

Encuesta sobre bebés y niños

COMPLETAR EN:

- Inscripción
- Edad del niño: nacimiento - 2 meses, 6, 8, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 y 54 meses

Nombre de la persona que visita el domicilio: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la visita/fecha de la encuesta: ____/____/20____

Marque para qué período de tiempo es la encuesta (encuestas válidas +/- 30 días a partir del período de tiempo*):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inscripción | <input type="checkbox"/> Edad del niño: 24 meses |
| <input type="checkbox"/> Edad del niño: nacimiento - 2 meses | <input type="checkbox"/> Edad del niño: 30 meses |
| <input type="checkbox"/> Edad del niño: 6 meses | <input type="checkbox"/> Edad del niño: 36 meses |
| <input type="checkbox"/> Edad del niño: 8 meses | <input type="checkbox"/> Edad del niño: 42 meses |
| <input type="checkbox"/> Edad del niño: 12 meses | <input type="checkbox"/> Edad del niño: 48 meses |
| <input type="checkbox"/> Edad del niño: 18 meses | <input type="checkbox"/> Edad del niño: 54 meses |

*Por ejemplo:

- Si un niño se inscribe a las tres semanas, este formulario se completará en el momento de la inscripción y nuevamente cuando vea al niño a los seis meses.
- Si el niño se inscribe a los cinco meses, completar este formulario cumple con la recopilación de datos para la inscripción y la edad de seis meses. La próxima vez que complete este formulario será a los ocho meses de edad.

1. Código postal actual del cliente: _____

i Preguntas 2 a 11 solo para clientes de 12 meses o menos

i Si el cliente es mayor de 12 meses ➔ PASE A LA PREGUNTA 12

2. ¿Durante cuántas semanas o meses el cliente recibió leche materna o leche materna extraída?

- _____ semanas o _____ meses
- Menos de una semana
- Aún recibe leche materna
- Se negó a responder

3. ¿Qué edad tenía el cliente la primera vez que tomó líquidos que no fueran leche materna?

POR EJEMPLO, LECHE DE FÓRMULA, AGUA, JUGO O LECHE DE VACA

- _____ semanas o _____ meses
- Menos de una semana de edad
- El cliente no ha tomado ningún líquido aparte de la leche materna
- El cuidador no sabe
- Se negó a responder

4. ¿Qué necesita el cuidador para continuar alimentando con leche materna?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- No corresponde (no se amamanta/proporciona lactancia)
- Extractor de leche materna
- Apoyo de la comunidad, especifique: _____
- Nada (las necesidades están cubiertas)
- Ambiente de trabajo que brinde apoyo
- Pareja que brinde apoyo
- Cuidado infantil de apoyo
- Tiempo para extraer leche en casa o en el trabajo
- Se negó a responder
- Otro: _____

5. Si el cliente no recibió leche materna o dejó de alimentarse con leche materna, ¿cuáles son las razones?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- No corresponde (recibe leche materna)
- Eligió no amamantar
- No conoce bien los beneficios de la leche materna
- La pareja u otro miembro de la familia sugirió leche de fórmula
- Era doloroso o difícil continuar
- No se sintió apoyo para amamantar
- No podía amamantar debido al trabajo
- No tenía apoyo de la comunidad
- El cuidador no produjo suficiente leche y/o no hay leche de donante disponible
- El cliente ahora está comiendo alimentos sólidos y ya no necesita leche materna
- El cliente dejó de querer leche materna
- Se negó a responder
- Otro: _____

6. ¿El cuidador recibió educación sobre el sueño seguro?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí, por parte del personal de visitas domiciliarias
- Sí, por parte de otro proveedor
- No
- El cuidador no sabe

7. ¿Qué espacios seguros para dormir se proporcionan para el cliente?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Cuna o moisés propio en la habitación del cuidador
- Cuna o moisés propio en una habitación diferente a la del cuidador
- No se proporcionó un espacio seguro para dormir
- Otro: _____

8. ¿Con qué frecuencia el cliente duerme sin ropa de cama suave, protectores, mantas, muñecos de peluche u otros objetos blandos?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca
- Se negó a responder

9. ¿Con qué frecuencia se coloca al cliente para dormir boca arriba (o en una posición especial para dormir según lo indique su profesional médico)?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca
- Se negó a responder

10. ¿Con qué frecuencia el cliente duerme en la misma superficie que el cuidador?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca [👉 PASE A LA PREGUNTA 12](#)
- Se negó a responder [👉 PASE A LA PREGUNTA 12](#)

11. Si el cliente comparte la cama, ¿qué medidas toma el cuidador para hacerlo de la manera más segura posible?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Los cuidadores no fuman
- No consume drogas o alcohol (no está afectado por sustancias)
- Duerme boca arriba
- Amamanta
- No se tomaron medidas para dormir juntos de la forma más segura posible
- Otro: _____

12. ¿El cliente tiene un proveedor de atención primaria o un hogar médico?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí
- Todavía no, está en una lista de espera
- No, no pudo encontrar una cita que se ajuste a su horario
- No, el cliente/cuidador afirma que no puede encontrar un proveedor que comprenda a su familia
- No, el cliente/cuidador afirma que los proveedores no tratan a la familia con respeto
- No, falta de transporte al proveedor
- No, no hay nadie que cuide a los otros niños durante una cita
- No, no tiene recursos financieros para un proveedor
- No, el cliente/cuidador afirma que el cliente no necesita un proveedor
- No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro
- No, no hay proveedores en el área del cliente
- Se negó a responder
- No, otro: _____

13. ¿Quién más está involucrado actualmente en la atención de este cliente?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapeuta conductual | <input type="checkbox"/> Farmacia/farmacia de compuestos farmacológicos |
| <input type="checkbox"/> Comunidad/vecinos/amigos | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Bienestar infantil del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Oregón | <input type="checkbox"/> Líder religioso/de fe |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Discapacidades del Desarrollo (Servicios de DD) | <input type="checkbox"/> Personal de enfermería escolar |
| <input type="checkbox"/> Educación especial para la primera infancia | <input type="checkbox"/> Seguridad social |
| <input type="checkbox"/> Servicios de intervención temprana | <input type="checkbox"/> Coordinador de educación especial |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia extendida | <input type="checkbox"/> Proveedor especializado |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Terapeuta del habla |
| <input type="checkbox"/> Seguro/pagador/CCO | <input type="checkbox"/> Curador tradicional |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de equipos médicos | <input type="checkbox"/> Nadie más |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de padres/pareja/compañeros | |

14. ¿Alguna vez el cliente tuvo una evaluación de la vista?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No, no tiene recursos financieros |
| <input type="checkbox"/> No, no corresponde para la edad | <input type="checkbox"/> No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro |
| <input type="checkbox"/> No, no se ofreció ninguna | <input type="checkbox"/> El cuidador no sabe |
| <input type="checkbox"/> No, no hay un proveedor disponible para realizar la evaluación | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> No, el proveedor se niega a realizar la evaluación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> No, el cuidador no siente que el cliente necesite una evaluación | |

15. ¿Alguna vez el cliente tuvo una evaluación de la audición?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí
- No, no corresponde para la edad
- No, no se ofreció ninguna
- No, no hay un proveedor disponible para realizar la evaluación
- No, el proveedor se niega a realizar la evaluación
- No, el cuidador no siente que el cliente necesite una evaluación
- No, no tiene recursos financieros
- No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro
- El cuidador no sabe
- Se negó a responder
- Otro: _____

16. ¿El cliente recibe flúor?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí, en el agua
- Sí, en un suplemento
- Sí, como barniz
- No, no corresponde para la edad
- No, no tiene acceso al flúor
- No, el cuidador no quiere darle flúor al cliente
- No, no tiene recursos financieros
- No, el cuidador está preocupado por la seguridad del flúor
- No, el cuidador dice que es muy difícil darle flúor al cliente
- No, tiene dudas sobre cómo utilizar el seguro
- Se negó a responder
- Otro: _____

17. ¿El cliente recibe atención dental recomendada de un proveedor dental primario o un higienista dental?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí, de un dentista
- Sí, de un higienista dental únicamente
- Sí, de un curador tradicional
- Todavía no, el cliente no tiene dientes
- Todavía no, está en una lista de espera
- No, recibe atención dental de un proveedor de emergencia cuando es necesario
- No, el cuidador afirma que no puede encontrar un proveedor que comprenda a su familia
- No, el cuidador afirma que los proveedores no tratan a la familia con respeto
- No, falta de transporte al proveedor
- No, no hay nadie que cuide a los otros niños durante una cita
- No, no tiene recursos financieros para un proveedor
- No, el cuidador afirma que el cliente no necesita un proveedor
- No, no está seguro de cómo utilizar el seguro
- Se negó a responder
- No, otro: _____

18. Al momento de la visita, ¿las vacunas del cliente estaban al día?

- Sí, el cliente tenía todas las vacunas
- No, el cliente recibió algunas vacunas
- No, el cliente no recibió ninguna vacuna
- Se negó a responder

19. ¿El personal de visitas domiciliarias evaluó la interacción entre padres e hijo?

- Sí
- No [👉 PASE A LA PREGUNTA 22](#)

20. ¿Se necesita un plan de atención de enfermería como resultado de la evaluación de la interacción entre padres e hijo?

- Sí, se necesitan intervenciones del plan de atención de enfermería para evaluar la interacción entre padres e hijo
- No, no es necesaria la intervención del plan de atención de enfermería en este momento, se continuará el monitoreo

21. ¿Qué intervenciones de interacción entre padres e hijos se realizaron?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Referencia - *ejemplo: terapia de interacción entre padres e hijo*
- Educación
- Partners in Parenting Education (PIPE)
- Circle Of Security
- Promoting First Relationships
- Promoción de la salud mental materna
- Otro: _____

22. Marque todas las evaluaciones que el cliente/cuidador recibió hoy

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Experiencias de racismo | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar/normas para fumar |
| <input type="checkbox"/> Financiera | <input type="checkbox"/> Apoyo social |
| <input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Vivienda/entorno del hogar | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Atención médica - <i>ejemplo: PNC, hogar médico, salud bucal</i> | <input type="checkbox"/> Violencia o maltrato |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/depresión | <input type="checkbox"/> Visión o audición |

23. ¿El personal de visitas domiciliarias completó un ASQ:3 en esta visita?

- Sí
- No [👉 PASE A LA PREGUNTA 26](#)

24. ¿El cliente fue referido a su proveedor para hacer un seguimiento de los resultados de la evaluación del ASQ:3?

- Sí
- No, no se necesita referencia
- No, se están monitoreando los servicios actuales
- En este momento no, se realizó una discusión con el cuidador para preparar a la familia para aceptar la referencia
- Si se completó un ASQ:3 en esta visita [👉 PASE A LA PREGUNTA 27](#)

25. Si no se completó un ASQ:3 en esta visita, ¿por qué no?

- No corresponde para la edad
- Se hizo la evaluación del cliente en otro lugar
- El cliente ya está recibiendo servicios/terapia
- El cuidador rechazó más evaluaciones
- Otro: _____

26. ¿El personal de visitas domiciliarias completó un ASQ:SE en esta visita?

- Sí
- No [➡ PASE A LA PREGUNTA 30](#)

27. ¿El cliente fue referido a su proveedor para hacer un seguimiento de los resultados de la evaluación del ASQ:SE?

- Sí
- No, no se necesita referencia
- No, se están monitoreando los servicios actuales
- En este momento no, se realizó una discusión con el cuidador para preparar a la familia para aceptar la referencia
- Si se completó un ASQ:SE en esta visita [➡ PASE A LA PREGUNTA 31](#)

28. Si no se completó un ASQ:SE en esta visita, ¿por qué no?

- No corresponde para la edad
- Se hizo la evaluación del cliente en otro lugar
- El cliente ya está recibiendo servicios/terapia
- El cuidador rechazó más evaluaciones
- Otro: _____

29. Desde la última vez que se completó este formulario, ¿el cuidador recibió educación sobre los asientos de seguridad?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Sí, por parte del personal de visitas domiciliarias
- Sí, por parte de otro proveedor
- No corresponde - ya no corresponde para la edad/peso
- No, ya se había proporcionado educación
- No, el cuidador rechazó la educación
- Se negó a responder
- No, otro: _____

30. ¿Con qué frecuencia el cliente viaja en un asiento de seguridad adecuado para su peso y estatura (mirando hacia atrás para niños de hasta al menos 2 años)?

- Siempre [➡ PASE A LA PREGUNTA 34](#)
- Algunas veces
- Nunca
- Se negó a responder [➡ PASE A LA PREGUNTA 34](#)

31. Si seleccionó "A veces" o "Nunca" en la pregunta 32, ¿de qué otras maneras garantiza el cuidador de que el niño esté seguro en el auto?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Siempre viaja en el asiento trasero
- Viaja en un asiento elevador
- Se negó a responder
- Otro: _____

[i](#) Si el cliente está en Babies First! [➡ FINAL DE LA ENCUESTA](#)

[i](#) Si el cliente está en CACOON [➡ RESPONDA LAS PREGUNTAS 34 A 42](#)

32. ¿El cliente necesita equipo médico duradero (DME) para las actividades de la vida diaria?

- Sí El cliente/cuidador no sabe
 No Se negó a responder

33. En los últimos 12 meses, ¿el cliente tuvo alguna dificultad para acceder o utilizar su equipo médico duradero (DME)?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- No Sí, el DME se rompió
 Sí, falta de transporte para conseguir el DME Sí, racismo/discriminación
 Sí, obstáculos financieros Se negó a responder
 Sí, obstáculos del seguro Sí, otro: _____
 Sí, confusión al comprender la necesidad del DME

34. Número total de médicos especialistas involucrados en la atención del cliente. Incluya el PCP:

POR EJEMPLO, MD, DO, FNP, ETC.

- 0 4 o más
 1 Se negó a responder
 2-3

35. ¿El cliente toma algún medicamento regularmente (recetado o de venta libre)?

- Sí Se negó a responder **➔ PASE A LA PREGUNTA 41**
 No **➔ PASE A LA PREGUNTA 41**

36. ¿Cuántos medicamentos recetados toma regularmente el cliente? _____

37. ¿Cuántos medicamentos de venta libre toma regularmente el cliente? _____

38. En los últimos seis meses, ¿el cliente tuvo alguna dificultad para recibir alguno de sus

medicamentos? MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- No Sí, confusión para entender la medicación
 Sí, falta de transporte para conseguir medicamentos Sí, racismo/discriminación
 Sí, obstáculos financieros Se negó a responder
 Sí, obstáculos del seguro Sí, otro: _____

39. Durante los últimos seis meses, ¿hubo algún momento en que el cuidador del cliente necesitó atención de relevo para el cliente?

- Sí El cliente/cuidador no sabe **➔ FINAL DE LA ENCUESTA**
 No **➔ FINAL DE LA ENCUESTA** Se negó a responder **➔ FINAL DE LA ENCUESTA**

40. De ser así, ¿pudieron obtener la atención de relevo necesaria para el cliente?

- Sí
 No
 Se negó a responder