

Aetna Better Health[®] de Illinois

Evaluación de riesgos para la salud: Niño



Tómese unos minutos para completar este formulario para su hijo. Esto nos ayudará a identificar cualquier necesidad o servicio adicional que su hijo pueda requerir. Coloque este formulario lleno en el sobre con franqueo pagado suministrado y envíelo por correo. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ N.º de identificación de Medicaid: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de celular: _____ Sin teléfono

Correo electrónico: _____

Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
1	¿Cree que su hijo habla bien inglés? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy bien
2	<p>¿Tiene su hijo un médico, médico de cabecera (primary care provider, PCP) o clínica a la que va cuando su hijo está enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, solo uno (indique el nombre en la sección de comentarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Más de uno (indique los nombres en la sección de comentarios)</p> <p><input type="checkbox"/> No, no tengo</p> <p>Comentarios:</p> <p>_____</p>
3	¿Su hijo toma pastillas o medicamentos todos los días recetados por su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	<p>¿Alguna vez ha dejado de darle alguna de las pastillas o medicamentos a su hijo y NO se lo ha dicho al médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
5	¿Su hijo tiene algún problema con los dientes o las encías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	¿Su hijo necesita ayuda para encontrar un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
7	Diría que en general la salud de su hijo es: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente
8	¿Cree que su hijo tiene dificultades con las emociones, el aprendizaje, la concentración, el comportamiento o la relación con los demás? <input type="checkbox"/> Sí, algunos problemas <input type="checkbox"/> Sí, muchos problemas <input type="checkbox"/> No tiene problemas
9	¿Su hijo visita a un médico o una clínica por problemas con las emociones, el crecimiento o su comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	En el último año, ¿cuántos días escolares perdió su hijo porque estaba enfermo o lesionado? <input type="checkbox"/> Ninguno/no está en la escuela <input type="checkbox"/> 1-5 días <input type="checkbox"/> Más de 5 días
11	¿El niño suele evitar o faltar a la escuela cuando no está enfermo o lesionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	¿Puede su hijo realizar estas actividades igual de bien que otros niños de la misma edad? (en caso afirmativo, marque TODAS las que correspondan) <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> No es capaz de hacer ninguna de ellas

Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones																																														
13	<p>Un médico o en una clínica me dijeron que mi hijo es/tiene: (marque todas las que apliquen a su hijo)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Actualmente EMBARAZADA</td> <td><input type="checkbox"/> TDAH - Problemas de atención o de aprendizaje</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas</td> <td><input type="checkbox"/> Ansiedad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Autismo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trastorno bipolar</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones como artritis, extremidades faltantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas intestinales o estomacales</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer, vigente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer, historial previo</td> <td><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (Disruptive Mood Disorder, DMDD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de alimentación (anorexia, bulimia)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas de audición/sordera</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> VIH/SIDA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperlipidemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas con infecciones como tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/> Exposición o envenenamiento por plomo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</td> <td><input type="checkbox"/> Recién nacido expuesto a drogas antes del nacimiento (síndrome de abstinencia neonatal)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas nerviosos o cerebrales</td> <td><input type="checkbox"/> Obesidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante (Oppositional Defiance Disorder, ODD)</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión durante o después del parto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Uso de sustancias durante o después del parto</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infección Transmitida Sexualmente (Sexually Transmitted Infection, STI)</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia falciforme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espina bífida</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de visión como ceguera, ojos cruzados</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trasplante (especificar tipo)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Actualmente EMBARAZADA	<input type="checkbox"/> TDAH - Problemas de atención o de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones como artritis, extremidades faltantes	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales o estomacales	<input type="checkbox"/> Cáncer, vigente	<input type="checkbox"/> Cáncer, historial previo	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (Disruptive Mood Disorder, DMDD)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación (anorexia, bulimia)	<input type="checkbox"/> Problemas de audición/sordera	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Problemas con infecciones como tuberculosis	<input type="checkbox"/> Exposición o envenenamiento por plomo	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Recién nacido expuesto a drogas antes del nacimiento (síndrome de abstinencia neonatal)	<input type="checkbox"/> Problemas nerviosos o cerebrales	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante (Oppositional Defiance Disorder, ODD)	<input type="checkbox"/> Depresión durante o después del parto	<input type="checkbox"/> Uso de sustancias durante o después del parto	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Infección Transmitida Sexualmente (Sexually Transmitted Infection, STI)	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Problemas de visión como ceguera, ojos cruzados	<input type="checkbox"/> Trasplante (especificar tipo)		<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática	
<input type="checkbox"/> Actualmente EMBARAZADA	<input type="checkbox"/> TDAH - Problemas de atención o de aprendizaje																																														
<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Ansiedad																																														
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Autismo																																														
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones como artritis, extremidades faltantes																																														
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales o estomacales	<input type="checkbox"/> Cáncer, vigente																																														
<input type="checkbox"/> Cáncer, historial previo	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral																																														
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)																																														
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística																																														
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (Disruptive Mood Disorder, DMDD)																																														
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación (anorexia, bulimia)																																														
<input type="checkbox"/> Problemas de audición/sordera	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos																																														
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA																																														
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia																																														
<input type="checkbox"/> Problemas con infecciones como tuberculosis	<input type="checkbox"/> Exposición o envenenamiento por plomo																																														
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Recién nacido expuesto a drogas antes del nacimiento (síndrome de abstinencia neonatal)																																														
<input type="checkbox"/> Problemas nerviosos o cerebrales	<input type="checkbox"/> Obesidad																																														
<input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante (Oppositional Defiance Disorder, ODD)	<input type="checkbox"/> Depresión durante o después del parto																																														
<input type="checkbox"/> Uso de sustancias durante o después del parto	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático																																														
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo																																														
<input type="checkbox"/> Infección Transmitida Sexualmente (Sexually Transmitted Infection, STI)	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme																																														
<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Problemas de visión como ceguera, ojos cruzados																																														
<input type="checkbox"/> Trasplante (especificar tipo)																																															
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática																																															
	<input type="checkbox"/> Control de peso <input type="checkbox"/> Otro (indique): <input type="checkbox"/> Ninguno																																														
14	<p>En el último año, ¿recibió su hijo algún tratamiento especial como fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) o del habla, o recibió atención médica a domicilio?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																														

Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
15	En los últimos 6 meses, ¿su hijo ha ido a la sala de emergencias, ha visto a un médico especialista o ha pasado la noche en el hospital más de dos veces? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16	¿Cuántas direcciones diferentes ha tenido el niño en los últimos 12 meses? <input checked="" type="checkbox"/> Solo 1 dirección en el último año <input type="checkbox"/> 2-3 direcciones <input type="checkbox"/> Más de 3 <input type="checkbox"/> El niño no tiene hogar en este momento
17	Diría que en general la salud física y mental de USTED es: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente
18	¿Usan usted o su hijo productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí, padre o tutor: no quiere dejar de fumar o reducirlo <input type="checkbox"/> Sí, hijo: no quiere dejar de fumar o reducirlo <input type="checkbox"/> Sí, padre o tutor: quiere dejar de fumar o reducirlo <input type="checkbox"/> Sí, el niño: quiere dejar de fumar o reducirlo <input type="checkbox"/> No
19	¿Tiene el afiliado o alguien en el hogar una receta para medicamentos opioides? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20	¿El afiliado o alguien en su hogar actual ha informado alguna vez abuso físico, sexual o psicológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21	¿Alguna vez el afiliado o alguien en su hogar se ha lastimado intencionalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras necesidades	
22	TRANSPORTE En los últimos seis meses, ¿los problemas de transporte han impedido que el niño asista a las citas médicas o que reciba medicamentos? Sí No
23	ALIMENTOS: En los últimos seis meses, ¿le ha preocupado al padre o tutor que se acabe la comida antes de que haya dinero para comprar más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24	SERVICIOS PÚBLICOS: En los últimos seis meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua ha amenazado con cortar los servicios en el hogar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
25	VIVIENDA: ¿El niño tiene vivienda? Sí No
26	CUIDADO INFANTIL: ¿Los problemas para conseguir cuidado infantil dificultan que el padre o tutor trabaje o acuda a citas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27	SEGURIDAD: ¿Se siente el niño física y emocionalmente seguro donde vive actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
28	SOLEDAZ: ¿Con qué frecuencia ve o habla el niño con personas que le importan y con las que se siente cercano? Por ejemplo, hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, asistir a eventos sociales... <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
29	ESTRÉS: El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque está demasiado preocupado por otras cosas. ¿Con qué frecuencia se siente estresado el niño? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
30	Responda si el niño tiene 16 años o más. EMPLEO: ¿Necesita el niño ayuda para encontrar trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
31	CUIDADOR: ¿El padre o tutor se siente estresado por el cuidado del afiliado u otro miembro de la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
32	SERVICIOS DE ASISTENCIA JURÍDICA: ¿El padre o tutor necesita servicios de asistencia jurídica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro
33	CELULAR: ¿El padre o tutor está preocupado por la cantidad de minutos que tienen disponibles en el celular para hacer llamadas telefónicas importantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No