



289 LaClair Street, Coos Bay, Oregon 97420

541-269-7400 * 1-800-264-0014 * TTY 1-877-769-7400

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA SALUD DE LOS NIÑOS

INICIAL / ANUAL / ACTUALIZACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO:	NOMBRE DEL TUTOR:
DIRECCIÓN:	RELACIÓN:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO: M / F
RAZA: MARQUE UNA OPCIÓN Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra:	ORIGEN ÉTNICO: MARQUE UNA OPCIÓN Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> TIPO DE PLAN: MARQUE UNA OPCIÓN CCOA: médico, dental, salud conductual, transporte <input type="checkbox"/> CCOB: médico, dental, transporte <input type="checkbox"/> CCOE: salud conductual, transporte <input type="checkbox"/> CCOG: salud conductual, dental, transporte <input type="checkbox"/>

¿Es el inglés su idioma principal? **SÍ** **NO**

¿Qué nivel de comprensión tiene del inglés? **Bueno** **Regular** **Malo**

¿Cuál es su idioma preferido? **Inglés** **Español** **Chino** **Vietnamita** **Ruso**

Hindi **Lengua de señas americana** **Otro**

¿Necesita un intérprete? **SÍ** **NO**

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Relación: _____

Si no es el padre o la madre, ¿tenemos documentos de la tutela en el expediente? **SÍ** **NO**

¿Usa su hijo algún dispositivo de ayuda para ver o escuchar, como anteojos o audífonos? **SÍ** **NO**

¿Tiene alguna necesidad cultural? **SÍ** **NO** Explique:

(Opcional) ¿Con qué género se identifica su hijo? _____

¿Tiene alguien con quien quiere que hablemos sobre su información médica? (Ejemplo: su cónyuge, familiar, amigo, cuidador o administrador del caso) **SÍ** **NO**

Nombre: _____ Relación: _____ Información de contacto: _____

¿Tenemos permiso para hablar con esta persona sobre sus necesidades de atención médica? **SÍ** **NO**

La autorización verbal solo es válida por un día. Será necesario tener una revelación de información en el archivo.

¿Quién es su médico? _____

¿Cuándo fue su última visita? **0-6 meses** **6-12 meses** **1 año**

¿Quién es su dentista? _____

¿Cuándo fue su última visita? **0-6 meses** **6-12 meses** **1 año**

¿Quiere información adicional sobre su beneficio dental? **SÍ** **NO**

En general, ¿cómo diría que es su salud? **Mala** **Regular** **Buena** **Excelente**

*(Solo para chicas) ¿Está actualmente embarazada? **SÍ** **NO**

¿Necesita ayuda para el transporte a las citas? **SÍ** **NO**

¿Quiere información adicional sobre sus beneficios de transporte? **SÍ** **NO**

*¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿por qué y cuándo? _____

*¿Estuvo en el departamento de emergencias en el último año? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿por qué y cuándo? _____

¿Toma algún medicamento todos los días? **SÍ** **NO**

¿Está inscrito en un programa de ayuda para medicamentos? **SÍ** **NO**

¿Usa algún equipo médico duradero, como una silla de ruedas, un aparato ortopédico o un andador? **SÍ** **NO**

(¿Cómo compró sus artículos de equipo médico duradero?) _____

¿Tiene alguna alergia (a los alimentos/medicamentos/al medio ambiente)? SÍ NO

Si la respuesta es "sí", ¿qué alergias? _____

¿Suele tener una dieta que incluya frutas, verduras y cereales integrales? SÍ NO

Estatura: _____ Peso: _____ Presión, si se conoce:

¿Tiene sus vacunas al día? SÍ NO No lo sé

*¿Le han informado de que su hijo tiene un retraso intelectual o en el desarrollo? SÍ NO

*¿Ha sido diagnosticado con el síndrome de abstinencia neonatal? SÍ NO

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia hizo ejercicio durante al menos 60 minutos en un día?

Todos los días De 3 a 6 días De 1 a 2 días Ningún día

¿Sigue las directrices de tiempo de pantalla recomendadas? 0 (menores de 2 años)

1 hora al día (de 2 a 5 años) 2 horas al día (de 6 a 17 años)

¿Conocen las normas básicas de seguridad?

Usar casco al andar en bicicleta SÍ NO Cruzar la calle SÍ NO

Usar el cinturón de seguridad SÍ NO Llamar al 911 SÍ NO

¿Tiene su familia un plan de seguridad y emergencia contra incendios? SÍ NO

En los últimos 7 días ¿con qué frecuencia durmió su hijo al menos 8 horas? Todos los días De 3 a 6 días

De 1 a 2 días Ningún día

¿Tiene acceso a un teléfono inteligente/computadora? SÍ NO

¿Se queda sin comida antes de tener dinero comprar más? SÍ NO

¿Recibe actualmente los beneficios de SNAP (ayuda alimentaria)? SÍ NO

¿Quiere información sobre cómo solicitar los beneficios de SNAP? SÍ NO

¿Quiere una lista de bancos de alimentos locales? SÍ NO

¿Tiene alguna necesidad de ropa? SÍ NO

¿Se siente seguro en su barrio? SÍ NO

¿Se siente seguro en su casa? SÍ NO

¿Ha dejado de pagar algún alquiler o hipoteca en los últimos 6 meses? SÍ NO

¿Ha recibido un aviso de desalojo? SÍ NO

En los últimos 6 meses, ¿le han cortado los servicios públicos, como el agua o la electricidad? SÍ NO

*¿Se quedó recientemente sin casa o tiene riesgo de quedarse sin casa? SÍ NO

¿Cuál es su situación de vida actual? (MARQUE UNA OPCIÓN)

Casa/departamento propio o alquilado Vivo con un amigo/familiar Hogar de acogida Otra:

¿Quiere ayuda para cambiar su situación de vida? SÍ NO

¿Va a la escuela? SÍ NO

*¿Le han pedido que no vuelva a la escuela o a la guardería? SÍ NO

¿Tiene un plan de educación individual (Individual Education Plan, IEP)? SÍ NO

*¿Ha habido participación del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) o una historia de abuso o negligencia?

SÍ NO

*¿Ha dicho su médico que tiene una enfermedad grave o crónica? SÍ NO

Si la respuesta es "sí", MARQUE la enfermedad: Autismo Asma Cáncer Diabetes Tipo I
 Diabetes Tipo II VIH/sida N/C Otro:

¿Quiere recibir material educativo adicional sobre la salud de su hijo? SÍ NO

Krames en línea en <https://schuyler.kramesonline.com/> es un recurso educativo gratuito para el paciente con sencillas hojas educativas médicas.

¿Tiene una historia familiar de alguna de estas condiciones? SÍ NO Si la respuesta es "sí", MARQUE la enfermedad:

Enfermedad del corazón Presión alta Diabetes Cáncer
 Problemas pulmonares o respiratorios
 Dolor crónico Derrame cerebral Problemas de audición Problemas de la vista
 Problemas de vejiga o riñón Problemas de hígado Tuberculosis
 VIH/sida Alergias Asma N/C Otra:

*¿Tiene alguna de estas condiciones? Si la respuesta es "sí", marque las opciones que correspondan.

Ansiedad Depresión Estrés Falta de apoyo emocional/social Abuso N/C

*¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad conductual o emocional? SÍ NO

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Quiere recibir ayuda para comunicarse con los servicios de salud conductual? SÍ NO

Si la respuesta es "sí", tenga en cuenta lo siguiente: **Línea de Coos en caso de crisis (541) 266-6800**
Línea de Curry en caso de crisis (877) 519-9322

¿Quiere recibir información adicional sobre su beneficio de salud conductual? **SÍ** **NO**

¿Consume tabaco (fuma, vapea o mastica)? **SÍ** **NO** **N/C**

*¿Consume alcohol? **SÍ** **NO** Si la respuesta es "sí", ¿con qué frecuencia?:

*¿Consume alguna sustancia ilegal? **SÍ** **NO** **N/C**

*¿Trabaja actualmente con APD o un trabajador social mediante otra agencia? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿qué agencia? _____

¿Tiene otro seguro? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿cuál? _____

¿Cuál es su número de identificación? _____ Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

¿Ha participado recientemente en una organización de atención coordinada diferente? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿cuál? _____ Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

También puede calificar para recibir ayuda adicional mediante nuestro programa de coordinación de atención intensiva.

*¿Está interesado en participar en la coordinación de atención? **SÍ** **NO**

Si no está seguro de pertenecer a alguno de los grupos de arriba, o considera que necesita ayuda para la coordinación de atención, llame a Servicios para Miembros al 541-269-7400 o al 1-800-264-0014 o TTY 1-877-769-7400.

Puede obtener esta carta en otro idioma, en letra grande o de la forma más adecuada y de forma gratuita. También puede tener un intérprete de idiomas de forma gratuita.

Llame a los Servicios para Miembros de Advanced Health al:

541-269-7400 o 800-264-0014 (TTY: 711)