

Necesidades de Cuidado de Salud de Niños en DC Medicaid

FAVOR DE COMPLETAR UNA FORMA PARA CADA NIÑO/A EN SU HOGAR.

Favor de llenar esta forma de parte del siguiente niño/a: (Nombre y Medicaid ID#):	
--	--

INFORMACION SOBRE EL JEFE DE FAMILIA:	Favor de hacer correcciones en la columna de abajo	INFORMACION DEL NIÑO:	Favor de hacer correcciones en la columna de abajo
NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)		NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN (CALLE, APT, CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	
DIRECCIÓN (CALLE, APT, CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		FECHA DE NACIMIENTO	
		NÚMERO DE MEDICAID	

Su organización de atención administrada (MCO) utilizará las siguientes preguntas para mejorar los servicios que ofrece a sus hijos. Favor de completar una forma para cada niño/a en su hogar. En esta encuesta, definimos a los niños como personas **menores de 21 años**. Sus respuestas ayudarán a que su MCO resuelva las necesidades de atención de salud de sus niños.

- P1. ¿Acaso este hijo/a tiene algún problema de salud o tratamiento médico que debería conocer su plan de salud?**
- Sí
- No → Pase a P2

1a. [SI RESPONDE "SÍ"] Describa (cualquier problema de salud o tratamiento médico):

- P2. ¿Está su hija embarazada?**
- Sí
- No → Pase a P3

2a. [SI RESPONDE "SÍ"] ¿Cuál es el nombre de su médico? _____

2b. ¿Cuál es la fecha esperada del parto (si se conoce)? ____/____/____ (MM / DD / AAAA)

- P3. ¿Actualmente su hijo(a) necesita o usa medicina recetada por un médico (además de las vitaminas)?**
- Sí
- No → Pase a P4

3a. [SI RESPONDE "SÍ"] ¿Cuáles son los nombres de estas medicinas? [Favor de verificar con la botella del medicamento.]

Especifique: _____

- 3b. ¿Su hijo necesita o usa estas medicinas debido a algún problema que ha durado o se espera que dure por lo menos un año?**
- Sí
- No

En las próximas preguntas, favor de escoger en los encasillados de abajo la contestación que mejor describe su situación. Llene cada línea al menos que haya una instrucción de pasar a la próxima pregunta.

	Marque un cuadro para cada pregunta, según se indique		
	Sí	No	No sabe / Se rehusó
P4. ¿Su hijo necesita o usa servicios de atención médica, de salud mental o de educación más allá de lo normal para la mayoría de los niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P5	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P5
4a. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Se debe a algún problema médico, de conducta o a otro problema de salud?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P5	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P5
4b. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Ha durado este problema (o se espera que dure) por lo menos un año?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
P5. ¿Tiene su hijo(a) alguna limitación o impedimento en su capacidad de hacer cosas que puede hacer la mayoría de los niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P6	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P6
5a. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Se debe a algún problema médico, de conducta o a otro problema de salud?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P6	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P6
5b. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Ha durado este problema (o se espera que dure) por lo menos un año?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
P6. ¿Necesita o recibe su hijo(a) alguna terapia especial, ya sea terapia física, ocupacional o del habla?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P7	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P7
6a. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Se debe a algún problema médico, de conducta o a otro problema de salud?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P7	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P7
6b. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Ha durado este problema (o se espera que dure) por lo menos un año?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
P7. ¿Tiene su hijo(a) algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de conducta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P8	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P8
7a. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Su hijo(a) necesita o recibe tratamiento o asesoría para este problema?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Pase a P8	<input type="checkbox"/> ₈ → Pase a P8
7b. [SI RESPONDE “SÍ”] ¿Ha durado este problema (o se espera que dure) por lo menos un año?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
P8. ¿Tiene su hijo(a) algún procedimiento médico especial programado? Los ejemplos podrían ser: quimioterapia, cirugía, vacunas contra alergias u otra terapia de cualquier tipo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈

Estas son todas las preguntas. Favor de completar una forma para cada niño/a de su hogar. Favor de devolver la forma en el sobre suministrado.