

Visita para el Cuidador/Adulto o Niño? (Seleccione uno)

- Cuidador/Adulto
- Niño

Qué Cuidador/Adulto o Niño participó (Nombre del Cliente)?

Fecha de Actividad: ____/____/____

Población atendida: (Seleccione uno)

- Prenatal/Mujer Embarazada
- Pos-Parto Mujer
- Mujer (18-44 años)
- Infante (< 1 año)
- Niño (1-11 años)
- Adolescente (12-22)

Estaban los dos padres presentes en la visita? (Seleccione uno)

- Si
- No
- N/A – Servicios para Mujer o Adolescente

Lugar de la Visita: (Seleccione uno)

- Casa
- Clínica
- Escuela
- Hospital
- Otro lugar de la Comunidad

Es este un servicio de Visita al Hogar de MCH? (Seleccione uno)

- Si. En caso de si, es este cliente un participante del programa piloto KS OD2A?
 - Si
 - No
- No

Proveedor (Personal o Médico): (Seleccione uno)

- Médico
- Asistente Médico
- RN
- APRN/CNM
- LPN
- Trabajador Social con Licencia
- Para-profesional (del programa MCH de Visitas al Hogar)
- Dietético Registrado/ con Licencia
- Dentista/Higienista
- Otro

Si es otro, especificar: _____

Indique el número de niños en la casa de edad < 1:

Indique el número de niños en la casa de 1-11:

Indique el número de niños en la casa de 12-22:

PREGUNTAS DE EVALUACION

Está usted embarazada? (Seleccione uno)

- Si
- No
- N/A-Servicios para Infante, Niño, u Hombre

En caso de embarazo, cuando se inició la atención prenatal: (Seleccione uno)

- 1er Trimestre
- 2do Trimestre
- 3er Trimestre
- No PNC iniciado

Nombre del Proveedor:

Ha dado a luz en el ultimo año o es esta visita para un bebé? (Seleccione uno)

- Si - Fue un parto prematuro? (Seleccione uno)
 - Si
 - No
- No

Si ha dado a luz en el último año, está dando de lactar? (Seleccione uno)

- Si, actualmente dando de lactar
Fecha de Nacimiento del bebé: _____
- No

Si no está dando de lactar actualmente, inició la lactancia cuando el bebé nació? (Seleccione uno)

- Si
- No

Si inició la lactancia al nacimiento pero no sigue dando de lactar, por cuánto tiempo exclusivamente dió de lactar?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Menos de 1 mes | <input type="radio"/> 7 meses |
| <input type="radio"/> 1 mes | <input type="radio"/> 8 meses |
| <input type="radio"/> 2 meses | <input type="radio"/> 9 meses |
| <input type="radio"/> 3 meses | <input type="radio"/> 10 meses |
| <input type="radio"/> 4 meses | <input type="radio"/> 11 meses |
| <input type="radio"/> 5 meses | <input type="radio"/> 12 meses+ |
| <input type="radio"/> 6 meses | |

Le gustaría (y/o a su pareja) quedar embarazada el próximo año? (Seleccione uno)

- Si
- No
- Cliente no está segura
- Cliente está bien de cualquier manera
- N/A – Servicios para bebé o niño

Usted fuma? (Seleccione uno)

- Si
- No

Fuma alguien más en la casa? (Seleccione uno)

- Si
- No

Utiliza algún otro producto de nicotina? (Seleccione uno)

- Si
- No

Bebe alcohol o usa otras sustancias? (Seleccione uno)

- Si
- No

Ha completado el padre un cuestionario de desarrollo de niño/a que son 9 a 35 meses en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- Cliente no está segura
- N/A – Servicios para niño mayor de 4 años, adolescente o adulto

SERVICIOS DEL PROGRAMA

Servicios del Programa: (Seleccione todo lo que aplique)

- Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ)
- Experiencias adversas en la Infancia (ACE)
- Inyección para las alergias
- Prueba de sangre/laboratorio
- BP/WT/Hgb
- Evaluación de la lactancia materna
- Asesoramiento / asistencia para la lactancia materna
- Instalación / verificación del asiento del automóvil
- Prueba de Chlamydia
- Anticoncepción
- Consejería
- Dental
- Evaluación del desarrollo
- Educación
- Tonos del corazón fetal (FHT)
- Prueba de tolerancia a la glucosa
- Prueba de Gonorrea
- Evaluación de Audición
- Evaluación del caso Alto-Riesgo
- Prueba de VIH
- Vacunas
- Prevención de lesiones
- Kan Be Healthy
- Detección de Plomo
- Asesoramiento sobre la depresión materna
- Detección de depresión materna
- MCH Examen de seno
- MCH Visita a casa Educación
- MCH Papanicolau
- Otras evaluaciones de enfermería
- Otro Servicio/Evaluación
- PHQ-9
- Prueba de Embarazo
- Visita Enferma
- Asesoramiento para dejar 5As/2As & R
- Dejar de fumar Baby & Me Tobacco Free

- Asesoramiento para dejar de fumar
- Dejar de fumar SCRIPT
- Dejar de fumar Otro
- Deportes físicos
- Tratamiento de STD/STI
- Prueba de Sífilis
- Evaluación de la Vista
- Visita bien adolescente
- Visita de Niño Sano
- Visita de Infante Sano
- Cuidado de la Mujer /Visita Anual

Especifique otro servicio/evaluación:

Educación Proporcionada: (Complete solo si la educación fue proporcionada. Seleccione todo lo que aplique)

- Abuso de Alcohol/Substancia
- Salud de Comportamiento (Aparte de la depresión Pos-parto)
- Lactancia
- Intimidación (Bullying)
- Desarrollo Infantil
- Seguridad/instalación del asiento del carro
- Contar las Patadas
- Violencia Familiar
- Participación del Padre
- Cobertura Médica/Elegibilidad para Medicaid
- Vacunas
- Atención al Infante
- Prevención de Lesiones/ Seguridad
- Parto /Nacimiento del niño
- Prevención de plomo
- Factores de riesgo de estilo de vida/ exposición prenatal
- Hogar Médico
- Nutrición
- Salud Oral
- Crianza de los hijos
- Cuidado Pos-parto
- Depresión Pos-parto
- Preconcepción/Interconcepción
- Cuidado Prenatal
- Trabajo de Parto Prematuro
- Salud Reproductiva/ Planeación Familiar
- Seguro al Dormir
- Dejar de Fumar /Exposición de segunda mano
- Recursos Estatales/locales
- Prevención del Suicidio
- Prevención de Embarazo en Adolescentes
- Transición
- Control de Peso
- Niña/Adolescente Sana
- Mujer Sana
- WIC
- Otro

Especifique otra educación:



Formulario de Servicio de Salud Maternal Infantil

Se necesita alguna referencia? (Seleccione uno)

- Si (En caso de si, llene el formulario de referencia)
- No

Comentarios: _____
