

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:

- Se negó a autoidentificarse
- Hispano o latino
- No hispano o latino
- Se desconoce

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

- Indio americano/nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/afroamericano
- Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico
- Blanco/caucásico
- Se desconoce
- Se negó a autoidentificarse

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:

- CAWEM/CAWEM Plus
- Indian Health Service
- OHP/Medicaid
- Seguro privado o del empleador
- TRICARE u otro seguro de atención médica para militares
- No tiene seguro
- 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. ¿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
- 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
- \$6,001-\$9,000
- \$9,001-\$12,000
- \$12,001-\$16,000
- \$16,001-\$20,000
- \$20,001-\$30,000
- \$30,001-\$40,000
- \$40,001-\$50,000
- Más de \$50,000
- 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?

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 domiciliar 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