

FORWARDHEALTH
CHILD CARE COORDINATION (CCC)
PREGUNTAS Y ÁMBITOS DEL CUESTIONARIO FAMILIAR
FAMILY QUESTIONNAIRE DOMAINS AND QUESTIONS

INSTRUCCIONES: Complete con computadora o con letra clara.

El programa de Coordinación de Cuidado Infantil (CCC) ayuda a los niños y a sus familias a acceder a los servicios y apoyos que necesitan. Los objetivos del CCC son promover una crianza positiva, mejorar los resultados de salud de los niños y evitar el maltrato, el abuso y el abandono infantil. Para reunir los requisitos para el CCC, el niño/la niña debe:

- Ser miembro de BadgerCare Plus y Medicaid.
- Tener menos de 7 años si vive en el condado de Milwaukee.
- Tener menos de 2 años si vive en la ciudad de Racine.
- Haber sido evaluado con este formulario antes de que cumpla 8 semanas.

En el CCC, el miembro es el niño/la niña, no el padre, la madre ni el cuidador. Este formulario se refiere al miembro como “el niño/la niña”.

Propósito de este formulario

Las preguntas en este formulario ayudan al proveedor a identificar las **necesidades y los puntos fuertes del niño/la niña y su familia** a fin de que el proveedor determine si el niño/la niña es elegible para los servicios del CCC durante la evaluación inicial. Si el niño/la niña es elegible, este formulario también brinda asistencia para tramitar la planificación de cuidado. Cada sección incluye una pregunta al final donde el proveedor puede indicar si identificó una necesidad en ese ámbito. **El proveedor debe identificar al menos una necesidad general para que el niño/la niña y su familia puedan ser elegibles para los servicios del CCC.**

Una “necesidad” es cuando el niño/la niña o la familia no tienen el apoyo adecuado o tienen una preocupación que podría causar daño potencial a la salud, el desarrollo, la seguridad o el bienestar del niño/la niña.

Un “punto fuerte” es algo que ayuda a la familia a cuidar del niño/la niña o ayuda al niño/la niña a crecer fuerte y más resiliente.

Cuándo usar este formulario

El proveedor debe llenar este formulario durante la evaluación inicial con el niño/la niña y la familia. Puede usar el mismo formulario en el futuro para actualizaciones mientras el niño recibe servicios del CCC. Los proveedores también pueden usar otras herramientas para medir el progreso del niño/la niña y su familia para alcanzar sus objetivos. No es necesario presentar el formulario al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin) como parte del trámite de evaluación inicial. Sin embargo, se debe mantener un formulario completo como parte del registro del niño/de la niña. Es posible que se solicite este formulario en caso de una auditoría.

Cómo usar este formulario

Los proveedores deben llenar este formulario en persona con el cuidador principal del niño/la niña en un entorno seguro, privado y de contención. El proveedor debe preguntar al cuidador si le gustaría tener más privacidad, una persona de apoyo o un intérprete.

Durante una conversación presencial, los cuidadores pueden sentirse más cómodos contando historias y compartiendo ideas que destaquen los puntos fuertes y las necesidades del niño/la niña y su familia.

Los proveedores deben usar su criterio profesional al hacer las preguntas de este formulario. No es necesario hacer las preguntas tal como están escritas. Como el niño/la niña puede tener entre 8 semanas y 6 años, es posible que algunas preguntas no sean pertinentes o que se respondan de diferente forma según la edad. Si una pregunta no es pertinente, los proveedores pueden marcar la casilla “No pertinente” o indicarlo en el espacio para respuestas.

Un coordinador de cuidado puede llenar este formulario, independientemente de si hay o no un profesional calificado presente. Tanto el profesional calificado como el cuidador principal deben revisar, firmar y fechar el formulario.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre del niño/la niña (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

2. Fecha de nacimiento del niño/la niña

3. Id. de Medicaid del niño/la niña

4. Nombre del cuidador principal del niño/la niña (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

5. Parentesco del cuidador principal con el niño/la niña

6. Dirección del niño/la niña (calle, ciudad, estado, código postal)

7. Dirección postal del cuidador principal (si es diferente de la dirección del niño/la niña)

8. Número de teléfono del cuidador principal

9. Correo electrónico del cuidador principal

10. Horario más adecuado para comunicarse con el cuidador principal

11. Idioma principal del cuidador principal

12. Idioma principal del niño/la niña

13. ¿La familia está trabajando con alguna otra agencia, como prenatal care coordination (coordinación de cuidado prenatal) (PNCC), otras agencias de CCC o Targeted Case Management (gestión de casos específicos)?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es "Sí", detalle las otras agencias de coordinación de cuidado con las cuales está trabajando la familia.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/LA NIÑA

Las preguntas en esta sección se enfocan en los puntos fuertes del niño/la niña y su familia. Tienen como finalidad establecer un tono positivo, crear un vínculo cercano con el cuidador (y el niño/la niña, en caso de que tenga edad suficiente) y desarrollar una relación de confianza.

14. Indique al cuidador que describa al niño/la niña. ¿Cómo es el niño/la niña? ¿Qué aspectos están funcionando bien?

15. ¿Qué otras personas viven en el hogar con el niño/la niña?

16. ¿Cuáles son los puntos fuertes de la familia?

17. ¿Existen tradiciones, celebraciones o prácticas culturales que sean importantes para la familia?

☐ Sí. Explique:

☐ No

SECCIÓN III: SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO/LA NIÑA

Las preguntas en esta sección son sobre el desarrollo y la salud del niño/la niña. Al final de esta sección, responda la pregunta **A** sobre si la familia tiene una necesidad relacionada con la salud y el desarrollo del niño/la niña.

Nacimiento del niño/la niña

18. ¿El padre o la madre biológicos del niño/la niña recibieron servicios de PNCC durante este embarazo?

☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

19. ¿La madre biológica del niño/la niña tuvo complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto?

☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

20. ¿El niño/la niña nació a término, prematuro o postérmino?

☐ A término ☐ Prematuro ☐ Postérmino ☐ No se sabe

21. ¿Cuál fue el peso del niño/la niña al nacer?

Nutrición y alimentación

22. ¿El niño/la niña y su familia reciben beneficios de Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) (Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños)?

☐ Sí ☐ No

23. Según la edad y las necesidades del niño/la niña, ¿se alimenta con leche materna, fórmula o ambas? ¿Está funcionando bien?

☐ No pertinente

24. ¿Qué otros alimentos come el niño/la niña?

25. ¿El niño/la niña tiene algunas alergias, restricciones alimenticias o dificultades con la alimentación?

☐ Sí. Explique:

☐ No

Antecedentes médicos

26. ¿El niño/la niña recibe beneficios de Supplementary Security Income (SSI) (Seguridad de Ingreso Suplementario) o servicios especiales para las preocupaciones de salud?

☐ Sí ☐ No

27. ¿Dónde recibe atención médica periódica el niño/la niña? Detalle el centro médico o el médico.

28. ¿El niño/la niña ha tenido consultas médicas periódicamente? (Consulte el cronograma de recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva de Bright Futures/American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría) para conocer la frecuencia con la que el niño/la niña debe realizar consultas médicas. Estas consultas también se conocen como "control del niño sano").

☐ Sí ☐ No

29. ¿El cuidador tiene un registro de las vacunas del niño/la niña?

☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

30. ¿El niño/la niña ha tenido hospitalizaciones, lesiones o enfermedades graves? De ser así, describa en detalle.

31. ¿Se le ha realizado una prueba al niño/la niña por intoxicación por plomo? De ser así, describa las circunstancias.

32. ¿El niño/la niña tiene algún problema médico o ha recibido un diagnóstico de alguna afección médica? De ser así, detalle el diagnóstico o describa los problemas.

33. ¿En este momento el niño/la niña toma medicamentos?

☐ Sí. Detalle los medicamentos:

☐ No

34. Si el niño/la niña tiene más de 3 años, ¿tuvo una consulta con un dentista?

☐ Sí

☐ No

☐ No pertinente (el niño/la niña es menor de 3 años).

Hitos del desarrollo

35. ¿Cuáles son algunas de las actividades que el cuidador dice que el niño/la niña aprendió o dominó recientemente?

36. Consulte las listas de verificación de los indicadores del desarrollo de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) en <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html>. ¿Cree que el desarrollo del niño/la niña coincide con estos indicadores?

☐ Sí

☐ No. Explique:

37. ¿El cuidador notó algún retraso en el aprendizaje o en la movilidad? ¿Tiene alguna otra preocupación sobre el desarrollo del niño/la niña?

A: ¿Esta sección demuestra que la familia tiene una necesidad?

☐ Sí

☐ No

SECCIÓN IV: CAPACIDAD DE CRIANZA

Las preguntas en esta sección son sobre las habilidades del cuidador respecto de la crianza. Al final de esta sección, responda la pregunta **B** sobre si la familia tiene una necesidad relacionada con la capacidad de crianza.

Atención básica del niño/la niña

38. ¿Cuáles cree el cuidador que son sus mayores puntos fuertes?

39. ¿Cómo es la rutina diaria de la familia? Incluya rutinas de alimentación, higiene y sueño.

40. ¿Cómo se ha sentido el cuidador últimamente? ¿Hay algo que haya afectado su estado de ánimo o energía?

41. Cuando el cuidador necesita consejos sobre crianza, ¿a quién recurre?

42. ¿Con qué frecuencia el cuidador siente soledad o aislamiento en su rol de cuidador?

43. ¿Cómo se relaja el cuidador o cómo aborda el estrés?

44. ¿El cuidador tiene alguna preocupación sobre su propia salud mental?

45. ¿Con qué frecuencia el cuidador principal bebe alcohol? ¿Qué cantidad suele beber cuando consume alcohol?

46. En los últimos 12 meses, ¿el cuidador principal consumió drogas, excepto fármacos recetados, o fármacos de forma diferente a la que se recetaron?

☐ Sí

☐ No

47. ¿El cuidador tiene alguna afección médica que podría afectar su capacidad para cuidar al niño/la niña?

☐ Sí. Explique:

☐ No

48. ¿El cuidador cuenta con el apoyo y el cuidado médico que necesita?

☐ Sí

☐ No. Explique:

49. ¿El cuidador y el niño/la niña cuentan con personas disponibles para brindarles ayuda durante el tiempo que la necesiten?

☐ Sí

☐ No

50. ¿Hay algunos cambios próximos que podrían afectar al niño/la niña o a la familia? De ser así, ¿cuáles son?

Conexión emocional

51. ¿De qué manera el cuidador le demuestra al niño/la niña que le importa y que lo/la quiere?

52. Cuando el niño/la niña siente malestar o miedo, ¿qué hace el cuidador para que se sienta mejor? ¿Cómo responde el niño/la niña ante esta acción del cuidador?

Estimulación

53. ¿Qué tipo de actividades hacen en conjunto el cuidador y el niño/la niña?

54. ¿El cuidador siente que el niño/la niña tiene acceso a juguetes, libros y juegos acordes a su edad?

55. ¿Cuánto tiempo suele pasar el niño/la niña por día mirando videos, jugando videojuegos o usando medios sociales? A medida que el niño/la niña crezca, ¿cómo cree el cuidador que esto cambiará?

56. ¿Cuáles son los planes y objetivos del cuidador para la educación del niño/la niña? Por ejemplo, ¿el cuidador planea enviar al niño/la niña a un programa educativo como Head Start, 4K o a una escuela primaria pública o privada?

Orientación y límites

57. ¿De qué manera el cuidador establece límites y qué medidas disciplinarias aplica al niño/la niña?

58. ¿Alguno de los cuidadores golpea o da nalgadas al niño/la niña?

Seguridad del niño/la niña

59. ¿De qué manera se asegura el cuidador de que el hogar sea seguro para el niño/la niña?

60. ¿El cuidador principal conoce y tiene acceso a equipamiento de seguridad infantil como seguros para niños y detectores de humo? ¿Sabe dónde encontrar información sobre productos retirados del mercado por seguridad?

☐ Sí

☐ No

61. ¿El cuidador siempre usa silla de seguridad o asiento elevador adecuados para la edad y el tamaño del niño/la niña? Consulte el recurso del Department of Transportation (Departamento de Transporte) en la ley Wisconsin Child Passenger Safety (seguridad para niños que viajan como pasajeros) en [wisconsin.gov/Documents/safety/education/child-safety/cps-law-card.pdf](https://www.wisconsin.gov/Documents/safety/education/child-safety/cps-law-card.pdf) para obtener pautas de seguridad para viajar con niños.

☐ Sí

☐ No

62. ¿Qué hace el cuidador para minimizar las distracciones (como el uso del teléfono) mientras conduce? Para obtener más información, consulte la página web de los CDC sobre distracciones al conducir en www.cdc.gov/distracted-driving/about/index.html.

B: ¿Esta sección demuestra que la familia tiene una necesidad?

☐ Sí ☐ No

SECCIÓN V: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las preguntas en esta sección son sobre factores sociales que afectan la salud del niño/la niña. Al final de esta sección, responda la pregunta C sobre si la familia tiene una necesidad social.

Empleo y educación

63. ¿Cuál es el máximo nivel de educación que completó el cuidador?

64. ¿En este momento el cuidador principal asiste a una institución educativa (ya sea medio tiempo o tiempo completo)?

☐ Medio tiempo ☐ Tiempo completo ☐ No asiste a una institución educativa

65. Si el cuidador está trabajando, ¿qué tipo de trabajo hace? ¿Cuál es su cronograma u horario de trabajo habitual?

Finanzas

66. ¿El cuidador suele tener preocupaciones por el pago de facturas o por poder cubrir los gastos del niño/la niña?

Alimentación y vivienda

67. En los últimos 12 meses, ¿el cuidador tuvo alguna preocupación sobre quedarse sin alimentos antes de que ingresara dinero para poder comprar más?

68. ¿Cuántas veces se mudó el niño/la niña durante los últimos 12 meses?

69. ¿Al cuidador le preocupa no tener una vivienda estable para el próximo mes o los próximos dos meses?

70. Donde el niño/la niña vive actualmente, ¿cuenta con lo siguiente?

Agua corriente	☐ Sí	☐ No
Agua caliente	☐ Sí	☐ No
Electrodomésticos que funcionen (cocina, refrigerador)	☐ Sí	☐ No
Baño/instalaciones de baño que funcionen	☐ Sí	☐ No
Detector de humo que funcione	☐ Sí	☐ No
Detector de monóxido de carbono que funcione	☐ Sí	☐ No
Extintor de incendios que funcione	☐ Sí	☐ No
Infestación de plagas	☐ Sí	☐ No
Moho	☐ Sí	☐ No
Tuberías o pintura de plomo	☐ Sí	☐ No
Aire acondicionado y calefacción que funcionen	☐ Sí	☐ No
Deterioro estructural del hogar	☐ Sí	☐ No

71. ¿Hay un arma en el hogar del niño/la niña?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿las armas están guardadas en un lugar seguro bajo llaves?

☐ Sí ☐ No

72. ¿Alguna de las personas que viven en el hogar del niño/la niña fuman?

☐ Sí ☐ No

73. ¿El niño tiene acceso o exposición a químicos, sustancias o materiales en el hogar que podrían ser dañinos, como productos de limpieza, medicamentos, drogas u otros objetos peligrosos?

☐ Sí ☐ No

Transporte

74. ¿Cómo se movilizan el niño/la niña y su familia?

75. Recientemente, ¿el cuidador ha tenido que posponer una cita debido al transporte?

☐ Sí ☐ No

Factores sociales y ambientales

76. ¿Qué le gusta al cuidador de su vecindario?

77. ¿Dónde puede jugar el niño fuera del hogar? Ejemplos: la casa de un familiar o de un amigo, un parque, un centro comunitario o el patio de juegos de la escuela.

Cuidado infantil

78. ¿El cuidador sabe cómo conseguir cuidado infantil seguro, afectuoso y confiable?

☐ Sí ☐ No

79. ¿Qué otra persona cuida al niño/la niña? Ejemplos: otros familiares, un amigo de la familia, guardería

Seguridad personal

80. ¿El niño/la niña ha estado involucrado(a) en un caso de ayuda social (abierto o cerrado)?

☐ Sí ☐ No

81. ¿El niño/la niña ha dicho tener miedo de que alguien lo/la lastime o tener miedo de alguna persona del hogar?

☐ Sí ☐ No

82. ¿El niño/la niña ha sido víctima de maltrato o abuso emocional o verbal por parte de su padre, madre, cuidador o alguna otra persona cercana?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿ese abuso o maltrato continúa?

☐ Sí ☐ No

83. ¿El niño/la niña ha sido víctima de maltrato físico o abuso sexual por parte de su padre, madre, cuidador o alguna otra persona cercana?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿ese abuso o maltrato continúa?

☐ Sí ☐ No

84. ¿El cuidador principal ha sido víctima de maltrato o abuso, incluidos maltrato físico, abuso sexual, emocional o verbal, por parte de otros cuidadores del niño/la niña, su pareja o alguna otra persona cercana?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿ese abuso o maltrato continúa?

☐ Sí ☐ No

85. ¿El cuidador principal tiene miedo de alguna persona que actualmente vive en el hogar?

☐ Sí ☐ No

C: ¿Esta sección demuestra que la familia tiene una necesidad?

☐ Sí ☐ No

SECCIÓN VI: OTRAS NECESIDADES

Use esta sección para plasmar otras necesidades que no se hayan analizado o documentado en este formulario. Consulte el manual en línea del área de servicios de Child Care Coordination (Coordinación de Cuidado Infantil) de ForwardHealth en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx?ia=1&p=1&sa=7 para obtener más información sobre los servicios cubiertos. Al final de esta sección, responda la pregunta **D** sobre si la familia tiene alguna necesidad.

86. ¿El niño/la niña, el cuidador o la familia tienen otras necesidades con las que el CCC podría ayudar? De ser así, explique.

D: ¿Esta sección demuestra que la familia tiene una necesidad?

☐ Sí ☐ No

SECCIÓN VII: RESUMEN DE NECESIDADES

Marque la casilla para indicar en qué sección el niño/la niña tiene una necesidad. Marque todas las casillas que correspondan.

- ☐ A. Sección III: Salud y desarrollo del niño/la niña
- ☐ B. Sección IV: Capacidad de crianza
- ☐ C. Sección V: Determinantes sociales de la salud
- ☐ D. Sección VI: Otras necesidades

☐ No se identificó ninguna necesidad.

SECCIÓN VIII: FIN DE LA EVALUACIÓN

87. Fecha: evaluación completa

SECCIÓN IX: FIRMAS

88. Nombre: coordinador de cuidado que llena el cuestionario

89. **FIRMA:** coordinador de cuidado

90. Fecha de la firma: coordinador de cuidado

91. Nombre: profesional de la salud calificado que realiza la revisión (si fuera diferente del anterior)

92. **FIRMA:** profesional calificado que realiza la revisión

93. Fecha de la firma: profesional calificado que realiza la revisión

94. **FIRMA:** cuidador principal

95. Fecha de la firma: cuidador principal