



## Evaluación de riesgos a la salud de la Administración de la Atención Pediátrica

### INTRODUCCIÓN

Gracias por responder la evaluación de riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés) de la Administración de la Atención Pediátrica de HPSM. Responder la evaluación toma unos 20 minutos. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a conocer su estado de salud y sus necesidades de atención. Entonces podremos asegurarnos de que reciba los servicios y suministros de atención médica que necesita. Su HRA y su plan de atención son completamente confidenciales. Si tiene preguntas, llame al **650-616-2133** o al **1-800-750-4776** (sin costo). Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Llene completamente los círculos como se muestra en este ejemplo:

Correcto	Incorrecto
	

**Evaluación previa****1. Fecha de hoy****2. ¿Cuál es su nombre? (PADRE O MADRE/TUTOR LEGAL/CUSTODIO)?**

Nombre

Relación

**3. ¿Es usted el padre o madre, tutor o custodio del miembro, o el miembro?** Soy el padre, la madre, el tutor o el custodio Soy el miembro No se aplica ninguna de estas respuestas**4. ¿Cuál es el nombre del niño (el miembro)?****5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño (el miembro)?**

## Información demográfica

### 6. ¿Qué idioma habla en su hogar? (seleccione una respuesta)

<input type="radio"/> Inglés	<input type="radio"/> Español	<input type="radio"/> Árabe	<input type="radio"/> Birmano	<input type="radio"/> Cantonés	<input type="radio"/> Parsi
<input type="radio"/> Mandarín	<input type="radio"/> Portugués	<input type="radio"/> Ruso	<input type="radio"/> Samoano	<input type="radio"/> Tagalo	<input type="radio"/> Tongano
<input type="radio"/> Otro				<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder

### 7. ¿Prefiere recibir información por escrito en ese mismo idioma? (seleccione una respuesta)

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--

### 8. ¿Cuál es su forma preferida de contacto? (seleccione una respuesta)

<input type="radio"/> Teléfono o teléfono celular	<input type="radio"/> Correo postal ( <i>pase a la pregunta 9</i> )	<input type="radio"/> Email
<input type="radio"/> No sé ( <i>pase a la pregunta 9</i> )		<input type="radio"/> No deseo responder ( <i>pase a la pregunta 9</i> )

### 8a. Sírvase proporcionar su información de contacto para su forma preferida de contacto.

<input type="radio"/> Número de teléfono o celular	
<input type="radio"/> Dirección de email	

**Comentarios adicionales:**

## Seguro médico

### 9. ¿Le preocupa que el niño pueda perder su seguro médico de Medi-Cal?

*Medi-Cal es un seguro de salud gratuito o de bajo costo que se ofrece a los niños y adultos que tienen ingresos y recursos limitados.*

Sí
  No
  No sé
  No deseo responder

### 10. ¿El niño tiene algún otro seguro médico además de Medi-Cal, como Kaiser, Anthem Blue Cross, Blue Shield, Cigna, United Healthcare o Aetna?

Sí
  No *(pase a la pregunta 11)*
 No sé a *(pase a la pregunta 11)*
 No deseo responder *(pase a la pregunta 11)*

### 10a. ¿Qué otro seguro médico tiene el niño?

### 11. ¿Paga dinero por la atención médica del niño?

*Esto podría incluir primas de seguro médico, copagos y dinero de su propio bolsillo.*

**Esto podría incluir:**

**Primas de seguro médico** — la cantidad que usted paga cada mes a su compañía de seguros médicos para mantener su seguro médico.

**Copagos** — los cargos fijos que podría tener que pagar cada vez que va a una consulta médica o le surten una receta médica.

**Deducibles** — la cantidad que paga por servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Esto se actualiza cada año.

**Otros pagos de su bolsillo** — pago por atención dental o de la vista, medicamentos, equipos médicos, modificaciones de los equipos médicos o cualquier tipo de terapia.

Sí
  No
  No sé
  No deseo responder

**Comentarios adicionales:**

**Proveedor de atención primaria****12. ¿Quién es su proveedor de atención primaria?**

--

**13. Durante el último año, ¿recibió el niño un examen físico cuando no estaba enfermo ni lesionado?**

*Esta visita es una consulta donde el médico evalúa el crecimiento y desarrollo del niño, le da las vacunas necesarias y le hace pruebas de la vista y un examen auditivo.*

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <i>(pase a la pregunta 15)</i>	<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder
--------------------------	--	-----------------------------	--

**14. En el último año, ¿ha tenido algún problema para llevar al niño a su examen físico anual?**

*Un problema se puede referir a cualquier cosa, por ejemplo: no pudo encontrar un médico, fue difícil conseguir una cita, no pudo salir del trabajo, no pudo pagar la consulta del médico, no pudo conseguir transporte a la cita, y muchas otras razones.*

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--

**Especialista****15. Durante el último año, ¿consultó el niño a un especialista?**

*Los especialistas son médicos, por ejemplo, cirujanos, cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos y otros que se enfocan en una sola área de la atención médica.*

 Sí No  
**(pase a la pregunta 17)** No sé No deseo responder**16. En el último año, ¿ha habido algún problema para recibir atención de un especialista?**

*Un problema se puede referir a cualquier cosa, por ejemplo: no pudo encontrar un médico, fue difícil conseguir una cita, no pudo salir del trabajo, no pudo pagar la consulta del médico, no pudo conseguir transporte a la cita, y muchas otras razones.*

*Si el niño consulta a más de un especialista por plazos de tiempo similares, entonces piense en el especialista de quien más se le dificulta obtener atención.*

 Sí No No sé No deseo responder**Comentarios adicionales:**

## Visitas a la sala de emergencias y ausencias escolares

**17. Durante el último año, ¿cuántas veces fue el niño a la sala de emergencias? (seleccione una respuesta)**  
 Esto incluye las visitas que resultaron en una hospitalización.

<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> 1-2	<input type="radio"/> 3-7	<input type="radio"/> 8 o más
		<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder

**18. [Salte la pregunta si el miembro tiene menos de 5 años]**  
 Durante el último año, ¿aproximadamente cuántos días faltó el niño a la guardería/el preescolar/la escuela debido a problemas relacionados con la salud como una enfermedad, lesión, la avería o el mal funcionamiento del equipo médico o la falta de un cuidador? (seleccione una respuesta)  
 Esto no incluye vacaciones planificadas, procedimientos o citas médicas.

<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Entre 1 y 3 días	<input type="radio"/> Entre 4 y 6 días	<input type="radio"/> 7 días o más
<input type="radio"/> Recibe educación en casa por decisión de la familia	<input type="radio"/> Recibe educación en casa debido a problemas de salud	<input type="radio"/> No fue a la escuela	
		<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder

**Comentarios adicionales:**

**Medicamentos**

**19. En los últimos tres meses, ¿ha tenido algún problema para obtener los medicamentos del niño, como dificultades para obtener una receta, encontrar una farmacia, pagar los medicamentos o la cobertura de seguro?**

 Sí No No sé No deseo responder**Comentarios adicionales:**



## Salud mental

**20. [Salte la pregunta si el miembro tiene menos de 2 años]**

**Durante el mes pasado, ¿el niño se ha sentido molesto con frecuencia debido a desánimo, depresión o falta de esperanza? (seleccione una respuesta)**

<input type="radio"/> Nada en absoluto	<input type="radio"/> Varios días	<input type="radio"/> Más de la mitad de los días	<input type="radio"/> Casi todos los días
		<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder

**21. [Salte la pregunta si el miembro tiene menos de 2 años]**

**Durante el mes pasado, ¿el niño se ha sentido molesto con frecuencia debido a falta de interés o de placer en hacer las cosas? (seleccione una respuesta)**

<input type="radio"/> Nada en absoluto	<input type="radio"/> Varios días	<input type="radio"/> Más de la mitad de los días	<input type="radio"/> Casi todos los días
		<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder

**Comentarios adicionales:**

## Servicios médicos

22. ¿Tiene problemas para obtener alguno de los siguientes servicios necesarios para el niño?	Sí	No	No sé	No desea responder
22a. Terapia física, ocupacional o del habla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22b. Atención o asesoría de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22c. <b>[Salte la pregunta 22c si el miembro tiene menos de 8 años]</b> Tratamiento o asesoría por abuso de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22d. Discapacidades del desarrollo o intelectuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22e. Servicios para el trastorno del espectro autista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22f. Servicios de atención médica en el hogar, lo cual significa cualquier atención especializada de enfermería que el niño pueda necesitar. Puede incluir atención para limpiar una herida, aspirar un conducto de ventilación o dar ciertos medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22g. Servicios de cuidado personal, como ayuda para vestirse y lavarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22h. Cuidado dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22i. Anteojos o atención de la vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22j. Aparatos auditivos o atención de la audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22k. Dispositivos de ayuda para la movilidad o funcionalidad, tales como bastones, muletas, sillas de ruedas, andadores, scooters, aparatos ortopédicos o frenillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22l. Ayudas o dispositivos de comunicación, como tableros de comunicación, teléfonos inteligentes o tabletas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22m. Otros equipos médicos duraderos, como nebulizadores, monitores de glucosa en la sangre, camas de hospital, tanques de oxígeno y máquinas de presión. Estos son artículos que no son desechables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22n. Fórmula y suplementos nutricionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22o. <b>[Salte la pregunta 22o si el miembro tiene menos de 3 años]</b> Pañales o suministros para la incontinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22p. Materiales médicos, como tiras reactivas del nivel de glucosa en la sangre o sondas de alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22q. Transporte a citas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22r. Otro <input style="width: 800px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Comentarios adicionales:</b> <input style="width: 937px; height: 29px;" type="text"/>				

### Servicios sociales

23. ¿Necesita ayuda o está preocupado por alguno de los siguientes asuntos respecto al niño?	Sí	No	No sé	No desea responder
23a. Ayuda financiera para ayudar a pagar el tratamiento médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23b. Asistencia alimentaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23c. Asistencia para la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23d. Servicios en la escuela, como acceso a asistencia apropiada, terapia física/ocupacional/del habla en la escuela, asesoría, educación física adaptada, acondicionamiento del trabajo en clase o problemas de accesibilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23e. Asistencia legal/de inmigración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23f. Ayuda de la Administración del Seguro Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23g. Otro <input type="text"/>				

**Comentarios adicionales:**

## Coordinación de la atención

### 24. ¿Necesita ayuda para coordinar los servicios del niño?

*La ayuda para obtener o coordinar la atención del niño podría incluir: ayuda para obtener una referencia a un especialista, ayuda para programar una cita, ayuda para lograr que la compañía de seguros apruebe un servicio, ayuda con una receta en la farmacia, y muchos otros casos.*

 Sí No No sé No deseo responder

**Comentarios adicionales:**

## Otra información de salud

### 25. ¿Tiene ahora alguna otra inquietud sobre la salud del niño de la que no hayamos hablado?

*Usted es el experto o la experta en el niño, y podrá decirnos cómo le va a él o ella en función de sus antecedentes.*

*Su respuesta a esta pregunta nos ayudará a saber si usted cree que puede haber un problema con el niño en este momento.*

*Si piensa que puede haber un problema, lo llamaremos para hablar sobre sus inquietudes.*

Sí [Escribe tus inquietudes]

No

### Servicios médicos/sociales familiares

<p><b>26. Usted y su familia son una parte importante de la salud del niño. Díganos si usted tiene algún problema. Vamos a tratar de ponerlo en contacto con los servicios que tal vez le puedan ayudar a usted y su familia.</b></p> <p><b>¿Necesita ayuda o está preocupado por alguno de los siguientes asuntos respecto a usted mismo u otros miembros de su familia que no son el niño?</b></p>	Sí	No	No sé	No desea responder
26a. Cuidado temporal de reemplazo, que ofrece cuidados de corto plazo para que la persona encargada del cuidado primario pueda tomarse un descanso de sus responsabilidades en el cuidado del niño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26b. Cobertura de seguro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26c. Atención o servicios médicos (como dental y de la vista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26d. Atención o asesoría de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26e. Ayuda de transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26f. Asistencia legal/de inmigración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26g. Otro <input style="width: 800px; height: 20px;" type="text"/>				

**27. Durante el último mes, ¿se ha sentido usted molesto(a) con frecuencia debido a desánimo, depresión o falta de esperanza? (seleccione una respuesta)**

Sus respuestas a estas preguntas serán confidenciales. Con base en sus respuestas a estas preguntas, le llamaremos para ver si necesita o desea información acerca de los recursos que pueden brindarle apoyo.

<input type="radio"/> Nada en absoluto	<input type="radio"/> Varios días	<input type="radio"/> Más de la mitad de los días	<input type="radio"/> Casi todos los días
		<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> No deseo responder

**Servicios médicos/sociales familiares** *Continuación*

**28. Durante el mes pasado, ¿se ha sentido usted molesto(a) con frecuencia debido a falta de interés o de placer en hacer las cosas? (seleccione una respuesta)**

*Sus respuestas a estas preguntas serán confidenciales. Con base en sus respuestas a estas preguntas, le llamaremos para ver si necesita o desea información acerca de los recursos que pueden brindarle apoyo.*

 Nada en absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días No sé No deseo responder

**29. ¿Cuáles son los problemas o inquietudes principales de las que hablamos que son más importantes para usted?**

**Comentarios adicionales:**

*Gracias por llenar la encuesta. Según la información que compartió sobre las áreas de necesidad, su administrador de atención le llamará para ayudarle a acceder a los servicios necesarios.*