Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

PESTAÑA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

El cliente es un Cuidador/Adulto:

Nombre del cliente _____ **Fecha de actividad:** _____
(MM/DD/AAAA)

Domicilio del cliente: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Condado de residencia: _____ **Número de teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Cobertura de cuidado de la salud primaria:
- ○ Ninguna/Pago por cuenta propia
- ○ Seguro privado
- ○ Tricare
- ○ KanCare/Medicaid
- ○ CHIP
- ○ Medicare
- ○ Desconocida/No reportada

Cobertura de cuidado de la salud secundaria:
- ○ Ninguna/Pago por cuenta propia
- ○ Seguro privado
- ○ Tricare
- ○ KanCare/Medicaid
- ○ CHIP
- ○ Medicare
- ○ Desconocida/No reportada

Tamaño del grupo familiar: _____ **Ingresos anuales del grupo familiar: $**_____

¿El cliente tuvo una visita de una revisión médica de rutina durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)
- ○ No
- ○ Sí

¿Tiene usted un Hogar Médico?
- ○ No
- ○ Sí

Vaya a la pestaña Información de la visita

Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

EL CLIENTE ES UN NIÑO:

(Nombre del cliente) _____ Fecha de actividad: _____
(MM/DD/AAAA)

Domicilio del cliente: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado de residencia: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Cobertura de cuidado de la salud primaria:
- ○ Ninguna/Pago por cuenta propia
- ○ Seguro privado
- ○ Tricare
- ○ KanCare/Medicaid
- ○ CHIP
- ○ Medicare
- ○ Desconocida/No reportada

Cobertura de cuidado de la salud secundaria:
- ○ Ninguna/Pago por cuenta propia
- ○ Seguro privado
- ○ Tricare
- ○ KanCare/Medicaid
- ○ CHIP
- ○ Medicare
- ○ Desconocida/No reportada

Tamaño del grupo familiar: _____ Ingresos anuales del grupo familiar: $_____

¿El cliente tuvo una visita de revisión médica de rutina durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)
- ○ No
- ○ Sí

¿Tiene usted un Hogar Médico?
- ○ No
- ○ Sí

¿El cliente tiene alguna necesidad especial de cuidado de la salud o alguna discapacidad? (Tiene un diagnóstico médico o requiere atención más allá de los cuidados preventivos generales)
- ○ No
- ○ Sí, **¿el niño necesita un diagnóstico médico?**
  - ○ Sí
  - ○ No. **¿El diagnóstico del niño se realizó mediante pruebas de detección neonatales?**
    - ○ Sí
    - ○ No. **¿El niño presenta alguna de las siguientes afecciones?** (Seleccione todas)
      - ☐ Craneofacial
      - ☐ Neurológica
      - ☐ Convulsiones
      - ☐ Hidrocefalia o microcefalia
      - ☐ Necesidades ortopédicas
      - ☐ Espina bífida
      - ☐ Pérdida de audición
      - ☐ Artritis reumatoide juvenil
      - ☐ Afección cardíaca

- ☐ Hemofilia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Catarata congénita o trastorno de la retina
- ☐ Diagnóstico gastrointestinal o genitourinario
- ☐ Otras -**Especifique otra(s) afección(es) con necesidad especial de cuidado de la salud (SHCN):**

_____

Vaya a la pestaña Información de la visita

Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

PESTAÑA DE INFORMACIÓN DE LA VISITA

SÓLO NIÑO:

Programa:
- ○ Salud Materno-infantil (MCH)

¿Hay algún miembro de la familia que fume o utilice dispositivos de vapeo que contengan tabaco, nicotina u otras sustancias?
- ○ No
- ○ Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Poco interés en hacer las cosas.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Se sintió deprimida, desesperanzada o desanimada.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Se sintió nerviosa, ansiosa o inquieta.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Sin poder dejar de preocuparse.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

¿Tiene a alguien a quien recurrir para obtener apoyo en el día a día?
- ○ No
- ○ Sí

Ir a la pestaña Salud Materno-infantil

Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

SÓLO CUIDADOR/ADULTO:

Programa:
- ○ Salud Materno-infantil (MCH)

¿A usted le gustaría quedar embarazada (o a su pareja le gustaría que quede embarazada) el próximo año?
- ○ Sí
- ○ No
- ○ No está segura
- ○ Le da igual
- ○ Actualmente embarazada

¿Tiene uno o más hijos?
- ○ No
- ○ Sí - **¿Tiene a alguien a quien recurrir para obtener apoyo diario en la crianza de los hijos?**
  - ○ No
  - ○ Sí

¿Está embarazada?
- ○ No - No estoy embarazada - **En el último año, ¿con qué frecuencia ha consumido:**

¿Alcohol? (Para los hombres, 5 o más tragos al día; para mujeres, 4 o más tragos al día.)
- ○ Nunca
- ○ Una o dos veces
- ○ Mensualmente
- ○ Semanalmente
- ○ Diariamente o casi diariamente

¿Tabaco, nicotina y/o productos para vapear?
- ○ Nunca
- ○ Una o dos veces
- ○ Mensualmente
- ○ Semanalmente
- ○ Diariamente o casi diariamente

¿Medicamentos con receta por motivos no médicos?
- ○ Nunca
- ○ Una o dos veces
- ○ Mensualmente
- ○ Semanalmente
- ○ Diariamente o casi diariamente

¿Drogas ilegales? (Incluida la marihuana)
- ○ Nunca
- ○ Una o dos veces
- ○ Mensualmente
- ○ Semanalmente
- ○ Diariamente o casi diariamente

¿Hay algún miembro de la familia que fume o utilice dispositivos de vapeo que contengan tabaco, nicotina u otras sustancias?
- ○ No
- ○ Sí

○ Sí, embarazada: **¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes sustancias desde que se enteró de que estaba embarazada?:**

¿Alcohol (desde que supo que estaba embarazada)?
- ○ Estoy consumiendo más alcohol.
- ○ Mi consumo de alcohol es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o la frecuencia del consumo de alcohol.
- ○ He dejado de consumir alcohol.
- ○ Nunca he consumido alcohol.

¿Tabaco, nicotina y/o productos para vapear (desde que supo que estaba embarazada?
- ○ Estoy consumiendo más tabaco, nicotina, y/o vapeo más.
- ○ Mi consumo de tabaco, nicotina, y/o el uso de dispositivos de vapeo es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o frecuencia de consumo de tabaco, nicotina, y/o uso de dispositivos de vapeo.
- ○ Yo dejé de consumir tabaco, nicotina, y/o productos de vapeo.
- ○ Yo nunca consumí tabaco, nicotina, y/o productos de vapeo.

¿Medicamentos con receta por motivos no médicos (desde que supo que estaba embarazada)?
- ○ Estoy consumiendo más medicamentos con receta.
- ○ Mi consumo de medicamentos con receta es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o la frecuencia de consumo de medicamentos con receta.
- ○ He dejado de consumir medicamentos con receta.
- ○ Nunca he consumido medicamentos con receta.

¿Drogas ilegales (desde que supo que estaba embarazada)?
- ○ Estoy consumiendo más drogas ilegales.
- ○ Mi consumo de drogas ilegales es aproximadamente el mismo.
- ○ He reducido la cantidad o la frecuencia de consumo de drogas ilegales.
- ○ He dejado de consumir drogas ilegales.
- ○ Nunca he consumido drogas ilegales.

¿Hay algún miembro de la familia que fume o utilice dispositivos de vapeo que contengan tabaco, nicotina u otras sustancias?
- ○ No
- ○ Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Poco interés en hacer las cosas.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Se sintió deprimida, desesperanzada o desanimada.
- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Se sintió nerviosa, ansiosa o inquieta.

- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Sin poder dejar de preocuparse.

- ○ En absoluto
- ○ Varios días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

¿Tiene a alguien a quien recurrir para obtener apoyo en el día a día?

- ○ No
- ○ Sí

Ir a la pestaña Salud Materno-infantil

PESTAÑA DE SALUD MATERNO-INFANTIL

SI ESTÁ EMBARAZADA:

¿Cuál es su fecha de parto? _____

Durante este embarazo, ¿le han realizado pruebas para detectar:
(seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ No le han realizado pruebas de detección

¿Servicios proporcionados por el Programa? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cuestionario sobre Edades y Etapas
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Coordinación de cuidados
- ☐ Administración de casos
- ☐ Depresión materna
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

¿Educación proporcionada? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cuidado de adolescentes
- ☐ Salud mental/del comportamiento
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Hitos del desarrollo
- ☐ Aprendizaje temprano
- ☐ Señales de alerta materna
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Apoyo para la crianza de los hijos
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

Ir a la pestaña Fin de la visita

Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

SI NO ESTÁ EMBARAZADA:

¿Ha dado a luz en el último año?

- ○ No
- ○ Sí - **Fecha de nacimiento del bebé: _____**

¿Comenzó a darle el pecho al nacer?

- ○ No
- ○ Sí. **¿Durante cuánto tiempo le dio el pecho exclusivamente?**
  - ○ < 1 mes
  - ○ 1 mes
  - ○ 2 meses
  - ○ 3 meses
  - ○ 4 meses
  - ○ 5 meses
  - ○ 6 meses
  - ○ 7 meses
  - ○ 8 meses
  - ○ 9 meses
  - ○ 10 meses
  - ○ 11 meses
  - ○ 12 meses
  - ○ > 12 meses

¿Ha asistido a su visita postparto?

- ○ No
- ○ Sí - **Fecha de la visita postparto**: **_____**
- ○ Programada - **Fecha de la visita postparto**: **_____**

Durante y/o después del embarazo, ¿le realizaron las siguientes pruebas de detección?
(Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ No le han realizado pruebas de detección

¿Servicios proporcionados por el Programa? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cuestionario sobre Edades y Etapas
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Coordinación de cuidados
- ☐ Administración de casos
- ☐ Depresión materna
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

¿Educación proporcionada? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cuidado de adolescentes
- ☐ Salud mental/del comportamiento
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Hitos del desarrollo
- ☐ Aprendizaje temprano
- ☐ Señales de alerta materna

- ☐ Hogar Médico
- ☐ Apoyo para la crianza de los hijos
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

Comentarios/Notas:

Ir a la pestaña Fin de la visita

Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

¿Ha completado el padre o la madre alguna prueba de evaluación de desarrollo infantil para un niño de entre 9 y 35 meses de edad en el último año?

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No está seguro
- ○ Más de 4 años de edad

Servicios proporcionados por el Programa: (seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cuestionario sobre Edades y Etapas (ASQ)
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Coordinación de cuidados
- ☐ Administración de casos
- ☐ Depresión materna
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

Educación proporcionada: (seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cuidado de adolescentes
- ☐ Salud mental/del comportamiento
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Hitos del desarrollo
- ☐ Aprendizaje temprano
- ☐ Señales de alerta materna
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Apoyo a la crianza de los hijos
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Sueño seguro
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

Comentarios/Notas:

Formulario de Entrevista sobre Salud Materno-infantil

PESTAÑA DE FIN DE LA VISITA

¿Se realizaron derivaciones para esta visita? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Sin derivaciones
- ☐ Salud del comportamiento
- ☐ Lactancia materna
- ☐ Evaluación del desarrollo
- ☐ Depresión
- ☐ Cuidados del bebé
- ☐ Hogar Médico
- ☐ Cuidados prenatales
- ☐ Cuidados postparto
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ Transición
- ☐ Visita de revisión médica de rutina

¿Se administró alguna herramienta de detección de riesgos para la salud durante esta visita? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ No se administró ninguna prueba de detección
- ☐ ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias)
- ☐ CRAFFT-N (Prueba de detección de consumo de sustancias en adolescentes)
- ☐ EPDS (Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh)
- ☐ GAD-7 (Prueba de detección del trastorno de ansiedad generalizada)
- ☐ PHQ-A: Cuestionario de salud del paciente para adolescentes (depresión)
- ☐ PHQ-9 Cuestionario de salud del paciente (depresión)
- ☐ SDOH (Evaluación de los determinantes sociales de la salud)
- ☐ Otro – **Especifique otra herramienta de detección:**_____

Por favor, complete las herramientas de detección de riesgos indicadas.