

## Encuesta para padres sobre las necesidades de salud de su hijo



- Por favor, complete sus respuestas de esta manera usando SÓLO BOLÍGRAFO AZUL o NEGRO.
- NO use TINTA VERDE.
- Por favor, conteste todas las preguntas que pueda.

Deje en blanco las preguntas que no pueda contestar o que decida no contestar.

### Información demográfica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento :

M M D D A A A A

¿Cuál es el sexo de su hijo?  Masculino  Femenino

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Por qué estamos haciendo esto?

Queremos ayudar a su hijo a recibir atención médica de alta calidad que satisfaga sus necesidades. Para hacerlo, necesitamos que usted nos provea un poco de información.

La información que nos provea se mantendrá en calidad confidencial. La información puede ser divulgada a los miembros de su equipo de atención médica (proveedor de atención primaria, especialistas y administrador de casos de su hijo, si es necesario).

Sus respuestas serán utilizadas para ayudarnos a proporcionarle la mejor información y servicio posibles a su hijo. Por favor complete y devuelva esta encuesta.

Aviso: El acto de completar este formulario se considera como autorización para utilizar la información, según sea necesario, para coordinar mejor la atención médica de su hijo.

Para los miembros menores de 18 años, por favor, díganos, ¿quién está completando esta encuesta?

- Representante para asuntos de salud  Padre/Madre

Utilizaremos la información sobre la raza, el idioma y el origen étnico para mejorar la calidad del tratamiento y la atención médica que su hijo necesita. También la utilizaremos para elaborar programas específicos para su hijo.

### 1. ¿Cuál de estas opciones describe mejor la raza de su hijo(a)?

- Indio nativo estadounidense/nativo de Alaska  Asiático  Negro/afroamericano/American  
 Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico  Blanco  Prefirió no contestar

### 2. ¿Considera a su hijo hispano/latinoamericano?

- Sí  No  Prefirió no contestar  No Disponible/Desconocido

### 3. ¿Qué idioma habla su hijo? \_\_\_\_\_

# Antecedentes médicos de su hijo

4. En comparación con otros niños de la edad de su hijo ¿cómo calificaría la salud de su hijo en general?

- Excelente       Muy buena       Buena       Regular       Mala

5. ¿Su hijo tiene alguna de las necesidades especiales o discapacidades que se indican a continuación?

- Discapacidad auditiva       Sordera       Discapacidad visual  
 Ceguera       Discapacidad de aprendizaje       Ninguna

6. ¿Su hijo tiene un doctor?

- Sí       No

7. ¿Le han hecho a su hijo un chequeo médico en los últimos 12 meses?

- Sí       No       No lo sé

8. ¿Cuánto mide su hijo? \_\_\_\_ pies \_\_\_\_ pulgadas \_\_\_\_ no lo sabe

¿Cuánto pesa su hijo? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_ no lo sabe

9. Para los niños que tienen la edad suficiente, ¿con qué frecuencia hace su hijo 60 minutos de actividad física al día (como jugar deportes, Wii Fit, caminar rápido o correr)?

- menos de 1 vez por semana       1 a 2 veces por semana       3 a 4 veces por semana  
 5 o más veces por semana       No lo sé       No se aplica

10. Por favor, conteste cada pregunta que describa a su hijo.

¿Su hijo necesita o toma algún medicamento recetado por un doctor aparte de vitaminas)?

- Sí       No       No lo sé

¿Su hijo necesita o usa más servicios de atención médica y/o de salud mental que otros niños de la misma edad?

- Sí       No       No lo sé

¿Su hijo necesita o usa algún equipo médico (, como una silla de ruedas, aparatos ortopédicos o un nebulizador)?

- Sí       No       No lo sé

¿Su hijo puede hacer las mismas cosas que la mayoría de los niños de su edad?

- Sí       No       No lo sé

¿Necesita o recibe su hijo alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- Sí       No       No lo sé

¿Necesita o recibe su hijo tratamiento o asesoramiento para un problema emocional, del desarrollo o conductual?

- Sí       No       No lo sé

# Antecedentes médicos de su hijo

## 11. ¿Le han administrado a su hijo una vacuna o rocío contra la gripe en el último año?

- Sí  No

## 12. ¿Un doctor u otro profesional de la salud alguna vez le ha dicho que su hijo tiene una de las siguientes afecciones.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ansiedad  | <input type="radio"/> Asma                                      |
| <input type="radio"/> Trastorno de déficit de atención (ADD) o Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD) | <input type="radio"/> Autismo o trastornos del espectro autista |
| <input type="radio"/> Problemas de comportamiento o conducta  | <input type="radio"/> Trastorno bipolar                         |
| <input type="radio"/> Lesión cerebral   | <input type="radio"/> Cáncer                                    |
| <input type="radio"/> Problemas del corazón   | <input type="radio"/> Depresión                                 |
| <input type="radio"/> Desarrollo lento o retardado  | <input type="radio"/> Diabetes o azúcar                         |
| <input type="radio"/> Bajo peso al nacer u otros problemas de nacimiento  | <input type="radio"/> Esquizofrenia                             |
| <input type="radio"/> Problemas del sueño   | <input type="radio"/> Anemia drepanocítica                      |

## 13. Para las niñas que tienen edad suficiente, ¿su hija ha comenzado a menstruar?

- No se aplica  Sí  *No Si la respuesta es negativa, vaya a la pregunta 14.*

¿Está embarazada su hija

- Sí  No  No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo lleva embarazada?

- 1 a 3 meses  4 a 6 meses  7 a 9 meses  No lo sé

Si respondió positivamente, ¿su hija recibe atención médica de un doctor o profesional en salud para su embarazo?

- Sí  No  No lo sé

¿Quién es el doctor de su hijo?

¿En qué ciudad y/o condado

## 14. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces su hijo:

fue a la sala de emergencias?

- Nunca  1 a 2  3 a 5  6 o más  No lo sé

pasó la noche en un hospital?

- Nunca  1 a 2  3 a 5  6 o más  No lo sé

# Antecedentes médicos de su hijo

**15. Para niños de 10 años y mayores, por favor completar todo lo que corresponda a continuación.**

Durante los últimos 12 meses, ¿su hijo hizo lo siguiente?

- Fumó o usó productos de tabaco
- Bebió alcohol (más de unos cuantos sorbos)
- Fumó marihuana
- Usó cualquier otra cosa para drogarse ("cualquier otra cosa" incluye drogas ilegales, medicamentos de receta y de venta libre y/o cosas que se inhalan)
- No corresponde

---

**16. ¿Necesita su hijo ayuda con cualquiera de las siguientes cosas?**

- Comer sanamente
- Hacer ejercicio o hacer más actividad física
- Lograr o mantener un peso saludable
- Controlar el estrés
- Dejar de usar drogas o alcohol
- Dejar de fumar o masticar tabaco
- No.

Le agradecemos que nos haya permitido saber más sobre su hijo.  
Utilizaremos esta información para ayudar a su hijo  
a vivir más sanamente.

**Spanish: Español** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-325-8386. (TTY: 1-866-591-2908).

**Kurdish:** ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریەکانی کوردی یارمەتی زمان، بەخۆراپی، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە 1-888-325-8386 بکە. TTY (1-866-591-2908)



**¿Necesita ayuda con atención médica, para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos? Llámenos gratis al 1-888-325-8386. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite. (Para TTY llame al: 1-866-591-2908).**

Nosotros acatamos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Cree que no le ayudamos o que lo tratamos de manera diferente? Entonces, llame gratis a CoverKids<sup>SM</sup> al 1-888-325-8386 \*(TRS 711).



BlueCare Tennessee  
1 Cameron Hill Circle, Suite 73 | Chattanooga, TN 37402

**bluecare.bcbst.com**

BlueCare Tennessee, un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association

CKIDS-131 (04/17)