

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/HSHV (por programa no-MCH)?

- Si

Referencia MCH/HSHV 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/HSHV?

- Si

Referencia para Fuera del Condado MCH/HSHV 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: _____
