de los dos) Transgénero No se sabe Se niega a contestar

¿Tiene su hijo/a algún problema auditivo, de la vista o del habla que requiera servicios especiales? Sí. No. No se sabe Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo:

HISTORIA DEL NACIMIENTO

¿Su hijo nació por parto vaginal o por cesárea?

- Parto vaginal Parto por cesárea No se sabe

• **Si su hijo nació antes de las 39 semanas de gestación?**

- ¿Su hijo hace antes de las 30 semanas de gestación?

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 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.

● 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.*