



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
- Diabetes
- Ansiedad
- Señales de problemas sociales/emocionales/de comportamiento
- Condiciones del corazón (especifique abajo)
- Condiciones del riñón (especifique abajo)
- Condiciones del hígado (especifique abajo)
- Alergias
- Cáncer
- Problemas de sueño
- Retraso de desarrollo
- Dolor



- Desórdenes neurológicos (especifique abajo)
- Transplante (células madre/órganos)
- Uso de alcohol
- Consumo de drogas/marihuana
- Condiciones de salud mental
- 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. ¿Tiene un pediatra para su hijo? Si es que sí, ¿quién?:**

\_\_\_\_\_

**5. ¿Ha podido hacer todas las citas de atención médica de su hijo? Si no es así, por favor, díganos más sobre esto:**

\_\_\_\_\_

**6. ¿Ha recibido su hijo las vacunas recomendadas? Si es que no, por favor, suministre más información sobre esto:**

\_\_\_\_\_

**7. ¿Su hijo está tomando medicamentos recetados? Si es que sí, por favor, díganos más sobre esto: \_\_\_\_\_**

---

**8. ¿Va su hijo al dentista? Si es que no, por favor, díganos sobre esto:**\_\_\_\_\_

**9. ¿Va su hijo a la escuela regularmente? Si es que no, por favor, díganos sobre esto:**\_\_\_\_\_

**10. ¿Con quién vive su hijo?**

- Solo
- Padre/tutor
- Otros familiars
- Amistades/compañeros de vivienda
- Otros:

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

- Transporte
- Ropa
- Cuidado de niños
- Comida
- 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. ¿Tiene su hijo alguna otra necesidad relacionada con la audición, un impedimento visual u otra cosa?**\_\_\_\_\_

---

**14. ¿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

**15. 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).**

Gerencia de atención de YCCO  
833-257-2191