



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 6.2022

| | | | |
|---|---|---------------------------------|------|
| Nombre del Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico Dirección N° 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.