



Families of Children with Abdominal Wall Defects Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:

Parent's Name:

Child's Primary Care Physician:

This is to ensure families of children with Abdominal Wall Defects are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

Classification: Please check the classifications that best describe your child's condition	<input type="checkbox"/> Gastroschisis		<input type="checkbox"/> Gastroschisis- short gut syndrome							
Gestational age at birth	<input type="checkbox"/> 24-28 weeks		<input type="checkbox"/> 29-32 weeks		<input type="checkbox"/> 33-36 weeks		<input type="checkbox"/> 37-40 Weeks			
	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialist & Procedures: Please check the ages when your child received the following.	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Cardiologist (heart doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologist (stomach/intestine doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatric Surgeon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonologist (lung doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registered Dietician (nutrition specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominal Surgery / Bowel Resection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeding interventions: G-Tube/G-J Tube, PICC/Central lines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No	Before birth (prenatal)			At birth (in hospital)		After discharge from hospital		
Genetic Test: Has your child received a Genetic Test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services from any of the following?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Family Voices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visiting Nurse Association (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicaid or SSI / SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Katie Beckett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
First Connections (Home Visiting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avery's Angels Gastroschisis Foundation: On-line	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mothers of Omphalocele: Yahoo/Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Any other Parent Group	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other, please specify:										
Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Children's Neurodevelopment Center (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Early Intervention (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Individual Education Plan (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Occupational Therapy (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physical Therapy (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feeding Therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other, please specify:										
Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in RI.										

Location	Date

Please Return Form to: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908

Code#

Questions or Comments, please contact:
 Donna Lee Houle DonnaLee.Houle@health.ri.gov
 Phone: 401-222-7460 Fax: 401-222-1442
 Revised March 2017



Familias de Niños con Defectos de la Pared Abdominal Encuesta Sobre los Servicios de Salud

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento:.....
 Nombre de los Padres:.....
 Médico de Cabecera del Niño:.....

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con Defectos de la Pared Abdominal estén recibiendo a tiempo los referidos servicios apropiados.

Clasificación: Por favor marque las clasificaciones que mejor describan la condición de su hijo.	<input type="checkbox"/> Gastrosquisis <input type="checkbox"/> Gastrosquisis –síndrome del intestino corto <input type="checkbox"/> Onfalocoele , también llamado exonfalocoele									
Edad gestacional al momento de nacer:	<input type="checkbox"/> 24-28 semanas <input type="checkbox"/> 29-32 semanas <input type="checkbox"/> 33-36 semanas <input type="checkbox"/> 37-40 semanas									
	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Visitas Pediátricas: Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Especialistas & Procedimientos: Por favor marque las edades cuando su hijo visitó o recibió lo siguiente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiólogo (especialista del corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterólogo (especialista del estómago/intestino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirujano pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialista Pulmonar (especialista de los pulmones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietista registrado (especialista en nutrición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirujano abdominal/intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones Alimenticias: Tubo gástrico/Tubo G-J PICC/Líneas centrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	Antes de nacer (prenatal)			Al nacer (en el hospital)		Después de salir del hospital		
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Apoyo a los Padres: ¿Lo refirieron y/o recibió usted algunos de los siguientes servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Katie Beckett"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fundación en línea de Ángeles de Avery Gastrosquisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mother of Omphalocele Support Group: Yahoo/Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cualquier otro Grupo de Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:										
Servicios de Educación y Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Física (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:										
Por favor, díganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no están mencionados en esta encuesta. Le agradecemos su participación ya que nos ayudará a manejar las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.										

Lugar	Fecha

Devuelva este formulario a: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill- Room 407
 Providence, RI 02908

Para preguntas y comentarios contacte a:
 Carmen Boucher
Carmen.Boucher@health.ri.gov
 Tel: 401- 222-5926
 Fax: 401-222-1442

Revisado en Marzo 2017

Code #



Families of Children with Craniofacial Diagnosis Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:.....
 Parent's Name:.....
 Child's Primary Care Physician:.....

This is to ensure families of children with a Craniofacial Diagnosis are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

Classification: Please check the appropriate classifications that best describe your child's condition.	<input type="checkbox"/> Cleft Lip and Palate <input type="checkbox"/> Cleft Lip Only <input type="checkbox"/> Cleft Palate Only <input type="checkbox"/> Other: _____									
	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surgery, Tests, and Procedures: Please check the ages when your child received the following.	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Audiologist (hearing specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENT- (ear, nose, throat specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologist (eye specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral Maxillofacial Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastic Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No	Before birth (prenatal)			At birth (in hospital)		After discharge from hospital		
Genetic Test: Has your child received a Genetic Test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services (e.g. family support groups, home visits, outreach services) from any of the following?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family Voices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiting Nurse Association (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid, or SSI/SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katie Beckett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
First Connections (Home Visiting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any other Parent Group	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:										
Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Children's Neurodevelopment Center (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Early Intervention (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individual Education Plan (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupational Therapy (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical Therapy (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speech Therapy (SLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:										
Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in Rhode Island.										

Location	Date

Please Return Form to: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Room 407
 Providence, RI 02908

Code#

Questions or Comments, please contact:
 Donna Lee Houle
 Phone: 401-222-7460 Fax: 401-222-1442
 DonnaLee.Houle@health.ri.gov
 Revised March 2017



Familias de Niños con Diagnóstico Craneofacial Encuesta Sobre Servicios del Cuidado de la Salud

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento del Niño:

Nombre de los Padres:

Médico de Cabecera del Niño:

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con Diagnóstico Craneofacial están recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

Clasificación: Por favor marque las clasificaciones apropiadas que mejor describan la condición de su hijo.	<input type="checkbox"/> Labio y Paladar Partidos <input type="checkbox"/> Solamente Labio Partido <input type="checkbox"/> Solamente Paladar Hendido <input type="checkbox"/> Otros Diagnósticos:									
	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Visitas Pediátricas: Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías, Exámenes y Procedimientos: Por favor marque las edades cuando su hijo recibió lo siguiente:	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Audiología (Especialista de audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringólogo (especialista en oídos, nariz, y garganta, "ENT" por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmólogo (Especialista de ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía Maxilofacial Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	Antes de Nacer (prenatal)			Al Nacer (en el hospital)		Después de salir del hospital		
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuando? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuando? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo a los Padres: ¿Fue usted referido y/o recibió servicios (por ejemplo: grupos de apoyo a familias, visitas a domicilio, servicios de alcance en la comunidad) para cualquiera de los siguientes?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Medicaid", o "SSI/SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Katie Beckett"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cualquier otro Grupo de Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:										
Servicios Educativos y Para el Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Física (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia del Habla (SLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Cedar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:										
Por favor, digan cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no estén mencionados en esta encuesta. Le agradecemos mucho su participación ya que nos ayudará a manejar las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.										

Lugar	Fecha

Por favor devuelva esta encuesta a: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Room 407
 Providence, RI 02908

Code#

Preguntas o Comentarios, por favor contacte a:
 Carmen Boucher
 Teléfono: 401-222-5926 Fax: 401-222-1442
 Carmen.Boucher@health.ri.gov
 Revisado en Marzo 2017



Families of Children with Critical Congenital Heart Disease Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:
 Parent's Name:
 Child's Primary Care Physician:

This is to ensure families of children with a Critical Congenital Heart Disease are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

Classification: Please check the classifications that best describe your child's condition.	<input type="checkbox"/> Hypoplastic Left Heart Syndrome <input type="checkbox"/> Transposition of the Great Arteries <input type="checkbox"/> Total Anomalous Pulmonary Venous Return <input type="checkbox"/> Pulmonary Atresia (w/intact septum) <input type="checkbox"/> Coarctation of Aorta <input type="checkbox"/> Double outlet right ventricle	<input type="checkbox"/> Tetralogy of Fallot <input type="checkbox"/> Tricuspid Atresia <input type="checkbox"/> Truncus Arteriosus <input type="checkbox"/> Single Ventricle <input type="checkbox"/> Ebstein Anomaly <input type="checkbox"/> Interrupted Aortic Arch																											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Has Not Received</th> <th style="width: 10%;">0-3 mos</th> <th style="width: 10%;">4-6 mos</th> <th style="width: 10%;">7-12 mos</th> <th style="width: 10%;">13-18 mos</th> <th style="width: 10%;">19-24 mos</th> <th style="width: 10%;">2 yrs</th> <th style="width: 10%;">3 yrs</th> <th style="width: 10%;">4+ yrs</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Surgeries, Tests, & Procedures: Please check the ages when your child received the following.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Has Not Received</th> <th style="width: 10%;">0-3 mos</th> <th style="width: 10%;">4-6 mos</th> <th style="width: 10%;">7-12 mos</th> <th style="width: 10%;">13-18 mos</th> <th style="width: 10%;">19-24 mos</th> <th style="width: 10%;">2 yrs</th> <th style="width: 10%;">3 yrs</th> <th style="width: 10%;">4+ yrs</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pediatric cardiologist (heart doctor) Cardiac catheterization Echocardiogram (heart ultrasound) Heart Surgery	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Yes	No	Before birth (prenatal)			At birth (in hospital)		After discharge from hospital																					
Genetic Test: Has your child received a Genetic Test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services from any of the following?	Referred?			Received?			Was it Helpful?																						
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure																				
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN) Family Voices Visiting Nurse Association (VNA) Medicaid or SSI / SSDI Katie Beckett First Connections (Home Visiting) Mended <i>Little</i> Hearts of RI Any other Parent Group Other, please specify:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?			Received?			Was it Helpful?																						
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure																				
Children's Neurodevelopment Center (CNDC) Early Intervention (EI) Individual Education Plan (IEP) Occupational Therapy (OT) Physical Therapy (PT) Speech Therapy (SLP) Cedar Other, please specify:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in RI.																													

Location	Date

Please Return Form to: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908

Questions or Comments, please contact:
 Donna Lee Houle
 Phone: 401-222-7460
 Revised March 2017

DonnaLee.Houle@health.ri.gov
 Fax: 401-222-1442

Code#



Familias de Niños con Enfermedades Hereditarias Graves del Corazón Encuesta Sobre los Servicios de Salud

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento:.....
 Nombre de los Padres:.....
 Médico de Cabecera del Niño:.....

Esta encuesta es para asegurar que las familias de niños con Enfermedades Hereditarias Graves del Corazón
están recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

Clasificación: Por favor marque las clasificaciones que mejor describan la condición de su hijo.	<input type="checkbox"/> Síndrome de Hipoplasia del Ventrículo Izquierdo <input type="checkbox"/> Tetralogía de Fallot <input type="checkbox"/> Transposición de las Arterias Grandes <input type="checkbox"/> Atresia Tricúspide <input type="checkbox"/> Regreso total anómalo de la Vena Pulmonar <input type="checkbox"/> Tronco Arterioso <input type="checkbox"/> Atresia Pulmonar (con tabique ventricular intacto) <input type="checkbox"/> Ventrículo Unico <input type="checkbox"/> Estrechamiento de la Aorta <input type="checkbox"/> Anomalia de Ebstein <input type="checkbox"/> Doble Salida Ventricular Derecha <input type="checkbox"/> Arco Aortico Interrumpido
	No lo ha visitado 0-3m 4-6m 7-12m 13-18m 19-24m 2 años 3 años 4 años + No está Seguro
Visitas Pediátricas: Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cirugías, Exámenes & Procedimientos: Por favor marque las edades cuando su hijo recibió lo siguiente:	No lo ha visitado 0-3m 4-6m 7-12m 13-18m 19-24m 2 años 3 años 4 años + No está Seguro
Cardiólogo Pediátrico (especialista del corazón)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cateterismo Cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ecocardiograma (Ultrasonido del corazón)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cirugía del Corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí No Antes de nacer (prenatal) Al nacer (en el hospital) Después de salir del hospital
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apoyo a los Padres: ¿Lo refirieron y/o recibió usted algunos de los siguientes servicios?	¿Fue referido? ¿Recibió algún servicio? ¿Le sirvió de ayuda?
	Sí No No está Seguro Sí No No está Seguro Sí No No está Seguro
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
"Katie Beckett"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pequeños corazones reparados de RI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cualquier otro grupo de padres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:	
Servicios de Educación y Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido? ¿Recibió algún servicio? ¿Le sirvió de ayuda?
	Sí No No está Seguro Sí No No está Seguro Sí No No está Seguro
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Terapia Física (PT)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Terapia del Habla (SLP)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:	
Por favor, díganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no están mencionados en esta encuesta. Le agradecemos su participación ya que nos ayudará a manejar las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.	

Lugar	Fecha

Devuelva este formulario a:
 Donna Lee Houle
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill- Room 407
 Providence, RI 02908

Para preguntas y comentarios contacte a:
 Carmen Boucher Revisado en
Carmen.Boucher@health.ri.gov Marzo 2017
 Tel: 401- 222-5926
 Fax: 401-222-1442

Code#



Families of Children with Down Syndrome Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:
 Parent's Name:
 Child's Primary Care Physician:

This is to ensure families of children with Down Syndrome are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testing: Please check the ages when your child received the following tests.	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Audiologist (hearing specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologist (eye specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiac Testing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Echocardiogram (Ultrasound)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck (Cervical Spine) X-Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid Testing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes	No	Before birth (prenatal)	At birth (in hospital)	After discharge from hospital
Genetic Test: Has your child received a GeneticTest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services (e.g. family support groups, home visits, outreach services) from any of the following?	Referred?			Received?			Was it Helpful?		
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family Voices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiting Nurse Association (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid or SSI / SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katie Beckett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paul V. Sherlock Center on Disabilities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Down Syndrome Society	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any other Parent Group	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:									

Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?			Received?			Was it Helpful?		
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure
Children's Neurodevelopment Center (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Early Intervention (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individual Education Plan (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupational Therapy (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical Therapy (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speech Therapy (SLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:									

Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in Rhode Island.

Location	Date

Please Return Form to: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Room 407
 Providence, RI 02908

Code#

Questions or Comments, please contact:
 Donna Lee Houle
 Phone: 401-222-7460 Fax: 401-222-1442
 DonnaLee.Houle@health.ri.gov
 Revised March 2017

Familias de Niños con Síndrome de Down Encuesta Sobre Servicios de Cuidados de la Salud



Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento del Niño:

Nombre de los Padres:

Médico de Cabecera del Niño:

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con Síndrome de Down están recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro	
Visitas Pediátricas: Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pruebas: Por favor marque las edades cuando le hicieron a su hijo las siguientes pruebas.	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro	
Audiología (Especialista de audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oftalmólogo (Especialista de ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prueba Celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecocardiograma (Ultrasonido del corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiografía del Cuello (Espina Cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prueba de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sí	No	Antes de Nacer (prenatal)			Al Nacer (en el hospital)		Después de salir del hospital			
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
			(marque todo lo que aplique)								
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
			(marque todo lo que aplique)								
Apoyo a los Padres: ¿Fue usted referido y/o recibió servicios (por ejemplo: grupos de apoyo a familias, visitas a domicilio, servicios de alcance en la comunidad) para cualquiera de los siguientes?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?				
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro		
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Katie Beckett"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Centro de Impedimentos Paul V. Sherlock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sociedad de Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cualquier otro Grupo de Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:											
Servicios Educativos y Para el Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?				
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro		
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Física (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia del Habla (SLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Cedar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:											
Por favor, díganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no están mencionados en esta encuesta. Le agradecemos su participación ya que nos ayudará a manejar las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.											

Lugar	Fecha

Por favor devuelva esta encuesta a: Donna Lee Houle
Rhode Island Department of Health
Center for Health Data & Analysis
3 Capitol Hill, Room 407
Providence, RI 02908

Code#

Preguntas o Comentarios, por favor contacte:
Carmen Boucher
Tel: 401-222-5926 Fax: 401-222-1442
Carmen.Boucher@health.ri.gov
Revisado en Marzo 2017



Families of Children with Hearing Loss Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:

Parent's Name:

Child's Primary Care Physician:

This is to ensure families of children with a Hearing Loss are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

Classification: Please check the appropriate classifications that best describe your child's condition.	<input type="checkbox"/> Permanent Conductive Hearing Loss <input type="checkbox"/> Transient Conductive Hearing Loss <input type="checkbox"/> Sensorineural Hearing Loss (both ears) <input type="checkbox"/> Sensorineural Hearing Loss (single) <input type="checkbox"/> Auditory Neuropathy	
	Has Not Received	Not Sure
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	0-3m	4-6 m
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	7-12m	13-18 m
Specialist & Procedures: Please check the ages when your child received the following.	19-24m	2yr
Audiologist (hearing specialist)	3yr	4+ yr
ENT (ear, nose, throat specialist)	Sure	
Auditory Brainstem Response (ABR)		
<input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Cochlear Implants		
Hearing Screening/ Rescreening		
MRI/CAT scan		
Tympanometry (middle ear test)		
	Yes	No
Genetic Test: Has your child received a Genetic Test?	Before birth (prenatal)	At birth (in hospital)
	After discharge from hospital	
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	If yes, when? (check all that apply)	
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services (e.g. family support groups, home visits, outreach services) from any of the following?	Referred?	Received?
	Was it Helpful?	
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN)	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Family Voices	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Visiting Nurse Association (VNA)	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Medicaid or SSI/SSDI	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
First Connections	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Peer to Peer Connections Support Group-RIPIN	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Hands and Voices of RI	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
RI Early Hearing Detection and Intervention Resource Specialist	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Other, please specify:		
Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?	Received?
	Was it Helpful?	
Children's Neurodevelopment Center (CNDC)	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Neo-natal Follow up Clinic	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Early Intervention (EI)	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Individual Education Plan (IEP)	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Occupational Therapy (OT)	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
<input type="checkbox"/> Speech Therapy (SLP) <input type="checkbox"/> American Sign Language	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Cedar	Yes No Not Sure	Yes No Not Sure
Other, please specify:		
Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in Rhode Island.		

Location	Date

Please Return Form to: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Room 407
 Providence, RI 02908

Code #

Questions or Comments, please contact:
 Donna Lee Houle
 Phone: 401-222-7460 Fax: 401-222-1442
 DonnaLee.Houle@health.ri.gov
 June 2023



**Familias de Niños con Pérdida de Audición
Encuesta Sobre Servicios de Cuidados de la Salud**

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento del Niño:

Nombre de los Padres:

Médico de Cabecera del Niño:

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con pérdida de audición, estén recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

Clasificación: Por favor marque las clasificaciones apropiadas que mejor describan la condición de su hijo.	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición conductiva permanente <input type="checkbox"/> Pérdida de audición conductiva temporal <input type="checkbox"/> Pérdida de audición neurosensorial (ambos oídos) <input type="checkbox"/> Pérdida de audición neurosensorial (un solo oído) <input type="checkbox"/> Neuropatía auditiva									
Visitas Pediátricas:	No lo ha Recibido	3-6 meses	4-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	19-24 meses	2 años	3 años	4 años +	No está seguro
Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialistas & Procedimientos: Por favor marque las edades cuando su hijo recibió lo siguiente:	No lo ha Recibido	3-6 meses	4-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	19-24 meses	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Audiología (Especialista de audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringólogo (especialista en oídos, nariz, y garganta, "ENT" por sus siglas en ingles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respuesta auditiva del tronco cerebral (ABR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Implantes cocleares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de audición/repetición de la prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de resonancia magnética (MRI/CAT scan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba del oído medio (Timpanometría)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	Antes de Nacer (prenatal)			Al Nacer (en el hospital)		Después de salir del hospital		
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuando? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuando? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo a los Padres: ¿Fue usted referido y/o recibió servicios (por ejemplo: grupos de apoyo a familias, visitas a domicilio, servicios de alcance en la comunidad) para cualquiera de los siguientes?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociación de Enfermeras Para Visitas a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo de apoyo, Conexiones entre compañeros- RIPIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manos y voces de RI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialista en recursos de detección e intervención temprana de la audición en RI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:										
Servicios Educativos y Para el Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínica de seguimiento neo-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia del Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:										
Por favor, díganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no estén mencionadas en esta encuesta. Le agradecemos su participación ya que nos ayudará a ocuparnos de las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.										

Lugar	Fecha

Por favor devuelva esta encuesta a: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Room 407
 Providence, RI 02908

Code#

Preguntas o Comentarios, por favor contacte a:
 Crismilda Fexas
 fexas@ripin.org
 Teléfono: 401-270-0101 ext. 106
 Fax: 401-270-7049 Revisado en Junio 2023



Families of Children with Microcephaly/Central Nervous System Disorders Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:.....
 Parent's Name:.....
 Child's Primary Care Physician:.....

This is to ensure families of children with Microcephaly/CNS disorders are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surgeries, Tests, & Procedures: Please check the ages when your child received the following.	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Audiologist (hearing specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologist (eye doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopedist (bone/joint doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electroencephalography (EEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI/CAT scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No	Before birth (prenatal)			At birth (in hospital)		After discharge from hospital		
Genetic Test: Has your child received a Genetic Test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services from any of the following?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family Voices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiting Nurse Association (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid or SSI / SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katie Beckett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
First Connections (Home Visiting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matty Project (epilepsy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peer to Peer Connections Support Group: RIPIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any other Parent Group	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:										
Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Children's Neurodevelopment Center (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Early Intervention (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individual Education Plan (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupational Therapy (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical Therapy (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speech Therapy (SLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeding Therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:										
Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in RI.										

Location	Date	Please Return Form to: Donna Lee Houle Rhode Island Department of Health Center for Health Data & Analysis 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Code#</div>	Questions or Comments, please contact: Donna Lee Houle Phone: 401-222-7460 March 2017	DonnaLee.Houle@health.ri.gov Fax: 401-222-1442
-----------------	-------------	---	--	---	---



Familias de Niños con Microcefalia/Trastornos del Sistema Nervioso Central (CNS) Encuesta Sobre los Servicios de Salud

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento:.....

Nombre de los Padres:.....

Médico de Cabecera del Niño.....

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con Microcefalia/CNS trastornos estén recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro		
Visitas Pediátricas: Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugías, Exámenes & Procedimientos: Por favor marque las edades cuando su hijo visitó o recibió lo siguiente:	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro		
Audiología (Especialista de audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neurólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oftalmólogo (especialista de ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ortopedista (especialista de huesos y coyunturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Electroencefalograma (EEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Resonancia magnética (MRI/CAT scan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ultrasonido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sí	No	Antes de nacer (prenatal)			Al nacer (en el hospital)		Después de salir del hospital				
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Apoyo a los Padres: ¿Lo refirieron y/o recibió usted algunos de los siguientes servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?					
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí		
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Katie Beckett"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyecto "Matty" (para epilépticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo de apoyo, Conexiones entre compañeros- RIPIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier otro Grupo de apoyo a Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:												
Servicios de Educación y Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?					
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí		
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Física (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia del Habla (SLP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:												
Por favor, diganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no están mencionados en esta encuesta. Le agradecemos su participación, ya que nos ayudará a identificar las necesidades que en un futuro tengan las familias v niños en Rhode Island.												

Lugar	Fecha

Devuelva este formulario a: Donna Lee Houle
Rhode Island Department of Health
Center for Health Data & Analysis
3 Capitol Hill- Room 407
Providence, RI 02908

Para preguntas y comentarios contacte a:
Carmen Boucher
Carmen.Boucher@health.ri.gov
Tel: 401- 222-2107
Fax: 401-222-1442

Marzo 2017

Code #



Families of Children with Spina Bifida Survey of Healthcare Services

Child's Name: Child's Date of Birth:

Parent's Name:

Child's Primary Care Physician:

This is to ensure families of children with Spina Bifida are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

Classification: Please check the classifications that best describe your child's condition.	<input type="checkbox"/> Spina Bifida <input type="checkbox"/> Spina Bifida with hydrocephalus									
	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Pediatric Visits: Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritional Information: Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surgeries, Tests, & Procedures: Please check the ages when your child received the following.	Has Not Received	0-3 mos	4-6 mos	7-12 mos	13-18 mos	19-24 mos	2 yrs	3 yrs	4+ yrs	Not Sure
Audiologist (hearing specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Developmental Pediatrics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologist (stomach/intestine specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologist (eye specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopedist (bone/joint specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spina Bifida Clinic Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologist (kidney/bladder specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck / Spine / Hip X-Rays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurological Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No	Before birth (prenatal)			At birth (in hospital)		After discharge from hospital		
Genetic Test: Has your child received a Genetic Test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, when? (check all that apply)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services from any of the following?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Rhode Island Parent Information Network (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family Voices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiting Nurse Association (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid or SSI / SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katie Beckett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
First Connections (Home Visiting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spina Bifida Support Group	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any other Parent Group	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:										
Developmental & Educational Services: Was your child referred to and/or has he or she received any of these services?	Referred?			Received?			Was it Helpful?			
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	
Children's Neurodevelopment Center (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Early Intervention (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individual Education Plan (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupational Therapy (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical Therapy (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:										
Please share with us any additional information about the services provided to your child and family. Include any specialists, services or other conditions not mentioned in this survey. Your participation is greatly appreciated and will help us to address future needs for families and children in RI.										

Location	Date

Please Return Form to: Donna Lee Houle
 Rhode Island Department of Health
 Center for Health Data & Analysis
 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908

Questions or Comments, please contact:
 Donna Lee Houle DonnaLee.Houle@health.ri.gov
 Phone: 401-222-7460 Fax: 401-222-1442
 Revised March 2017

Code#



Familias de Niños con Espina Bífida Encuesta Sobre los Servicios de Salud

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento:.....

Nombre de los Padres:.....

Médico de Cabecera del Niño:.....

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con Espina Bífida están recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

Clasificación: Por favor marque las clasificaciones que mejor describan la condición de su hijo.	<input type="checkbox"/> Espina Bífida <input type="checkbox"/> Espina Bífida con hidrocefalia									
	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Visitas Pediátricas: Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información Nutricional: Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías, Exámenes & Procedimientos: Por favor marque las edades cuando su hijo recibió lo siguiente:	No lo ha visitado	0-3m	4-6m	7-12m	13-18m	19-24m	2 años	3 años	4 años +	No está Seguro
Audiología (Especialista en audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo Pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterólogo (especialista del estómago/intestino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmólogo (Especialista de ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedista (especialista de huesos y coyunturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo Clínico de Espina Bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urólogo (especialista riñón y vejiga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografía del Cuello / Espina/ Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	Antes de nacer (prenatal)			Al nacer (en el hospital)		Después de salir del hospital		
Pruebas genéticas: ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Consejería Genética: ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, ¿Cuándo? (marque todo lo que aplique)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Apoyo a los Padres: ¿Lo refirieron y/o recibió usted algunos de los siguientes servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Red de Información Para los Padres en Rhode Island (RIPIN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Katie Beckett"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo de Apoyo a Personas con Espina Bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier otro Grupo de Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:										
Servicios de Educación y Desarrollo: ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	¿Fue referido?			¿Recibió algún servicio?			¿Le sirvió de ayuda?			
	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	Sí	No	No está Seguro	
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Física (PT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, por favor especifique:										
Por favor, díganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no están mencionados en esta encuesta. Le agradecemos su participación ya que nos ayudará a manejar las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.										

Lugar	Fecha

Devuelva este formulario a: Donna Lee Houle
Rhode Island Department of Health
Center for Health Data & Analysis
3 Capitol Hill- Room 407
Providence, RI 02908

Para preguntas y comentarios contacte a:
Carmen Boucher
Carmen.Boucher@health.ri.gov
Tel: 401- 222-5926
Fax: 401-222-1442

Revisado en
Marzo 2017

Code #