



Evaluación de la persona encargada del cuidado primario y del estado social y de la salud del niño

Nombre del niño/solicitante: _____ No. de identificación de Medicaid: _____

Propósito

La persona encargada del cuidado primario del niño arriba mencionado debe completar este formulario. La información proporcionada acerca del niño será utilizada para determinar la elegibilidad médica para el Programa alternativo para los discapacitados de la comunidad de los niños. Su trabajador(a) social le enviará el formulario llenado al Equipo de Revisión Médica el cual se encarga de llevar a cabo la determinación de la elegibilidad médica. Medicaid le está solicitando a usted que le proporcione la información médica y social la cual le ayudará en la decisión para saber si su hijo cumple con los requisitos del programa.

Instrucciones:

Este formulario debe ser llenado y enviado con el formulario de solicitud. Favor de contestar todas las preguntas. Si alguna pregunta no aplica a su hijo, por favor escriba "N/A".

1. Información de identificación

Nombre completo del niño

Fecha de nacimiento

Los apodos para el niño utilizados por la familia / amigos
Peso:

Lugar de nacimiento (hospital, ciudad, estado)

_____ libras, _____ ozs. Los problemas experimentados durante el embarazo con este niño: _____

Otras personas que viven en el hogar:

Nombre

Relación

Edad

2. Información acerca de la discapacidad del niño:

A. ¿En qué fecha se presentó la discapacidad? _____

B. Favor de describir con detalle el diagnóstico médico y los síntomas del niño para el cual usted está haciendo esta solicitud. ¿Cómo están limitadas sus habilidades?

C. ¿Existe alguna historia de problemas médicos similares en la familia? Sí____ No____
En caso afirmativo, por favor explique:

3. Información acerca del historial médico del niño:

Proporcione respuestas concisas y específicas acerca del historial médico de su hijo.

A. El niño ha tenido alguna cirugía relacionada con su condición médica actual?
Sí____ No____ En caso afirmativo, explique:

B. ¿Cómo respondió él/ella a la cirugía? ¿Se mejoró significativamente su condición?

C. ¿El niño ha recibido alguna terapia? Sí____ No____ En caso afirmativo, explique:

D. ¿Cuál fue la respuesta a la terapia? ¿Se mejoró significativamente su condición?

E. ¿Se le ha dado algún ejercicio especial al niño? Sí____ No____ En caso afirmativo, explique:

F. ¿Cuál fue la respuesta al ejercicio? ¿Se mejoró significativamente su condición?

G. ¿El niño sigue una dieta normal? Sí____ No____ En caso negativo, describa la dieta especial que se le ha dado: _____

H. Describa **todos** los medicamentos que el niño toma y la frecuencia con la cual estos medicamentos se administran:

| <u>Nombre del medicamento</u> | <u>Dosis</u> | <u>Con qué frecuencia</u> |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

I. ¿Qué equipos, dispositivos o suministros necesita su niño en su rutina cotidiana (como anteojos, silla de ruedas, frenos dentales, muletas, yesos, bastón, prótesis, etc.)? _____

¿Su hijo utiliza alguna adaptación especial para poder funcionar? Sí____ No____

¿Algunos dispositivos auxiliares? (Lista) _____

¿Alguna tecnología especial? (Lista) _____

J. ¿Su hijo es incontinente? Sí____ No____

K. Él/Ella necesita:

| | Sí | No |
|-------------------------------------|-------|-------|
| ¿Catéter? | _____ | _____ |
| ¿Cuidado de la Colostomía? | _____ | _____ |
| ¿Cuidado de la gastrostomía? | _____ | _____ |
| ¿Cuidado de traqueotomía? | _____ | _____ |
| ¿Cuidado preventivo o decúbito? | _____ | _____ |
| ¿Alimentación por medio de un tubo? | _____ | _____ |

¿Algún otro cuidado que no haya sido descrito en sus respuestas anteriores?

- L. Liste cualquier evaluación actual o pendiente, radiografías, examen médico o estudios de laboratorio (en los últimos 6 meses):

| <u>Nombre del procedimiento</u> | <u>Fecha en que se programó o se llevó a cabo</u> |
|---------------------------------|---------------------------------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

- M. Liste cualquier periodo de hospitalización relacionada con la condición actual del niño. Incluya el/los nombre(s) del/de los hospital(es), fecha(s) de hospitalización, y especifique la razón por la cual estuvo hospitalizado:

| <u>Nombre del hospital & ubicación</u> | <u>Fechas de hospitalización</u> | <u>Razón</u> |
|--------------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

- N. ¿Cuál es el estado emocional del niño? ¿Cómo se ve a si mismo(a) el/la niño(a)?

- O. ¿Participa su hijo en sesiones de terapia? Sí____ No____
¿Con qué frecuencia? _____
¿Para qué problema? _____

4. Información con respecto a las habilidades y las limitaciones actuales del niño:

Esta sección tiene como propósito proporcionar la declaración de la persona encargada del cuidado con respecto al efecto de la enfermedad física y/o mental, o bien la limitación de las habilidades del niño para poder funcionar. Compare las habilidades funcionales del niño en este momento con respecto al nivel de funcionalidad previo a su discapacidad.

A. ¿Su hijo muestra o experimenta algún problema con lo siguiente?:

| | Sí | No |
|---------------------------------------------|-------|-------|
| Aislamiento emocionalmente | _____ | _____ |
| Orinarse en la cama | _____ | _____ |
| Problemas alimenticios | _____ | _____ |
| Problemas del sueño | _____ | _____ |
| Impulsividad | _____ | _____ |
| Prender fuego | _____ | _____ |
| Trastorno alimenticio | _____ | _____ |
| Concentración | _____ | _____ |
| Dificultad al concentrarse y poner atención | _____ | _____ |
| Berrinches | _____ | _____ |
| Negatividad & resistencia | _____ | _____ |
| Mentir | _____ | _____ |
| Hacer trampa | _____ | _____ |
| Robar | _____ | _____ |
| Agresión física | _____ | _____ |
| Conductas de autoagresión | _____ | _____ |
| Destrucción de propiedad | _____ | _____ |
| Desempeño escolar | _____ | _____ |
| Uso de droga | _____ | _____ |

B. ¿El resto de la familia hace ajustes para amoldarse a las limitaciones del niño?

Yes ____ No ____

Explique: _____

C. ¿Cómo se lleva su hijo con los otros miembros de la familia?

D. Describa los amigos de su hijo:

5. ¿Su hijo ha sido examinado o evaluado alguna vez por cualquiera de las siguientes agencias u organizaciones? Entregue copias de las evaluaciones en cuestión.

| | El tipo de examen o evaluación de parte de la agencia: |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| División de Salud Pública | _____ |
| Cuidado de niño | _____ |
| Programa WIC | _____ |
| División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo | _____ |
| División de Abuso de Alcohol y Drogas | _____ |
| División de Discapacidad Visual | _____ |
| Habla y Audición | _____ |
| División de Rehabilitación Vocacional | _____ |
| División de Salud Mental Infantil | _____ |
| Agencia para Necesidades Especiales | _____ |
| United Cerebral Palsy | _____ |
| Vida Independiente | _____ |

6. Información acerca de los proveedores médicos del niño:

Haga una lista del nombre de los médicos, clínicas, terapeutas, agencias de salud y otros proveedores de servicios médicos que le brindan atención a su hijo. Indique la fecha en la cual fue atendido por última vez por cada proveedor, la frecuencia de las visitas y la razón por la cual su hijo está viendo a ese proveedor en relación con el estado de salud actual.

| <u>Nombre del proveedor</u> | <u>Fecha de la última visita</u> | <u>Frecuencia de las visitas</u> | <u>Razón</u> |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

7. Información acerca de la situación social del niño:

- A. ¿Cuáles son los juguetes, juegos, actividades, intereses o pasatiempos del niño?

- B. ¿Su hijo participa en deportes o actividades en la comunidad, la escuela o la iglesia?

Sí____ No____ En caso afirmativo, explique: _____

- C. ¿Qué le gusta o no le gusta a su hijo?

- D. ¿Si su hijo es adolescente, cuál(es) es/son sus planes para el futuro?

- E. ¿Su hijo participa en cursos en el hogar? Sí____ No____
- F. Su hijo recibe asistencia para la recuperación, ayuda adicional por parte de la comunidad?
Sí____ No____
- G. ¿Su hijo está en una aula normal o una aula de contención? Sí____ No____
- H. ¿Cuántos días faltó su hijo a la escuela ? _____
Durante el mes pasado? _____
Durante el año pasado? _____
- I. ¿Participa el niño en un programa de educación especial? Sí____ No____
¿Dónde se realizó el IEP más reciente? _____ Si se aplica, entregue una copia del IEP.

8. Información sobre el seguro médico:

Indique toda la cobertura de seguro de salud que el niño tiene. **Medicaid** **CHIP**

Compañía de seguro: _____
 Propietario de la póliza: _____
 Núm. de Póliza(s)/Grupo(s): _____
 El empleador del propietario de la póliza: _____
 % cubierto por el seguro: _____
 Comentarios: _____

9. ¿Ha solicitado alguna vez el "Supplemental Security Income" (Ingresos suplementarios del seguro social - SSI por sus siglas en Ingles)?

Sí____ No____ En caso afirmativo, indique las fechas y el estado actual de la solicitud.

| <u>Fecha(s) en que solicitó el SSI</u> | <u>Aprobado</u> (marque uno) | <u>Negado</u> |
|----------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

10. ¿Por qué está solicitando por su hijo el Programa alternativo para los discapacitados de la comunidad de los niños?

Este formulario fue completado por: _____

Teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____

Fecha en que se completó: _____