



Iniciativa de Hogar Médico de CT para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud* Hoja de Cernimiento e índice de Complejidad



Revisado 1.2023

Nombre del Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico Dirección Nº de Teléfono Fax Correo electrónico Para ser insertado aquí	Nombre del Niño(a) (primero)		(apellido)		Fecha de Nacimiento:	
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:			Pronombre preferido de niño(a):		
	Raza/etnicidad del Niño(a):		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nombre del Guardian:			
	Dirección:			Ciudad:		Zip:
	Número de teléfono:			Idioma primario:		
	Seguro del Niño(a):			Diagnostico Primario:		
	# de seguro:			Referido Por:		

Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud Screener©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 <u>por lo menos</u> 12 meses
1	¿Actualmente su niño usa o necesita <u>medicina recetada por un doctor</u> (excepto vitaminas)? your	<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"/> Sí <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 Medicas Domiciliarias.

<i>Categoría</i>	<i>Criterios (Califique cada categoría 0, 1 ó 2)</i>	<i>Cuenta</i>
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/coordinadora de cuidados debido a la condición compleja 2 = 3 o 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</i> : medicamentos/tecnologías médicas/evaluaciones terapéuticas/tratamientos/procedimientos y coordinación de actividades de atención médica)	
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:	Completado Por:	

* La Iniciativa de Hogar Médico de CT para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa mantenido por el Departamento de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: www.ct.gov/dph/medicalhome.