

Filtro inicial de riesgo de salud (Pediátrico)	
---	--

Cuando haya completado el formulario, envíelo de vuelta por correo electrónico a Amerigroup a la dirección GF360@amerigroup.com

Complete las secciones 1 a 4 sobre su salud. Fecha:

Sección 1 - Demografía

No. de ID de Amerigroup		No. de ID de Medicaid	
ID personal del miembro de DFCS			
Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento		Edad	
Dirección residencial		Ciudad, Estado C.P.	
Número telefónico de casa	(____) ____ - ____	Número de teléfono celular	(____) ____ - ____
Persona que completa esta evaluación de riesgo de salud	<input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Estado u otro representante	Nombre de la persona que completa la evaluación, si no es el miembro	
Nombre del asistente social del DFCS/DJJ		Número de contacto del DFCS/DJJ	

Sección 2 - Servicios de salud actuales

Proveedor de cuidado primario

Nombre del PCP		Número telefónico	(____) ____ - ____
Dirección del PCP		Ciudad, Estado C.P.	
Fecha de la última visita al PCP	____ / ____ / 20 ____		

Dentista

Nombre del dentista		Número telefónico	(____) ____ - ____
Dirección del dentista		Ciudad, Estado C.P.	
Fecha de la última visita al dentista	____ / ____ / 20 ____	¿Con qué frecuencia acude al dentista?	<input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Una vez al año <input type="checkbox"/> Más de un año entre visitas
Si es sí, ¿cuál fue el motivo de la visita?			

Especialista

Nombre del especialista		Número telefónico	(____) ____ - ____
Tipo de especialista		Fecha de la última	____ / ____ / 20 ____

		visita al especialista	
--	--	------------------------	--

Admisiones al hospital/sala de emergencias y centro

¿Ha sido admitido al hospital o centro de salud del comportamiento en internación en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última admisión	___ / ___ / 20 ___
--	--	-----------------------------	--------------------

Si es sí, ¿cuál fue el motivo de la admisión?	
---	--

¿Ha sido visto recientemente en la sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última visita a la sala de emergencias	___ / ___ / 20 ___
---	--	--	--------------------

Si es sí, ¿cuál fue el motivo para la visita a la sala de emergencias?	
--	--

Servicios

¿Está recibiendo actualmente alguno de los siguientes servicios?

Servicio	Sí/No	¿Cuán frecuente?	Servicio	Sí/No	¿Cuán frecuente?
1. Terapia del habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		6. Terapia física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Servicios de salud en el hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		7. Diálisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		8. Quimioterapia o radioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Servicios de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		9. Servicios de salud mental/del comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. Servicios para abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Equipos y suministros médicos

¿Tiene usted o está usando alguno de los siguientes equipos o suministros médicos?

	Sí/No	¿Cuán frecuente?	¿Sabe cómo usar los equipos o suministros?	Nombre del suplidor (proveedor)
1. Suministros para heridas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Oxígeno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Cama especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. Bomba de alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

6. Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Elevador mecánico (elevador Hoyer)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Respirador mecánico (CPAP, BiPAP, ventilador, nebulizador)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Otro: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. Otro: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Está esperando actualmente algún equipo o suministro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita el uso de cuidado médico, salud en el hogar u otros servicios de salud por lo menos una vez cada tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita recibir actualmente tratamiento o consejería para alguna clase de problema de salud mental, abuso de sustancias/alcohol o emocional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3 - Estado de salud actual

Estatura		Peso	
----------	--	------	--

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

1. ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	23. Falla renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. Retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. Retardo mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	25. MS/Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Espectro autista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26. Trastornos oposicionistas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Necesidades de salud mental/ del comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. Trastornos alimenticios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	27. Trastornos psicóticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	28. PTSD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Problemas para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	29. Cuadriplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	30. Esquizofrenia/psicosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Trastorno conductual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	31. Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	32. Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. COPD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22. VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	33. Otra condición no listada	

¿Está embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	Si está embarazada, ¿cuál	____ / ____ / 20 ____
------------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------

actualmente?	<input type="checkbox"/> No	es su fecha de parto?	
--------------	-----------------------------	-----------------------	--

<p>¿Ha experimentado abuso físico o sexual grave, o ha estado expuesto a comportamiento extremadamente violento en su hogar en los últimos 90 días? <i>Sometido a o presenciado abuso físico extremo, violencia doméstica o abuso sexual. Por ejemplo, moretones severos en áreas inusuales, forzado a ver tortura o agresión sexual, presenciado un homicidio, etc.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N/D
<p>¿Tiene usted comportamientos que son tan difíciles que su vida actual y su situación educativa están en peligro? <i>Comportamientos caóticos, impulsivos o destructivos, estallidos verbales diarios, desobediencia excesiva, desafía constantemente la autoridad del cuidador, requiere dirección y supervisión constante en todas las actividades, requiere atención total del cuidador, excesivamente celoso de las otras relaciones del cuidador, muestra niveles destructivos de actividad, deambula por la casa de noche, ausentismo escolar excesivo, no responde a establecimiento de límites u otra disciplina, etc.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N/D
<p>¿Ha mostrado comportamientos raros o inusuales en los últimos 90 días? <i>Historial o patrón de provocación de incendios, crueldad con los animales, masturbación excesiva, compulsiva o pública, parece escuchar voces o responder a otros estímulos internos (incluyendo inducidos por alcohol o drogas), movimientos corporales repetitivos tales como sacudidas de la cabeza o vocalizaciones (ecolalia), manchar con heces, etc.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N/D
<p>¿Tiene usted una necesidad inmediata por consulta sobre medicamento psicotrópico y/o reabastecimiento de receta? <i>Ya sea necesita evaluación inmediata de medicamento o necesita una nueva receta.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N/D
<p>Durante las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N/D
<p>Durante las últimas dos semanas, ¿se ha estado sintiendo triste, deprimido o desesperado?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N/D

Sección 5 - Conocimiento/preparación

Usted puede visitar nuestro sitio web en www.myamerigroup.com para obtener información de beneficios. Envíe por correo el formulario completado a fcintake@amerigroup.com.