

# 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?**

- Clínica de proveedores para adultos (que no sea de obstetricia)
- Servicios de bienestar infantil
- Organización comunitaria/sin fines de lucro:

- 
- Evento de la comunidad
  - Servicios de Discapacidades del Desarrollo (DDS)
  - Family Connects
  - Familiares o amigos
  - Plan de salud
  - Hospital
  - Sistema judicial
  - Medicaid
  - Servicios de tratamiento de salud mental
  - Clínica de proveedores de obstetricia

- Oregon Mothers Care
- Otro programa de visitas domiciliarias
- Trabajador social
- Clínica de proveedores pediátricos
- Clínica de pruebas de embarazo
- Escuela
- Autorremisión
- Clínica de tratamiento para consumo de sustancias
- TANF
- WIC
- 211
- Se negó a responder
- Se desconoce
- Otro: \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuando 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
  - Padre del cliente
  - Otros miembros de la familia:

- Otros adultos: \_\_\_\_\_
  - Vive solo

## 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.

- Menor o igual a \$6,000       \$20,001-\$30,000  
 \$6,001-\$9,000       \$30,001-\$40,000  
 \$9,001-\$12,000       \$40,001-\$50,000  
 \$12,001-\$16,000       Más de \$50,000  
 \$16,001-\$20,000       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?**

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).

**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 intracranal 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
- Transtornos 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 bifida
- 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