



Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico Nombre Dirección Nº de Teléfono Fax Email para ser insertado aquí	Nombre del Niño(a) (Primero) _____ (Apellido) _____ FDN _____ Sexo M F Raza _____ Diagnóstico Principal _____ Padre/Tutor _____ Teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____ Referido por: _____ Médico Primario _____ Seguro del Niño(a) _____ Número de Seguro: _____ Comentarios: _____
--	---

Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud Screeener©FACCT		No	Sí En tal caso, conteste estas preguntas	¿Es esto a causa de CUALQUIER condición médica, conductual u otra condición de salud?	¿Es una condición que ha durado o se anticipa que dure <i>por lo menos</i> 12 meses?
1	¿Actualmente su niño usa o necesita <u>medicina recetada por un doctor</u> (excepto vitaminas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	¿Su niño necesita o usa más <u>atención médica, de salud mental o servicios educativos</u> que es usual para la mayoría de los niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	¿Su niño está <u>limitado o impedido</u> de alguna manera en su capacidad de hacer las cosas que hace la mayoría de niños de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	¿Su niño necesita o requiere <u>terapia especial</u> , tales como terapia física, ocupacional o del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	¿Tiene su niño algún tipo de problema emocional, de desarrollo o conductual para el cual necesita o recibe <u>tratamiento o terapia de orientación</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

→

Connecticut CYSHCN Índice de Complejidad DE HOGAR

Adaptado de una herramienta similar desarrollada por Exeter Pediatric Associates y el Centro para Mejoras Médicas Domiciliarias.

	Categoría	Criterios (Califique cada categoría 0, 1 ó 2)	cuenta
	Hospitalizaciones, Uso de Sala de Emergencia y Visitas a Especialistas (en el año pasado)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = 1 hospitalización, visita a Sala de Emergencia o especialista debido a la condición compleja 2 = 2 ó más visitas a Sala de Emergencia o especialista	
	Visitas a Consultorio/y/o llamadas por teléfono (en el año pasado aparte de visitas de niño sano)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = 1-2 Visitas a consultorio de MD/llamadas a RN/coordinador de cuidados debido a la condición compleja 2 = 3 ó más visitas a consultorio o llamadas a MD	
	Condición(es) Médica(s): Un diagnóstico o más	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = 1-2 condiciones, sin complicaciones en relación con diagnóstico 2 = 1-2 condiciones con complicaciones o 3 ó más condiciones	
	Cuidados y Servicios Adicionales en la oficina del médico de cabecera, el hogar, la escuela o entorno de la comunidad (vea <i>Servicios</i>)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = Un servicio de la lista abajo 2 = Dos o más servicios de la lista abajo <i>(Servicios: medicamentos/tecnologías médicas/evaluaciones terapéuticas/tratamientos/procedimientos y coordinación de actividades de atención médica)</i>	
	Motivos de preocupación en el aspecto Social	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = Circunstancias familiares/escolares/sociales "De riesgo" 2 = Circunstancias complejas actuales/urgentes	
	Puntuación Total de Complejidad		
	FECHA de la Investigación		