

# Encuesta para cada visita: cliente

## COMPLETAR EN:

- Cada visita

Nombre de la persona que visita el domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la visita/fecha de la encuesta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

### 1. Resultado de la visita

- Visita completada
- El cliente no se presentó en el lugar [FINAL DE LA ENCUESTA](#)
- El cliente canceló [FINAL DE LA ENCUESTA](#)
- El personal de visitas domiciliarias canceló [FINAL DE LA ENCUESTA](#)

### 2. ¿Cuánto duró la visita?

\_\_\_\_\_ minutos (incremento de 15 minutos en THEO)

### 3. Participantes del encuentro

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN Y ESPECIFIQUE COMO SE INDICA

- Cliente
- Otro bebé, niño o joven no inscrito
- Progenitor que dio a luz
- Progenitor que no dio a luz: \_\_\_\_\_
- Otro cuidador: \_\_\_\_\_
- Estudiante
- Supervisor
- Intérprete
- Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Dónde tuvo lugar la visita?

- Hogar del cliente
- Médico/clínica
- Hogar de familiar/amigo
- Escuela
- Agencia/pública privada
- Lugar público - *ejemplo: parque*
- Teléfono
- Video en línea
- Otro: \_\_\_\_\_

5. ¿Se facturaron los servicios de TCM por esta visita?

- Sí, se facturaron servicios de TCM por esta visita
- No, no se facturaron servicios de TCM por esta visita

6. ¿El cliente ha tenido una consulta de atención médica en el último mes (si se trata de una visita de inscripción) o desde su última visita al hogar?

POR EJEMPLO, PNC, PP, EMERGENCIA, WCC, CONDUCTUAL

- Sí
- No [PASE A LA PREGUNTA 8](#)
- Se negó a responder [PASE A LA PREGUNTA 8](#)

7. De ser así, marque el tipo de consulta e ingrese la fecha de la última consulta de salud

SI EL CLIENTE NO SABE DÍA ESPECÍFICO, INGRESE EL PRIMERO DEL MES EN QUE SE REALIZÓ LA CONSULTA

- A. Consulta de bienestar adolescente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- B. Salud conductual/mental \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- C. Consulta dental \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- D Consulta planificada en el hospital \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- E. Atención prenatal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- F. Atención primaria \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- G. Atención especializada \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- H. Terapia del lenguaje o fisioterapia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- I. Emergencia o visita no planificada al hospital \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- J. Consulta de bienestar infantil \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- K. Consulta de bienestar de mujer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_
- L. Otro: \_\_\_\_\_

8. No se debe evaluar al cliente con una herramienta validada para estas áreas de salud en cada visita, pero indique sus necesidades actuales y qué intervención se realizó (si corresponde).

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

	Se identificó necesidad de servicios o intervención	¿Qué tipo de intervención se realizó? MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN			
		Referencia	Educación	Promoción del cambio de comportamiento	Sin intervención en esta visita
A. Cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Seguridad alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
D. Vivienda/entorno del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Atención médica—PNC, hogar médico, salud bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Promoción de sueño seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Normas para fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Apoyo social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M. Violencia o maltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Visión/audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>