

Evaluación de Riesgos para la Salud Pediátrica



Health
Choice

Responda a las siguientes preguntas de la mejor manera posible. La información que provea se usará para proporcionar recursos sobre cómo vivir una vida saludable y evitar enfermedades. Sus respuestas no tendrán consecuencias en los beneficios de Medicaid de su hijo.

IMPORTANTE: Asegúrese de completar el nombre de su hijo y su identificación de miembro. Esta información nos ayudará a saber quién es su hijo.

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de Medicaid: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Médico de cabecera: _____ Fecha actual: _____

1. ¿Fecha en que se completó? _____

2. ¿A su hijo se le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: tipo _____ | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidades de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas: tipo _____ | <input type="checkbox"/> Afección de salud del comportamiento:
Diagnóstico _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Trasplante: órgano _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastornos convulsivos | |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | |

3. ¿Su hijo toma algún medicamento en forma habitual?

- Sí
Si la respuesta es Sí, indique qué medicamentos: _____
- No

4. ¿Su hijo tuvo problemas de salud del comportamiento que requirieron de una consulta con un médico?

- Sí
Si la respuesta es Sí, ¿dónde realizó la consulta: _____
- No

5. ¿Cómo calificaría la salud de su hijo durante los últimos 6 meses?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Enfermo en alguna ocasiones
- Enfermo más que otros niños

6. ¿Su hijo fue hospitalizado durante los últimos 6 meses?

- Sí
Si la respuesta es Sí, indique dónde y por qué: _____
- No

7. Durante los últimos 6 meses, ¿su hijo acudió a una sala de emergencias?

- Sí
Si la respuesta es Sí, indique dónde y por qué: _____
- No

8. ¿El médico de su hijo le comentó alguna vez que su hijo tiene sobrepeso?

- Sí
- No

9. ¿Su hijo tiene las vacunas al día?

- Sí
- No
Si la respuesta es No, ¿cuándo recibió la última vacuna? _____

10. Durante los últimos 12 meses, ¿su hijo acudió a una consulta de control?

- Sí
- No. Si la respuesta es No, indique por qué: _____
- Falta de transporte
- Imposibilidad para salir del trabajo
- Incapacidad para programar una cita con el médico
- Otro: _____

11. Use esta tabla para completar las preguntas sobre necesidades sociales y de otro tipo de su hijo:

Alimentos	
Durante los último 12 meses, ¿se preocupó por quedarse sin alimentos antes de obtener el dinero para comprar más y que su hijo tenga hambre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vivienda/servicios públicos	
¿Su hijo tiene una vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está preocupado por perder su vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Durante los últimos 12 meses, ¿usted o los integrantes de su familia con los que vive no pudieron obtener servicios públicos (calefacción, electricidad) cuando los necesitaban de verdad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transporte	
En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido llevar a su hijo a citas médicas o reuniones no médicas, trabajo o citas, o le ha impedido obtener sus medicamentos u otras cosas que necesita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguridad interpersonal	
¿Se siente seguro a nivel físico y afectivo en el lugar donde vive actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Durante los últimos 12 meses, ¿su hijo recibió golpes, bofetadas, patadas, o algún otro tipo de violencia física por parte de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo asiste a la escuela en forma habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo está expuesto al consumo de drogas por parte de otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas horas duerme su hijo?	_____ horas

12. ¿Tiene otras inquietudes sobre el desarrollo de su hijo o de cualquier otro tema?

Referencias:
 Cuestionario de salud infantil, CHQ-PF50
www.brightfutures.org