

## KDHE Formulario de Referencia del Programa

### Referencias para Cuidador/Adulto o Niño? (Seleccione uno)

- Cuidador/Adulto
- Niño

### Cuál cuidador o niño participó?

---

Fecha de Actividad (Referencia): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Programa: (seleccione uno)

- Comenzando Bien
- Planificación Familiar
- Familias Saludables
- Salud Materna Infantil (MCH/M&I)
- Mantenimiento de Embarazo (PMI)
- Embarazo en Adolescentes (TPTCM)

### Servicios de Crisis / Emergencia

#### Referencia hecha en relación con Protección Infantil?

- Si

#### Referencia de Protección Infantil fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Caso de Servicios de Protección Infantil no Abierto
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

#### Referencia hecha en relación a Violencia Doméstica?

- Si

#### Referencia de Violencia Doméstica fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

#### Referencia hecha en relación a violación/asalto sexual?

- Si

#### Referencia por Violación/Asalto Sexual fue completada?

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

#### Referencia hecha en relación a Prevención de Suicidio?

- Si

#### Referencia de Prevención de Suicidio fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Servicios de Educación

#### Referencia hecha en relación a Servicios de Infancia Temprana (Headstart, PAT)?

- Si

#### Referencia hecha en relación a Terminación de Estudios Secundarios/GED?

- Si

#### Referencia hecha en relación a Educación para Padres/Apoyo?

- Si

#### Referencia hecha en relación a Educación de Embarazo/Apoyo?

- Si

### Servicios de Salud

#### Referencia hecha en relación al Alcohol/Abuso de Sustancias?

- Si

#### Referencia de Alcohol/Abuso de Sustancias fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

#### Referencia hecha en relación a Lactancia?

- Si

#### Referencia de Lactancia fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

#### Referencia hecha en relación a tratamiento/diagnóstico de cáncer?

- Si

#### Referencia de tratamiento/diagnóstico de cáncer fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

## KDHE Formulario de Referencia del Programa

### Referencia hecha para servicios dentales?

- Si

#### Referencia dental fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha para evaluación de desarrollo/ análisis?

- Si

#### Referencia de evaluación de desarrollo/análisis fue completada?

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a control de diabetes?

- Si

#### Referencia de control de diabetes fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a intervención de infancia temprana (Parte C, Tiny-K)?

- Si

#### Referencia de intervención de infancia temprana fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación al seguimiento de prueba anormal de Papanicolaou?

- Si

#### Referencia de seguimiento de prueba anormal de Papanicolaou fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a seguimiento de examen clínico de senos?

- Si

#### Referencia de seguimiento de examen clínico de senos fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a audición?

- Si

#### Referencia de Audición fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación al tratamiento del VIH?

- Si

#### Referencia de tratamiento del VIH fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha para vacunas?

- Si

#### Referencia para vacunas fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia MCH/HSV (por programa no-MCH)?

- Si

#### Referencia MCH/HSV fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia para Salud Mental?

- Si

#### Referencia para Salud Mental fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Client Rechazó Servicios
- Si-Client Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha para fuera del Condado MCH/HSV?

- Si

#### Referencia para Fuera del Condado MCH/HSV fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

## KDHE Formulario de Referencia del Programa

### Referencia de cuidado prenatal o educación?

- Si

#### Referencia de cuidado prenatal o educación fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia de atención postparto o educación?

- Si

#### Referencia de atención postparto o educación fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a Salud Reproductiva/Planeación Familiar?

- Si

#### Referencia de Salud Reproductiva/ Planeación Familiar fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Suspensión de Fumar: Referencia a la Línea Directa de Kansas para dejar de fumar?

- Si

#### Suspensión de Fumar: Referencia a la Línea Directa de Kansas para dejar de fumar fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Suspensión de Fumar: Referencia a Bebé y Yo Libres de Tabaco?

- Si

#### Suspensión de Fumar: Referencia a Bebé y Yo Libres de Tabaco fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Suspensión de Fumar: Referencia y reducir el tratamiento del embarazo (SCRIPT)

- Si

#### Suspensión de Fumar: Referencia y reducir el tratamiento del embarazo (SCRIPT) fue completada?

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Suspensión de Fumar: Referencia a otro programa?

- Si

#### Suspensión de Fumar: Referencia a otro programa fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a necesidades especiales de salud de KDHE?

- Si

#### Referencia para necesidades especiales de salud de KDHE fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación al habla/lenguaje?

- Si

#### Referencia para habla/lenguaje fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a visión?

- Si

#### Referencia de visión fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

### Referencia hecha en relación a control de peso?

- Si

#### Referencia para control de peso fue completada? (Seleccione uno)

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

## KDHE Formulario de Referencia del Programa

**Referencia para examen físico anual para la Mujer?**

- Si

**Referencia para examen físico anual para la Mujer fue completada?**

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

**Referencia para el WIC?**

- Si

**Referencia para el WIC fue completada? (Seleccione uno)**

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

**Otra referencia médica?**

- Si

**Otra referencia médica fue completada? (Seleccione uno)**

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

**Servicios Sociales**

**Referencia hecha en relación a asistencia en efectivo?**

- Si

**Referencia hecha en relación a subsidio de cuidado infantil?**

- Si

**Referencia hecha en relación a recursos de empleo?**

- Si

**Referencia hecha en relación a Comida/Estampilla de Comida (no WIC)?**

- Si

**Referencia hecha en relación a cobertura de cuidado de salud?**

- Si

**Referencia para cobertura de cuidado de salud fue completada? (Seleccione uno)**

- No
- Si-Cliente Aceptó Servicios
- Si-Cliente Rechazó Servicios
- Si-Cliente Perdió el Seguimiento

**Servicios de Apoyo / Sistemas**

**Referencia hecha en relación a Consejería de Adopción?**

- Si

**Referencia hecha en relación a guardería?**

- Si

**Referencia hecha en relación a ropa?**

- Si

**Referencias de asesoría de paternidad?**

- Si

**Referencia hecha en relación a vivienda?**

- Si

**Referencia de Servicios de Inmigración?**

- Si

**Referencia hecha en relación a asistencia legal?**

- Si

**Referencia hecha en relación a transporte?**

- Si

**Referencia hecha en relación a asistencia para utilidades? Si**

**Referencia hecha en relación a servicios juveniles?**

- Si

**Otra referencia hecha?**

- Si

**Especifique otra referencia:**

---



---



---

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---