Cuestionario para el paciente - Re

Estimado paciente o cuidador: Ser padre no es fácil. Queremos ayudar a las familias a tener un entorno sano para los niños. Hacemos preguntas a todos sobre cuestiones que afectan a muchas familias. Si hay algún problema, intentaremos ayudar.

Le rogamos que responda a las preguntas sobre su hijo al que hoy vemos para una revisión. Si es más de un niño, responda "sí" en caso de que se aplique a alguno de ellos. Esto es voluntario. No tiene que contestar a una pregunta si prefiere no hacerlo.

Fecha de hoy: _____/ _____/ _____ **Nombre del niño:** _____

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/_____ **Relación con el niño:** _____

Marque una opción	
Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No

Seguridad en el hogar

¿Necesita el número de teléfono del control de envenenamientos?
¿Necesita una alarma de detección de humo para su casa?
¿Fuma alguien en casa?
¿Necesita un candado para armas?

Sí	No
Sí	No
Sí	No

Comportamiento del niño

¿Siente a menudo que su hijo es difícil de cuidar?
¿Siente a veces que necesita abofetear o pegar a su hijo?
¿Desea apoyo para ayudar a su hijo con sus sentimientos o su comportamiento?

Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No

Bienestar

¿Le gustaría recibir ayuda para controlar su estrés?
¿Desearía tener más apoyo de su familia y amigos?
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido a menudo decaído, deprimido o desesperanzado?
Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer por hacer cosas?

Sí	No
Sí	No

Alimentos

En el último año, ¿le preocupó que se le acabaran los alimentos antes de poder comprar más?
En el último año, los alimentos que compró ¿no duraban y no tenía dinero para comprar más?

Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No
Sí	No

Desea ayuda en relación con:

¿Transporte a nuestro consultorio (o citas médicas)?
¿Servicios públicos (gas, electricidad, agua)?
¿Vivienda o alquiler?
¿Encontrar o pagar una guardería?
¿Inmigración?
¿Empleo o Capacitación laboral?
Educación para adultos (ESOL, GED)
¿Obtener atención médica o seguro médico?
¿Solicitar beneficios públicos (beneficios en efectivo, incapacidad, desempleo)?

Sí	No
Sí	No
Sí	No

Tiene algún problema con:

¿Peleas con su cónyuge o pareja?
¿Consumo de alcohol?
¿Consumo de drogas?
Otras cosas en las que le gustaría recibir ayuda: _____

Entregue este formulario al médico o enfermera que le atienda hoy. Le animamos a que comente con ellos cualquier cosa de esta lista para que podamos ayudarle. Muchas gracias.

© 2023, The SEEK Project