Herramienta de cribado:
Edades: Desde el nacimiento hasta 1 año

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____
Edad del niño en el momento de la visita: _____ meses/año **(marque con un círculo)**
¿Cuántos niños viven en el hogar? _____
MARQUE CON UN CÍRCULO LAS RESPUESTAS A CONTINUACIÓN (seleccione todas las que correspondan):
Raza del paciente: indígena americano o nativo de Alaska; asiático;
negro/afroamericano; nativo de Hawái y otras islas del Pacífico; blanco; desconocido/prefiero no contestar.
Otro:_____
Origen étnico del paciente: hispano o latino; no hispanos o latinos; desconocido/prefiero no contestar
Pagador del seguro: comercial/privado; Medicaid; pago por cuenta propia/sin seguro.
Otro: _____

Ser padre no siempre es fácil. Queremos ayudar a las familias a tener un entorno seguro para los niños. Por lo tanto, les hacemos estas preguntas a todos sobre los problemas que afectan a muchas familias. Si hay algún problema, intentaremos brindarle ayuda.
Responda las preguntas sobre la atención de su hijo hoy en un control médico. Si hay más de un niño, responda "sí" si se aplica a cualquiera de ellos. Esto es voluntario. No tiene que responder ninguna pregunta que no quiera.

Zona sombreada Solo para uso del consultorio		***Para la respuesta del cuidador***
Asesoramiento sugerido	**¿Abordado?** Si se sugiere	**Marque la casilla que más se adapte a sus sentimientos, comportamientos o necesidades.**
	□ Sí □ No	1. ¿Le gustaría obtener ayuda para encontrar trabajo o empleo? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	2. ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar una guardería para su hijo? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	3. ¿Tiene problemas para pagar los servicios públicos o para mantener un lugar seguro para vivir? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	4. En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba quedarse sin comida antes de que pudiera comprar más? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	5. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no duró y no tuvo dinero para comprar más? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	6. ¿A veces siente que necesita abofetear o golpear a su hijo? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	7. ¿Le gustaría tener más ayuda con su hijo? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	8. ¿A menudo se siente bajo estrés extremo? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	9. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido sentimientos de decaimiento, depresión o desesperación a menudo? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	10. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido muy poco interés o placer en las cosas? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	11. Pensando en los últimos 3 meses, ¿alguna pareja lo amenazó, empujó, golpeó, pateó o lo lastimó físicamente de alguna manera? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	12. Pensando en los últimos 3 meses, ¿ha bebido 4 o más tragos con alcohol en un día? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	13. Pensando en los últimos 3 meses, ¿usted, u otra persona de su hogar, ha consumido alguna droga recreativa o algún medicamento recetado por motivos no médicos? □ Sí □ No

Complete y luego devuelva este formulario al proveedor o al personal con el que se encuentra hoy. ¡Gracias!

Esta herramienta es propiedad de Ohio Chapter, American Academy of Pediatrics y se implementará únicamente como parte de la iniciativa Injury+SEEK Learning Collaborative de la AAP de Ohio. El cuestionario para padres de SEEK es © de 2020, Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland. Comuníquese con bpowell@ohioaap.org si tiene preguntas.

Asesoramiento sugerido	¿Abordado? Si se sugiere	Marque la casilla que más se adapte a sus sentimientos, comportamientos o necesidades.
	□ Sí □ No	14. ¿En qué asiento y dirección suele viajar su hijo cuando va en automóvil? □ Asiento delantero: orientado hacia adelante □ Asiento delantero: orientado hacia atrás □ Asiento trasero: orientado hacia adelante □ Asiento trasero: orientado hacia atrás
	□ Sí □ No	15. ¿Duerme alguna vez con su hijo en una cama de adulto o en un sofá a la hora de la siesta o por la noche? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	16. ¿Siempre coloca a su hijo boca arriba a la hora de la siesta y por la noche? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	17. ¿Su hijo duerme alguna vez con objetos (como protectores de cuna, almohadas, mantas, peluches, juguetes) en su cuna? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	18. ¿Alguien fuma en su casa? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	19. ¿Tiene un detector de humo y una alarma de monóxido de carbono en su hogar? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	20. En los últimos 3 años, ¿ha realizado un curso de técnicas para salvar vidas de niños, como reanimación cardiopulmonar o primeros auxilios? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	21. Algunos tipos de muebles se pueden caer cuando un niño se apoya en ellos o intenta treparlos (como las cómodas, los televisores). ¿Están todos los muebles de su casa asegurados a la pared? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	22. ¿Hay alguna situación en la que consideraría dejar a su hijo solo en un cambiador, sofá, cama o superficie similar? (Por ejemplo, al contestar el teléfono o tomar algo que necesita). □ Sí □ No
	□ Sí □ No	23. ¿Sostiene alguna vez a su hijo mientras bebe líquidos calientes (por ejemplo, al estar de pie, sentado o caminando)? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	24. ¿Qué tan probable es que su hijo tenga objetos pequeños como piezas de juguetes, monedas, pilas de relojes y pequeños trozos de comida en las manos? (Considere la posibilidad de que los niños mayores los dejen tirados por ahí o que su hijo pueda alcanzarlos en algún lugar). □ Para nada probable □ Algo probable □ Moderadamente probable □ Muy probable
	□ Sí □ No	25. En su hogar, ¿están todos los medicamentos, las vitaminas y los limpiadores domésticos potencialmente dañinos asegurados con tapas de seguridad O fuera del alcance de los niños? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	26. ¿Sabe cómo comunicarse con el Centro de Control de Toxicología (1-800-222-1222) si su hijo ingiere involuntariamente medicamentos, vitaminas y otros limpiadores/productos domésticos dañinos? □ Sí □ No
	□ Sí □ No	27. Si tiene armas de fuego en casa, ¿están todas descargadas Y guardadas con llave? □ Sí □ No □ No aplica para mi casa □ Prefiero no contestar
	□ Sí □ No	28. Si tiene marihuana en casa, ¿la guarda con llave? □ Sí □ No □ No aplica para mi casa □ Prefiero no contestar

SOLO PARA USO DEL EQUIPO DEL CONSULTORIO

¿Se proporcionó alguno de los siguientes recursos?

□ Folleto de la AAP de Ohio
□ Otro folleto
□ Recurso tangible (p. ej., cerradura de armario, anclaje de muebles, saco de dormir)
□ Otro recurso
□ Sin recurso

Complete y luego devuelva este formulario al proveedor o al personal con el que se encuentra hoy. ¡Gracias!

Esta herramienta es propiedad de Ohio Chapter, American Academy of Pediatrics y se implementará únicamente como parte de la iniciativa Injury+SEEK Learning Collaborative de la AAP de Ohio. El cuestionario para padres de SEEK es © de 2020, Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland. Comuníquese con bpowell@ohioaap.org si tiene preguntas.