

# Encuesta sobre niñez y adolescencia

## COMPLETAR EN:

- Inscripción para CaCoon (para niños mayores de 60 meses)
- Cada seis meses después de la inscripción (para niños mayores de 60 meses)

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

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

1. Código postal actual del cliente: \_\_\_\_\_

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

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

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

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

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

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

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

POR EJEMPLO, MD, DO, FNP, ETC.

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 4 o más             |
| <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> 2-3 |  |

5. **¿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  |   |

6. **Al momento de la visita, ¿las vacunas de cliente estaban al día?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, el cliente tenía todas las vacunas | <input type="checkbox"/> No, el cliente no recibió ninguna vacuna |
| <input type="checkbox"/> No, el cliente recibió algunas vacunas | <input type="checkbox"/> Se negó a responder                      |

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

- Sí
- No **⬇ PASE A LA PREGUNTA 11**
- Se negó a responder **⬇ PASE A LA PREGUNTA 11**

8. **¿Cuántos medicamentos recetados toma regularmente el cliente?** \_\_\_\_\_

9. **¿Cuántos medicamentos de venta libre toma regularmente el cliente?** \_\_\_\_\_

10. **En los últimos 12 meses, ¿el cliente tuvo alguna dificultad para recibir alguno de sus medicamentos?**

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí, confusión para entender la medicación |
| <input type="checkbox"/> Sí, falta de transporte para conseguir medicamentos | <input type="checkbox"/> Sí, racismo/discriminación                |
| <input type="checkbox"/> Sí, obstáculos financieros                          | <input type="checkbox"/> Se negó a responder                       |
| <input type="checkbox"/> Sí, obstáculos del seguro                           | <input type="checkbox"/> Sí, otro: _____                           |

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

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> El cliente/cuidador no sabe |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se negó a responder         |

**12. 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

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

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

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, por parte del personal de visitas domiciliarias         | <input type="checkbox"/> No, el cliente rechazó la educación |
| <input type="checkbox"/> Sí, por parte de otro proveedor                             | <input type="checkbox"/> Se negó a responder                 |
| <input type="checkbox"/> No corresponde - <i>ya no corresponde para la edad/peso</i> | <input type="checkbox"/> No, otro: _____                     |
| <input type="checkbox"/> No, ya se había proporcionado educación                     |  |

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

- Siempre **➡ PASE A LA PREGUNTA 16**
- Algunas veces
- Nunca
- No corresponde (ya no corresponde para la edad/peso) **➡ PASE A LA PREGUNTA 16**
- Se negó a responder **➡ PASE A LA PREGUNTA 16**

**15. Si seleccionó "A veces" o "Nunca" en la pregunta 14, ¿de qué otras maneras se asegura el cuidador de que el niño esté seguro en el auto?**

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre viaja en el asiento trasero | <input type="checkbox"/> Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Viaja en un asiento elevador        | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |

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

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

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

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

- Sí
- No **➡ PASE A LA PREGUNTA 19**
- El cliente/cuidador no sabe **➡ PASE A LA PREGUNTA 19**
- Se negó a responder **➡ PASE A LA PREGUNTA 19**

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

- Sí  Se negó a responder  
 No

**i** Para clientes menores de 11 años **✓** FINAL DE LA ENCUESTA

**PARA CLIENTES DE 12, 13 O 14 AÑOS**

**19. Durante la visita de hoy, ¿el personal de visitas domiciliarias discutió el concepto de transición de la atención pediátrica a la de adultos?**

- Sí, solo con el cliente  No, el cliente lo rechazó; no están listos  
 Sí, solo con el cuidador  No, el cuidador lo rechazó; no están listos  
 Sí, tanto con el cliente como con el cuidador  No, otro: \_\_\_\_\_  
 No, se pospuso para una visita futura

**i** Para clientes de 12 o 13 años **✓** FINAL DE LA ENCUESTA

**PARA CLIENTES MAYORES DE 14 AÑOS**

**20. En los últimos seis meses, ¿el personal de visitas domiciliarias discutió aprender más sobre la atención médica del cliente, por ejemplo, conocer sus medicamentos y efectos secundarios, cómo resurtir sus medicamentos, cómo programar sus propias citas, conocer sus afecciones, saber cuándo buscar atención de emergencia, etc.?**

- Sí, solo con el cliente  No, el cliente lo rechazó; no están listos  
 Sí, solo con el cuidador  No, el cuidador lo rechazó; no están listos  
 Sí, tanto con el cliente como con el cuidador  No, otro: \_\_\_\_\_  
 No, se pospuso para una visita futura

**21. En los últimos seis meses, ¿el personal de visitas domiciliarias discutió la opción o necesidad de apoyo en la toma de decisiones o tutela cuando la persona joven cumpla 18 años?**

- Sí, solo con el cliente  No, el cuidador lo rechazó; no está listo  
 Sí, solo con el cuidador  No, corresponde (el cliente no necesita apoyo para la toma de decisiones)  
 Sí, tanto con el cliente como con el cuidador  No, otro: \_\_\_\_\_  
 No, se pospuso para una visita futura  
 No, el cliente lo rechazó; no están listos

**22. En los últimos seis meses, ¿el personal de visitas domiciliarias discutió el proceso de transferir al cliente a un proveedor de atención primaria para adultos?**

**POR EJEMPLO, IDENTIFICAR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA ADULTOS QUE ACEPTE EL SEGURO DEL CLIENTE, PROGRAMAR UNA CITA, TRANSFERIR REGISTROS, ASISTIR A LA CITA**

- Sí, con solo el cliente  No, el cuidador lo rechazó; no está listo  
 Sí, solo con el cuidador  No, no corresponde (ya se analizó)  
 Sí, tanto con el cliente como con el cuidador  No, otro: \_\_\_\_\_  
 No, se pospuso para una visita futura  
 No, el cliente lo rechazó; no están listos

**✓** FINAL DE LA ENCUESTA

10/01/2023