



# 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 10.2023

Nombre del Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico	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):		
	Dirección						Raza/etnicidad del Niño(a): <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nombre del Guardian:
	N° de Teléfono			Dirección:		Ciudad:	Zip:
	Fax			Número de teléfono:		Idioma primario:	
	Correo electrónico			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.

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/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 Servicios)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = Un servicio de la lista abajo 2 = Dos o más servicios de la lista abajo (Servicios: 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	
<b>Puntuación Total de Complejidad</b>		
<b>FECHA:</b>	<b>Completado Por:</b>	

\* 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](http://www.ct.gov/dph/medicalhome).