

# Encuesta de inscripción del/de la cliente Cuidador y niño

## COMPLETAR EN:

- Inscripción de cada cliente

Fecha de la inscripción/fecha de la encuesta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_

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

¿En qué programa se está inscribiendo el/la cliente?

☐ Babies First!

☐ CaCoon

Nombre, segundo nombre y apellido del/de la cliente: \_\_\_\_\_

También conocido como (nombre legal o que figura en los expedientes médicos): \_\_\_\_\_

## REGISTRO/DATOS DEMOGRÁFICOS DEL/DE LA CLIENTE

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_

NOTA: La OHA se compromete a utilizar preguntas SOGI y REALD para la recopilación de datos demográficos. THEO podrá aceptar preguntas SOGI y REALD más adelante en 2023. Consulte el documento de orientación de la encuesta THEO para obtener más detalles sobre cómo responder las preguntas actuales sobre orientación sexual e identidad de género y raza y etnia.

Género del/de la cliente:

☐ Femenino

☐ No sabe

☐ Masculino

☐ El/la cliente se negó a autoidentificarse

☐ Transgénero

Idioma principal que habla: \_\_\_\_\_

Idioma secundario que habla (opcional): \_\_\_\_\_

Idioma de escritura preferido: \_\_\_\_\_

**Origen étnico:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se negó a autoidentificarse | <input type="checkbox"/> No hispano o latino |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino            | <input type="checkbox"/> Se desconoce        |

**Tipos de razas de personas: Marque todas las opciones que correspondan**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska     | <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico            |
| <input type="checkbox"/> Asiático                             | <input type="checkbox"/> Se desconoce                |
| <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano                  | <input type="checkbox"/> Se negó a autoidentificarse |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico |  |

**BABIES FIRST! Y CACOON - ENCUESTA DE INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE****1. ¿Qué rol describe mejor a este cliente?**

- ☐ Persona embarazada
- ☐ Persona en posparto
- ☐ Bebé, niño o joven
- ☐ Cuidador relacionado (otra persona que cuida al bebé o niño inscrito)

**2. Estado actual del seguro de salud del cliente:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indian Health Service                             | <input type="checkbox"/> Medicare  |
| <input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) | <input type="checkbox"/> Seguro privado o del empleador                          |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de OHP en proceso                       | <input type="checkbox"/> TRICARE u otro seguro de atención médica para militares |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de Medicaid en un estado diferente      | <input type="checkbox"/> No tiene seguro   |
|  | <input type="checkbox"/> Otro seguro   |

**3. ¿Quién refirió al cliente a Babies First! o CaCoon?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clínica de proveedores para adultos (que no sea de obstetricia) | <input type="checkbox"/> Oregon Mothers Care                               |
| <input type="checkbox"/> Servicios de bienestar infantil                                 | <input type="checkbox"/> Otro programa de visitas domiciliarias            |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria/sin fines de lucro:<br>_____           | <input type="checkbox"/> Trabajador social                                 |
| <input type="checkbox"/> Evento de la comunidad  | <input type="checkbox"/> Clínica de proveedores pediátricos                |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Discapacidades del Desarrollo (DDS)                | <input type="checkbox"/> Clínica de pruebas de embarazo                    |
| <input type="checkbox"/> Family Connects   | <input type="checkbox"/> Escuela   |
| <input type="checkbox"/> Familiares o amigos   | <input type="checkbox"/> Autorremisión                                     |
| <input type="checkbox"/> Plan de salud   | <input type="checkbox"/> Clínica de tratamiento para consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Hospital  | <input type="checkbox"/> TANF  |
| <input type="checkbox"/> Sistema judicial  | <input type="checkbox"/> WIC   |
| <input type="checkbox"/> Medicaid  | <input type="checkbox"/> 211   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de tratamiento de salud mental                        | <input type="checkbox"/> Se negó a responder                               |
| <input type="checkbox"/> Clínica de proveedores de obstetricia                           | <input type="checkbox"/> Se desconoce                                      |
|  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                       |

**4. ¿Cuándo fue referido el cliente?** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- ☐ El cliente nació en el programa; el cuidador fue referido durante el embarazo

5. ¿Con quién vive el cliente?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- ☐ Madre del cliente ☐ Otros adultos: \_\_\_\_\_
- ☐ Padre del cliente ☐ Vive solo
- ☐ Otros miembros de la familia: \_\_\_\_\_

6. ¿Dónde vive el cliente?

- ☐ Vive en un refugio/hogar grupal
- ☐ Está confinado en un centro institucional (centro de tratamiento residencial)
- ☐ Sin hogar
- ☐ Sin hogar y compartiendo vivienda
- ☐ Sin hogar y viviendo en un refugio de emergencia o de transición
- ☐ Posee o comparte su propia casa, condominio o apartamento
- ☐ Alquila o comparte casa, condominio o apartamento
- ☐ Vive en vivienda pública
- ☐ Se negó a responder
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor el ingreso total anual del hogar y los tipos de beneficios recibidos?

Incluya los ingresos del cuidador y cualquier otro ingreso que puedan recibir.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menor o igual a \$6,000 | <input type="checkbox"/> \$20,001–\$30,000   |
| <input type="checkbox"/> \$6,001–\$9,000         | <input type="checkbox"/> \$30,001–\$40,000   |
| <input type="checkbox"/> \$9,001–\$12,000        | <input type="checkbox"/> \$40,001–\$50,000   |
| <input type="checkbox"/> \$12,001–\$16,000       | <input type="checkbox"/> Más de \$50,000     |
| <input type="checkbox"/> \$16,001–\$20,000       | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |

8. ¿Cuántas personas viven en el hogar? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene el cliente sobre los datos que se recopilarán?

**i** Complete las preguntas 10 - 11 solo para bebés de cuatro meses o menos al momento de la inscripción

10. Peso al nacer: \_\_\_\_\_ gramos o \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz

11. Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ semanas

**i** Complete la pregunta 12 solo para el cuidador prenatal

12. Fecha de parto prevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**13. Para clientes inscritos en BabiesFirst!: ¿Cuáles son los riesgos conocidos del cliente (elegibilidad de TCM)?**

**MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN**

- ☐ No corresponde (cliente de CaCoon)
- ☐ Mujer embarazada con una afección de salud crónica que pone en alto riesgo los resultados perinatales-infantiles
- ☐ Mujer embarazada con complicaciones del embarazo
- ☐ Mujer embarazada con cuidado prenatal inadecuado
- ☐ Mujer embarazada con antecedentes de malos resultados en el parto
- ☐ Mujer perinatal con antecedentes de maltrato infantil
- ☐ Mujer perinatal con tabaquismo
- ☐ Mujer perinatal con uso/abuso de sustancias
- ☐ Mujer perinatal con afección de salud mental
- ☐ Mujer perinatal **que sufre violencia de pareja**
- ☐ Mujer perinatal de raza/etnicidad con inequidades de salud establecidas
- ☐ Mujer perinatal con recursos inadecuados para cubrir necesidades básicas
- ☐ Mujer perinatal con exposición a peligros ambientales
- ☐ Mujer perinatal de 18 años o menos
- ☐ Mujer perinatal que no terminó la escuela secundaria
- ☐ Mujer perinatal que tiene una pareja que no la apoya y/o falta de apoyo social
- ☐ Mujer perinatal con antecedentes de encarcelamiento
- ☐ Mujer embarazada que cumple con los criterios de elegibilidad de Nurse-Family Partnership
- ☐ Padre/madre del niño elegible
- ☐ Bebé nacido de madre inscrita en Babies First! o Nurse-Family Partnership
- ☐ Remisión del proveedor médico o servicios sociales para la visita domiciliaria de la enfermera
- ☐ Bebé expuesto a teratógenos
- ☐ Peso muy bajo al nacer
- ☐ Pequeño para la edad gestacional
- ☐ Padre/madre con deficiencia cognitiva
- ☐ Consumo/abuso de sustancias por parte de los padres
- ☐ Padre/madre no terminaron la escuela secundaria
- ☐ Edad materna 18 años o menos
- ☐ Padre/madre con recursos inadecuados para satisfacer las necesidades básicas de vivienda, alimentación, servicios públicos
- ☐ Padre/madre con afección de salud mental
- ☐ Padre/madre con historial de maltrato o negligencia
- ☐ Padre/madre que sufre IPV
- ☐ Padre/madre con historia de encarcelamiento
- ☐ Bebé VIH positivo
- ☐ PKU materna o VIH positivo
- ☐ Hemorragia intracraneal grado I o II
- ☐ Convulsiones o antecedentes maternos de convulsiones
- ☐ Asfixia perinatal
- ☐ Respiración mecánica durante 72 horas o más antes del alta
- ☐ Hiperbilirrubinemia neonatal
- ☐ Infección congénita (TORCHS)
- ☐ Infección del SNC
- ☐ Traumatismo craneoencefálico o casi ahogamiento
- ☐ Falta de crecimiento
- ☐ Sospecha de discapacidad visual
- ☐ Prematuridad
- ☐ Exposición al plomo u otro elemento
- ☐ Sospecha de pérdida auditiva
- ☐ Antecedentes familiares de comienzo de pérdida auditiva en la infancia
- ☐ Otros riesgos de retraso en el crecimiento y desarrollo

**14. Para clientes que se inscriben en CaCoon: ¿Cuáles son los riesgos conocidos del cliente (elegibilidad de TCM)?**

**MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN**

- ☐ No corresponde - BabiesFirst! Cliente
- ☐ Cuidador del niño inscrito
- ☐ Autismo, trastorno del espectro autista
- ☐ Trastorno mental o del comportamiento **con** retraso en el desarrollo
- ☐ Trastornos cardiovasculares
- ☐ Trastornos cromosómicos
- ☐ Trastorno pulmonar crónico
- ☐ Trastorno ortopédico crónico
- ☐ Labio y paladar hendido y otros defectos congénitos de la cabeza y la cara
- ☐ Retraso del desarrollo
- ☐ Trastornos endocrinos - *ejemplo: diabetes*
- ☐ Trastorno del espectro alcohólico fetal
- ☐ Trastornos genéticos (p. ej., fibrosis quística, neurofibromatosis)
- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Hemofilia
- ☐ VIH, conversión seropositiva
- ☐ Hidrocefalia o ventriculomegalia persistente
- ☐ Hemorragia intraventricular (grado III o IV) o leucomalacia periventricular (PVL) o subdural crónicas
- ☐ Malignidad
- ☐ Trastornos metabólicos - *ejemplo: PKU*
- ☐ Microcefalia y otros defectos congénitos o adquiridos del SNC
- ☐ Varias anomalías menores
- ☐ Trastornos neuromotores que incluyen parálisis cerebral y parálisis braquial
- ☐ Disfunción de la motricidad oral que requiere un programa de alimentación especializado (incluida la gastrostomía)
- ☐ Trastornos orgánicos del habla
- ☐ Asfixia perinatal acompañada de convulsiones
- ☐ Análisis de sangre de recién nacido positivo
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Espina bífida
- ☐ Sospecha de trastorno neuromuscular
- ☐ Traumatismo craneoencefálico
- ☐ Discapacidad visual
- ☐ Otras afecciones que no se mencionaron: \_\_\_\_\_

**15. ¿El cliente tiene un caso abierto del Servicio de Protección de Menores?**

- ☐ Sí
- ☐ No