

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL/DE LA NIÑO/A

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Persona que completa el cuestionario: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Su relación con el niño/la niña: \_\_\_\_\_

1. Sí  No  ¿Está su hijo/a en una dieta especial?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  2. Sí  No  ¿Requiere su hijo/a técnicas especiales para dar a comer o tiene dificultades con comer (como atragantar, toser, vomitar, o estar despacio para comer)?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  3. Sí  No  ¿Ha tenido su hijo/a problemas neurologicos (como convulsiones/epilepsia, debilidad muscular, hidrocefalia o parálisis cerebral)?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  4. Sí  No  ¿Tiene su hijo/a algún problema ortopédico (como el escoliosis, deformidad del mano/del pie, dislocación de la cadera)?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  5. Sí  No  ¿Tiene su hijo/a un largo historial de enfermo crónico (como el diabetes, el asma o un problema con los riñones)?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  6. Sí  No  ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado, ha tenido cirugía, o ha tenido una herida grave?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  7. Sí  No  ¿Tiene su hijo/a un problema con el oído o usa un aparato auditivo?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  8. Sí  No  ¿Tiene su hijo/a un problema con la visión o usa lentes?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  9. Sí  No  ¿Usa su hijo/a equipo adaptivo como una silla de ruedas, un stander propenso, o soportes?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  10. Sí  No  ¿Necesita su hijo/a tratamientos diarios de salud (como alimentación con gastrostomia, caterización)?  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_
  11. Sí  No  Anote las medicinas que tome su hijo/a: \_\_\_\_\_
- ¿Qué más piensa que necesite saber el doctor sobre su hijo/a? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Estimado Padre o Responsable –

Gracias por su interés en llevar a su hijo/a y su familia a la reunión del equipo de Community Connections Network (CCN). Por favor llenar y enviar los formularios que están incluidos. Hemos incluido un sobre prepagado para su conveniencia.

- Firme el formulario de **Autorización para el uso y divulgación de información médica confidencial**, que permite que el equipo CCN comparta la información (registros) con los proveedores médicos y otros (maestros, otros proveedores etc.) de su hijo/a.
- También pediremos que firme un formulario de **Reconocimiento del recibo de las prácticas de privacidad** después de que haya leído la información sobre nuestras prácticas de privacidad.
- Llene los formularios de **Información demográfica sobre su hijo/a** y **Cuestionario sobre la salud del niño/a** para que el equipo tenga la información sobre la salud de su hijo/a, los servicios que está recibiendo, y las preguntas o preocupaciones que usted tiene.
- Llene la **Lista de proveedores** para que el equipo CCN les puede pedir los registros de su hijo/a antes de su cita.

La reunión con el equipo CCN es su oportunidad de usar este recurso para preguntar sobre el cuidado de su hijo/a. El equipo de CCN se reúne para apoyar a su familia. Si tiene alguna pregunta, por favor comínquese con la coordinadora de CCN o el miembro enlace de la familia (Family Liaison).

¡Anticipamos conocer a Ud. y su familia!

Equipo de Community Connections Network

## PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA

\* Marque todas las preocupaciones que tenga su familia sobre el niño. Tal vez el equipo no podría resolver todos los problemas, pero ayudaría al equipo a saber todas las preocupaciones de la familia.

FINANZAS	MEDICAL / SALUD	ACCESO / AMBIENTO	PSICOSOCIAL	ESCUELA/ EDUCACIÓN	RECURSOS DE LA COMUNIDAD
<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Seguridad social <input type="checkbox"/> Servicios de discapacidad (DD) <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Gastos médicos después del seguro médico <input type="checkbox"/> Gastos del hogar <input type="checkbox"/> Comida/ropa <input type="checkbox"/> Gasolina/servicios públicos <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Gastos para servicios de tregua <input type="checkbox"/> Otra cosa _____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Acceso al doctor principal <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado dental <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado especializado en la condición médica <input type="checkbox"/> Comunicación con profesionales <input type="checkbox"/> Coordinación entre proveedores de cuidado médico <input type="checkbox"/> Información sobre la salud <input type="checkbox"/> Usos de medicina y efectos secundarios <input type="checkbox"/> Crianza y desarrollo <input type="checkbox"/> Nutrición y dar a comer <input type="checkbox"/> Otra cosa _____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Equipo adaptivo como utensilios para dar a comer, montacargas, propensos stander, andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada <input type="checkbox"/> Modificaciones de la casa como rampas o puertas para una silla de ruedas <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Aparatos para la comunicación aumentativa <input type="checkbox"/> Otra cosa _____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Comportamiento del niño <input type="checkbox"/> Interacciones con compañeros <input type="checkbox"/> Apoyo emocional <input type="checkbox"/> Apoyo para los padres/la familia <input type="checkbox"/> Apoyo para los hermanos <input type="checkbox"/> Otra cosa _____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> La intervención temprana <input type="checkbox"/> La educación especial <input type="checkbox"/> Tutores <input type="checkbox"/> Rehabilitación práctica <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Ayuda en enseñar proveedores en la salud <input type="checkbox"/> Ayuda con el Programa Educativo Individualizado/Plan Individualizado de Servicios Familiares <input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de transición <input type="checkbox"/> Otra cosa _____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Recreo/interacciones sociales <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Entrenamiento para el trabajo <input type="checkbox"/> Servicios legales <input type="checkbox"/> Campamentos de verano <input type="checkbox"/> Atención suplente <input type="checkbox"/> Otra cosa _____

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE SU HIJO/A

Niño/a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2o nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Padres/Responsable:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Zip: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

.....

1) Raza: (Opcional) Por favor escoja solo uno:

- Blanco     Negro o Africano Americano     Indio americano/Nativo de Alaska     Asiático
- Hawaiano Nativo o Islas del Pacífico     Dos o más razas     No sé

2) Identidad Étnica: (Opcional) Por favor escoja solo uno:

- Hispano     No-Hispano     No sé

3) Idioma preferido de la familia: Idioma que habla: \_\_\_\_\_ Idioma que escribe: \_\_\_\_\_

4) ¿Necesita un interprete?     Sí     No

.....

5) ¿Tiene su hijo/a un médico de cabecera?  Sí  No    Si es sí, indique el nombre del médico \_\_\_\_\_  
(un médico de familia, enfermera practicante o clínica)

6) ¿Recibe su hijo/a SSI (Ingreso de Seguridad Suplementaria)?  Sí  No

7) ¿Tiene su hijo/a seguro médico?     Sí     No

Si es sí, indique el tipo de seguro médico:     OHP Standard     OHP Plus     CAWEM  
 Indian Health Services     Privado (especifique la compañía) \_\_\_\_\_

8) ¿Quién refirió a su hijo/a al Community Connections Network? \_\_\_\_\_

## Resumen para padres

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Nombre del padre (o madre) : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de culminación: \_\_\_\_\_

Fuente de remisión: \_\_\_\_\_ Motivo de remision: \_\_\_\_\_

¿Qué preguntas/preocupaciones les gustaría que el grupo discutiera?

---

---

---

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

---

---

---

¿Hay alguna otra información sobre su hijo que quisieran compartir con el equipo?

---

---

---

---

Please return to:

**Coordinator's name**  
Community Connections Coordinator  
**Address**  
**City**

*al revés → Preocupaciones de la familia*

# Un escala breve de auto eficiencia de los padres

Las siguientes son una serie de declaraciones sobre usted y su hijo.  
Por favor, diga cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno.

		Muy en desacuerdo	Desacuerdo	<u>Ni</u> / <i>Nor</i> desacuerdo o acuerdo	Acuerdo	Muy de acuerdo
		1	2	3	4	5
1.	Aunque es posible que no siempre lo administre, sé lo que debo hacer con mi hijo.					
2.	Puedo hacer las cosas que mejorarán el comportamiento de mi hijo.					
3.	Puedo hacer una diferencia importante para mi hijo.					
4.	En la mayoría de las situaciones, sé lo que debo hacer para asegurarme de que mi hijo se comporte.					
5.	Las cosas que hago hacen una diferencia en el comportamiento de mi hijo.					

Nombre de padre: \_\_\_\_\_

Fecha completada: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_