



Datos primordiales 2015-20

—SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA—

Personal de admisión: _____ Fecha: ____/____/____

Personal de captura: _____ Fecha: ____/____/____

ID de la familia en *Persimmony*: _____

DATOS PRIMORDIALES - CAPTURE DURANTE LA ADMISIÓN Y DESPUÉS CADA 6 MESES	Primer nombre y apellido del niño(a):				
	Fecha (mm/dd/aaaa)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
	¿Qué incidente es este?	<input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Sexto mes <input type="radio"/> 1 año <input type="radio"/> 1 año y medio	<input type="radio"/> 2 años <input type="radio"/> 2 años y medio <input type="radio"/> 3 años <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Sexto mes <input type="radio"/> 1 año y medio <input type="radio"/> 2 años <input type="radio"/> 2 años y medio <input type="radio"/> 3 años <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Sexto mes <input type="radio"/> 1 año y medio <input type="radio"/> 2 años <input type="radio"/> 2 años y medio <input type="radio"/> 3 años <input type="radio"/> Otros: _____
	Indicaciones:	A continuación, responda a todas las preguntas para este niño.		○ TODAS las respuestas son iguales a las del niño(a) de la primer columna	○ TODAS las respuestas son iguales a las del niño(a) de la primer columna
	1) ¿Tiene este niño(a) cobertura de seguro médico?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe
	2) En los últimos 12 meses, ¿pasó este niño(a) por una revisión general «sano(a)» (es decir, una revisión general cuando no estaba enfermo(a) o herido(a))?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe
	3) En últimos 12 meses, ¿vio este niño a un dentista o higienista dental para recibir cuidado dental?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe
	4) ¿Cuál es el estado de las vacunas de este niño(a)?	<input type="radio"/> No tiene vacunas <input type="radio"/> Tiene algunas vacunas <input type="radio"/> Tiene todas las vacunas recomendadas por los médicos <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> No tiene vacunas <input type="radio"/> Tiene algunas vacunas <input type="radio"/> Tiene todas las vacunas recomendadas por los médicos <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> No tiene vacunas <input type="radio"/> Tiene algunas vacunas <input type="radio"/> Tiene todas las vacunas recomendadas por los médicos <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> No tiene vacunas <input type="radio"/> Tiene algunas vacunas <input type="radio"/> Tiene todas las vacunas recomendadas por los médicos <input type="radio"/> No se sabe
	5) Desde el tercer cumpleaños del niño(a), ¿ha asistido a preescolar o a un centro de cuidado infantil regularmente?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe
6) Durante la semana pasada ¿cuántas veces le ha leído a este niño?	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Una vez <input type="radio"/> 2 – 4 veces <input type="radio"/> 5 o más veces	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Una vez <input type="radio"/> 2 – 4 veces <input type="radio"/> 5 o más veces	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Una vez <input type="radio"/> 2 – 4 veces <input type="radio"/> 5 o más veces	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Una vez <input type="radio"/> 2 – 4 veces <input type="radio"/> 5 o más veces	
7) Por favor, seleccione las barreras que impiden que este niño(a) reciba atención médica regular. <i>(marque todas las que apliquen)</i>	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Costos de primas o copagos <input type="checkbox"/> No tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico del genero/edad/grupo étnico con quien usted se sienta cómodo <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico que acepte su seguro médico <input type="checkbox"/> Estado de inmigración <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Número de días hasta la siguiente cita disponible <input type="checkbox"/> Horas de atención <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Costos de primas o copagos <input type="checkbox"/> No tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico del genero/edad/grupo étnico con quien usted se sienta cómodo <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico que acepte su seguro médico <input type="checkbox"/> Estado de inmigración <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Número de días hasta la siguiente cita disponible <input type="checkbox"/> Horas de atención <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Costos de primas o copagos <input type="checkbox"/> No tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico del genero/edad/grupo étnico con quien usted se sienta cómodo <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico que acepte su seguro médico <input type="checkbox"/> Estado de inmigración <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Número de días hasta la siguiente cita disponible <input type="checkbox"/> Horas de atención <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Costos de primas o copagos <input type="checkbox"/> No tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico del genero/edad/grupo étnico con quien usted se sienta cómodo <input type="checkbox"/> Encontrar a un médico que acepte su seguro médico <input type="checkbox"/> Estado de inmigración <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Número de días hasta la siguiente cita disponible <input type="checkbox"/> Horas de atención <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otros: _____	

* Utilice formularios adicionales para hijos adicionales.