

Yamhill Community Care
PO Box 5490
Salem, OR 97304
Customer Service: 855-722-8205 TTY 711
www.yamhillcco.org



Bienvenido a Yamhill Community Care, su seguro médico del Plan de Salud de Oregón. Como parte de su equipo de atención, por favor, díganos cómo podemos apoyar su salud. Complete las siguientes preguntas. Devuelve esta encuesta en el sobre que le enviamos, no necesita sello de correos. La gerencia de atención (Care management) es su punto de contacto para la coordinación de las necesidades de atención y un gerente de atención está disponible para usted y puede llamarlo. Usted también puede llamarnos al 833-257-2191.

Nombre del niño: _____

Nº de identificación del niño: _____

Género del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Idioma preferido: _____

1. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes enfermedades?

- Asma
- Alergias
- Diabetes
- Cáncer
- Condiciones del corazón (especifique abajo)
- Condiciones del riñón (especifique abajo)
- Condiciones del hígado (especifique abajo)
- Desórdenes neurológicos (especifique abajo)
- Transplante (células madre/órganos)



- Retraso de desarrollo
- Ninguna de las anteriores
- Otra información/adicional: _____

2. ¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo? _____

3. ¿Su hijo tiene alguna limitación física que requiera equipo médico durable, apoyo adicional para el cuidador, o alguna otra cosa?

4. ¿Nació su hijo antes de la fecha esperada? Si es que sí, ¿cuándo? _____

5. ¿Hubo alguna complicación durante su embarazo o parto? Si es que sí, por favor, díganos mas:

6. ¿Su hijo está comiendo sin preocupaciones? Si hay preocupaciones, por favor, díganos más:

7. ¿El niño está ganando peso como esperaría? Si es que no, por favor, díganos más:

8. ¿Tiene un pediatra para su hijo? Si es que sí, ¿quién?:

9. ¿Ha podido hacer todas las citas de su hijo?

10. ¿Ha recibido su hijo las vacunas recomendadas (marque todo lo que corresponda)?

- HepB: Hepatitis B
- RV: Rotavirus
- DTap: difteria, tétanos, pertusis
- Hib: Haemophilus influenza tipo b
- PCV: Pneumococo
- IPV: Polio
- Gripe (según sea apropiado cada temporada)
- No lo sé
- Ninguna de estas
- Otro: _____

11. Podemos proporcionar suministros a las familias en necesidad ¿necesita alguna de las siguientes cosas para apoyar a su hijo?

- Ropa
- Cuidado de niños
- Comida
- Pañales
- Otro:

12. Como padre nuevo, queremos apoyar también su salud. ¿Hay alguna preocupación de salud con la que esté viviendo que podría afectar a su hijo, a su familia o a otras personas a las que usted apoya? _____



13. ¿Cuál de las siguientes describe mejor a su hijo? Por favor, seleccione una respuesta:

- Asiático o isleño del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Hispano o Latino
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Blanco o caucásico
- Multiracial o biracial
- Una raza/etnia no enumerada aquí
- Prefiero no responder

14. La gerencia de atención es gratuita y es parte de la cobertura del seguro de su hijo. ¿Cómo desearía que le ayudáramos para obtener el máximo beneficio de la atención de salud de su hijo?

Ver a su proveedor de atención primaria es clave para una salud excelente. La gerencia de atención puede ayudarlo a programar una cita.

Si tiene alguna pregunta, necesita esto en letra grande, en braille o un idioma diferente, por favor, llámenos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., al 833-257-2191 (TTY:711).