

Encuesta de CCS Para Familias

Introducción

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Estamos interesados en sus opiniones acerca de Servicios para Niños de California (CCS) y lo bien que está cumpliendo con las necesidades de su hijo. Esta información ayudará a determinar cuáles deberían ser las prioridades para el programa CCS para los próximos 5 años. Todas sus respuestas son anónimas y podrá saltarse cualquier pregunta (s) que usted no desea responder.

Servicios para Niños de California (CCS) es un programa estatal que cubre el costo del tratamiento de ciertas enfermedades, limitaciones físicas o problemas crónicos de salud en los niños que son financieramente elegibles para estos servicios. El programa CCS también dirige el Programa de Terapia Médica, que ofrece tratamiento médico (como terapia ocupacional, física y terapia del lenguaje para niños con una condición elegible para CCS-programa. El CCS cubre a los niños con problemas como:

- Cardiopatía congénita
- Cánceres, y tumores
- La hemofilia, la anemia de células falciformes
- Problemas de tiroides, diabetes
- Problemas graves crónicos de riñón
- Enfermedades del hígado o el intestino
- Labio leporino o paladar hendido, espina bífida,
- Pérdida de audición, cataratas
- Parálisis cerebral, convulsiones incontroladas
- La artritis reumatoide, distrofia muscular
- SIDA
- Lesiones Graves en la cabeza, el cerebro o lesiones de la médula espinal, quemaduras graves
- Los problemas causados por el nacimiento prematuro
- Dientes muy torcidos

[If you prefer to take the survey in English, click here](#)

1. ¿Tiene usted un niño que ha sido cubierto por CCS?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

2. En caso afirmativo, ¿esta su hijo actualmente cubierto por CCS?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Encuesta de CCS Para Familias

3. ¿Tiene niños que han recibido tratamiento o servicios de un proveedor de CCS o a través del programa CCS?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

NOTA: Para todas las preguntas en esta encuesta, cuando le preguntamos acerca de su hijo, estamos preguntando por su hijo que es o fue cubierto por CCS.

4. ¿Qué servicios cubre y paga para su hijo el de Servicios para Niños de California (CCS) ? Por favor, marque todas las que se aplican.

- a. Los servicios de terapia, como la terapia física (PT), la terapia ocupacional (OT), o terapia del habla
- b. El equipo médico durable, tales como muletas, andadores, ventilador s, dispositivos de comunicación, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, etc
- c. suministros médicos desechables, como guantes, gasas, pañales, etc
- d. la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados
- e. Consultas médicas
- f. Los medicamentos recetados
- g. ayuda para llegar a sus citas médicas y la terapia
- h. atención de salud en el hogar, tales como el cuidado de enfermería, salud en el hogar ai d
- i. audífonos
- j. Otro (Por favor describa debajo)
- k. No sé / No estoy seguro

Otro (Por favor describa)

Acceso a los Servicios, suministros o equipos

En la primera sección, estamos interesados en sus experiencias accediendo servicios, suministros y equipo para su hijo.

NOTA: Para todas las preguntas en esta encuesta, cuando le preguntamos acerca de su hijo, estamos preguntando por su hijo que es o fue cubierto por CCS.

Encuesta de CCS Para Familias

5. ¿Tiene su niño un proveedor de atención primaria, es decir, un médico, enfermera o asistente médico, que proporciona a su hijo cuidado médico continuo y de bienestar?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

6. ¿Cree que su proveedor de atención primaria tiene la habilidad y la experiencia que se necesita para cuidar a su hijo?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

No se aplica - Mi hijo no tiene un médico de cabecera

7. ¿Qué tipo de médico u otro proveedor de cuidado de la salud es más importante para el cuidado de su hijo ahora? Marque sólo una.

médico de atención primaria (tales como un pediatra o médico de medicina familiar)

Médico especialista

Otro proveedor de cuidado de la salud

No sé / No estoy seguro

Médico más importante para el cuidado de su hijo

8. ¿Qué tipo de especialista u otro proveedor de cuidado de la salud es más importante que su hijo ahora?

Acceso a los Servicios, suministros o equipos

Encuesta de CCS Para Familias

9. ¿Qué tan bien este médico u otro proveedor de cuidado de la salud de su hijo esta haciendo en ...

	Excelente	Bueno	Aceptable	Pobre	No sé / No estoy seguro	No se aplica
a. En general, proporcionar atención de calidad?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
b. Explica sobre la salud de mi hijo de una manera que yo pueda entender?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
c. Es fácil de contactar por teléfono?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
d. Esta disponible para prestar asistencia médica o el asesoramiento en la noche y los fines de semana?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
e. Dándome consuelo y apoyo?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
f. Es de fácil acceso en caso de emergencia?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
g. Considera a mi familia en la toma de decisiones y la planificación y Dándome información actualizada sobre la investigación médica que podría ayudar a mi hijo?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
h. mostrar respeto para mi hijo?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
i. El respeto de nuestra cultura, identidad étnica y creencias religiosas?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
j. La comunicación con otros proveedores de salud de mi hijo de atención?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
k. La comunicación con la escuela de mi hijo o programa de intervención temprana - tal vez se combinan con la de abajo?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
l. La comunicación con otros sistemas que proporcionan servicios a mi hijo (no incluyendo la escuela)?	ja	ja	ja	ja	ja	ja
m. La comunicación con seguro de mi hijo el personal del plan de salud?	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Acceso a los Servicios, suministros o equipos

NOTA: Para todas las preguntas en esta encuesta, cuando le preguntamos acerca de su hijo, estamos preguntando por su hijo que es o fue cubierto por CCS.

Encuesta de CCS Para Familias

10. Un proveedor de atención primaria es un médico (por ejemplo, un pediatra o médico de familia), enfermera o asistente médico, que proporciona a su hijo médica continua y bien cuidado de niños. En los últimos 12 meses, ¿tiene problemas para médicos atención de los *proveedores de atención primaria* de que su hijo necesita?

- Mi hijo no necesitaba los servicios de los proveedores de atención primaria
- Mi hijo necesita servicios de los proveedores de atención primaria y no tuvimos problemas con ellos
- Mi hijo necesita servicios de los proveedores de atención primaria y hemos tenido algunos problemas con ellos
- Mi hijo necesita servicios de los proveedores de atención primaria y hemos tenido un muchos problemas con ellos.

Problemas recibiendo servicios de los proveedores de atención primaria

11. Si usted ha tenido problemas en los últimos 12 meses recibiendo servicios de su hijo necesitan de los proveedores de atención primaria, por favor díganos sobre estos problemas. Marque todo lo que corresponda ...

- Conseguir citas con los proveedores de atención primaria es un problema.
- Encontrar proveedores de atención primaria con la habilidad y experiencia para cuidar a mi hijo era un problema.
- Coordinación entre los proveedores de atención primaria de mi hijo y de especialidad médicos y otros proveedores era un problema.
- La cantidad que tenía que pagar por los servicios de los proveedores de atención primaria es un problema.
- El plan de seguro de salud no pagar por los servicios de atención primaria de proveedores de servicios médicos
- Mi hijo necesita, pero no recibio los servicios de los proveedores de atención primaria
- Otros problemas (Por favor explique debajo)
- No se aplica - Mi hijo no necesitaba los servicios de los proveedores de atención primaria
- No se aplica - No tuvimos problemas con recibiendo servicios de los proveedores de atención primaria

Otros problemas - Por favor explique

Acceso a médicos especialistas

Encuesta de CCS Para Familias

12. Un médico especialista es un médico o enfermera que recibe capacitación adicional y se convierte en un experto en una parte del cuerpo o en una enfermedad o condición (por ejemplo, un cardiólogo (médico del corazón), un oncólogo (médico especializado en cáncer), un ortopedista (un médico de hueso), un neurólogo (médico del cerebro). En los últimos 12 meses, ¿usted tiene problemas para conseguir atención médica de médicos especialistas que su hijo necesita? In the last 12 months, did you have any problems getting medical care from *specialty doctors* that your child needed?

- Mi hijo no necesitaba los servicios de médicos especialistas
- Mi hijo necesita servicios de médicos especialistas y no tuvimos problemas para encontrar a ellos
- Mi hijo necesita servicios de médicos especialistas y hemos tenido algunos problemas encontrando a ellos.
- Mi hijo necesita servicios de médicos especialistas y hemos tenido un muchos problemas con ellos.

Acceso a médicos especialistas

13. Si usted ha tenido problemas en los últimos 12 meses recibiendo servicios de su niño necesita de los médicos de especialidad, por favor díganos acerca de estos problemas. Marque todo lo que corresponda ...

- Como referencias para obtener servicios de médicos especialistas es un problema.
- Conseguir citas con médicos especialistas es un problema.
- Búsqueda de médicos especialistas con la habilidad y experiencia para cuidar a mi hijo era un problema.
- Obtener el número de visitas de los médicos de especialidades para satisfacer las necesidades de mi hijo era un problema.
- La coordinación entre los médicos especialistas de mi hijo y otros proveedores era un problema.
- La cantidad que tenía que pagar por los servicios de médicos especialistas es un problema.
- El plan de seguro de salud no pagar por los servicios de médicos especialistas.
- Mi hijo necesita, pero no pudo obtener servicios de médicos especialistas
- Otros problemas (Por favor explique debajo)
- No se aplica - Mi hijo no necesitaba los servicios de médicos especialistas
- No se aplica - No tuvimos problemas con recibiendo servicios de médicos especialistas.

Otros problemas - Por favor explique

Encuesta de CCS Para Familias

Acceso a médicos y la sala de emergencias

14. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que llevar a su hijo a la sala de emergencias de un hospital para un problema o enfermedad que usted piensa que podría haber sido atendidos por el proveedor de cuidado de la salud de su hijo si había sido capaz de hablar o ver el proveedor de antes?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

La sala de emergencias

15. (En caso afirmativo), ¿Cuántas veces tuvo que llevar a su hijo a la sala de urgencias del hospital porque no podía ver o hablar con su hijo al médico antes? (Indique un número)

Servicios de Interpretación

16. Un intérprete es alguien que repite lo que una persona dice en un idioma utilizado por otra persona.

Durante los últimos 12 meses, ¿usted o su hijo necesita un intérprete para hablar con los médicos de su hijo u otros proveedores de atención de salud?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Servicios de Interpretación

Encuesta de CCS Para Familias

17. Cuando usted o su hijo necesita un intérprete, ¿con qué frecuencia fue capaz de conseguir a alguien que no sea un miembro de la familia para poder hablar con los médicos de su hijo o de otros proveedores de atención de salud?

- Nunca
- Algunas veces
- Normalmente
- Siempre
- No sé / No estoy seguro

18. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos de su hijo u otros proveedores de atención de la salud ayudará a sentirse como un socio en el cuidado de su hijo? Diría que nunca, a veces, generalmente o siempre?

- Nunca
- Algunas veces
- Normalmente
- Siempre
- No sé / No estoy seguro

Acceso a los Servicios, suministros o equipos

19. En los últimos 12 meses, ¿su hijo ...?

	<u>Sí</u> , mi hijo recibió el servicio y estamos satisfechos	<u>Sí</u> , mi hijo recibió el servicio y estamos satisfechos	<u>Sí</u> , mi hijo necesita, pero no recibí el servicio	<u>No</u> , mi hijo no necesitaba el servicio	No sé / No estoy seguro
a. El cuidado dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Suministros médicos desechables - como catéteres, gasas, pañales, jeringas, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. El equipo médico durable y tecnología médica -, como audífonos, sillas de ruedas, ventiladores, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. En los servicios de ayuda a domicilio (IHSS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. El cuidado de relevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Encuesta de CCS Para Familias

20. Durante los últimos 24 meses, ¿hubo algún retraso en su hijo recibiendo todos los suministros médicos (por ejemplo, las sondas, gasas, pañales, jeringas, etc), que (él / ella) necesita?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro
- No se aplica - Mi hijo no necesitaba suministros médicos

21. Su hijo alguna vez tuvo que esperar para salir del hospital a causa de problemas para que el equipo médico?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro
- No se aplica - Mi hijo no tenía necesidad médica cuando él / ella salió del hospital
- No se aplica – Mi hijo no ha estado en el hospital.

22. Durante los últimos 24 meses, ¿hubo algún retraso en para recibir dispositivos de movilidad, tales como bastones, muletas, sillas de ruedas o scooter?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro
- No se aplica – Mi hijo no necesita dispositivos de movilidad

23. Si su hijo tuvo demoras en conseguir ayuda para los dispositivos de movilidad, tales como bastones, muletas, sillas de ruedas, scooters, cuando los recibio fueron todavía el tamaño correcto cuando llegaron?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro
- No se aplica – mi hijo no ha recibido ayuda de dispositivos de movilidad

Organización de los servicios y el tratamiento del niño en su totalidad

Encuesta de CCS Para Familias

La siguiente sección le pregunta sobre su opinión sobre cómo están organizados los servicios que necesita su hijo.

24. Pensando en los servicios que necesita su hijo, son los servicios organizados de una manera fácil de usar?

- Siempre
- Normalmente
- Algunas veces
- Nunca
- No sé / No estoy seguro

25. Pensando en los servicios que necesita su hijo, sería más fácil para usted y su niño si CCS cubierto la totalidad de los servicios médicos y la terapia que necesita su hijo, en lugar de los servicios médicos y la terapia que solo están relacionados con la condición elegible para CCS?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro

26. Durante el tiempo que su hijo estaba cubierto por CCS, ¿alguna vez pasar de un condado a otro condado en California?

- Sí
- No

Experiencias en diferentes condados

27. ¿Que mejor describe su experiencia con CCS en diferentes condados de California?

- Mi hijo era elegible para obtener los mismos servicios en ambos condados
- Hay algunos servicios que mi hijo era elegible para en un condado, pero no el otro condado

Encuesta de CCS Para Familias

28. Si su hijo NO era elegible para ciertos servicios después de mudarse a un nuevo condado, ha tenido su niño alguna vez recibir los servicios?

- SI - CCS paga por ellos
- SI - Pero yo tenía que pagar por ellos yo mismo
- SI - Pero alguien paga
- NO - nunca mi niño recibió los servicios
- No se aplica - mi hijo era elegible para obtener los mismos servicios en ambos condados

Manejo de casos y coordinación de la atención

Un administrador de casos es una persona que se asegura de que su hijo reciba todos los servicios que son necesarios y que estos servicios encajan entre sí de una manera que funcione para usted. Esta persona puede tener distintos títulos, tales como coordinador, trabajador social ect...

29. ¿Quién provee manejo de casos para su hijo?

- Particular plan de seguro de salud
- California Children Services (CCS)
- El Centro de Cuidados o Especiales del Hospital
- Otra entidad del Estado
- Otros (Por favor, especifique en la página siguiente)
- No sé / No estoy seguro
- Mi hijo no recibe la gestión de casos (Por favor vaya a # 34)

Manejo de casos y coordinación de la atención

30. ¿Quién provee manejo de casos para su hijo? - para otros, por favor, identifica:

Manejo de casos y coordinación de la atención

31. ¿Su hijo tiene un supervisor de casos de CCS?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro

Encuesta de CCS Para Familias

32. En caso afirmativo, por favor díganos lo útil es el supervisor de su hijo de CCS. ¿Diría usted que la supervisión del caso del CCS es ...

- Muy útil
- Útiles
- Sólo un poco de ayuda
- No, en absoluto útil
- Mi hijo no tiene un supervisor de caso de CCS

33. Nos gustaría saber sobre qué tipos de servicios de gestión de casos que usted consigue para su hijo y que les proporciona. Por favor, ponga una marca en las casillas para indicar el servicio que recibe y de que programa.

	Particular plan de seguro de salud	CCS	El Centro de Cuidados Especiales del Hospital	Medi-Cal Managed Care	Otros
a. Ayudar a coordinar la atención de su hijo entre los distintos prestadores de servicios que ayudan a su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ayuda a entender su seguro de salud de su hijo plan de beneficios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ayuda a identificar y utilizar otros programas basados en la comunidad o servicios para los cuales su hijo puede ser elegible (por ejemplo, de Early Start o el Centro Regional, educación especial, los campamentos de verano, programas después de escuela, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ayuda a conseguir otros programas públicos como el Seguro Social para su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ayuda a encontrar otras maneras de pagar por los servicios y equipo necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Brinda un supervisor de caso que tiene una buena comprensión de las necesidades de cuidado de mi hijo y servicios de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros - Por favor, especifique

La coordinación de la atención para su hijo

Encuesta de CCS Para Familias

34. En general, ¿cuán satisfecho está usted con la ayuda que han recibido en la coordinación de la atención para su hijo?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfechos
- Muy insatisfecho
- No sé / No estoy seguro

35. ¿Cuán importante es tener una persona que conoce a su hijo y puede ayudar a entender lo que necesita su hijo y conecta a el niño a los servicios que necesita?

- Muy importante
- Algo importante
- Sólo un poco importante
- Nada importante
- No sé / No estoy seguro

36. En los últimos 12 meses, ha recibido su hijo cualquier terapia médica - como la terapia física (PT), terapia ocupacional (OT), o la terapia del habla?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro

La experiencia con el tratamiento médico

Esta sección es para las familias que tienen experiencia con el tratamiento médico.

Encuesta de CCS Para Familias

37. Háblenos de la experiencia de su hijo con Terapia física (PT) en los últimos 12 meses. Por favor, marque todas las que se aplican.

	Sí	No	No sé / No estoy seguro
a. Mi hijo necesita esta terapia. [**Si no, por favor pase a la pregunta #38**]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi hijo recibió esta terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi hijo necesita, pero no recibió esta terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. He quedado satisfecho con el tratamiento que mi hijo recibió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tener la terapia disponible en la escuela de mi hijo es útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. hora de la cita Recibir terapia de 7:00-6:30 ha sido útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Obtener una referencia para este tratamiento es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. para conseguir una cita es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ser dada de baja del programa de terapia, porque demasiadas citas perdidas es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. encontrar un terapeuta con la habilidad y experiencia para cuidar a mi hijo es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Es un problema para obtener el número de visitas que mi hijo necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. problema de transporte para llegar a la cita la terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. La coordinación entre el terapeuta de mi hijo y otros proveedores era un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. La cantidad que debe pagar es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. La cobertura de salud no cubre el pago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Otros problemas (Por favor explique debajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros problemas - Por favor explique

Encuesta de CCS Para Familias

38. Háblenos de la experiencia de su hijo con Terapia Ocupacional (OT) en los últimos 12 meses. Por favor, marque todas las que se aplican.

	Sí	No	No sé / No estoy seguro
a. Mi hijo necesita esta terapia. [**Si no, por favor pase a la pregunta #39**]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi hijo recibió esta terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi hijo necesita, pero no recibió esta terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. He quedado satisfecho con el tratamiento que mi hijo recibió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tener la terapia disponible en la escuela de mi hijo es útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. hora de la cita Recibir terapia de 7:00-6:30 ha sido útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Obtener una referencia para este tratamiento es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. para conseguir una cita es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ser dada de baja del programa de terapia, porque demasiadas citas perdidas es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. encontrar un terapeuta con la habilidad y experiencia para cuidar a mi hijo es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Es un problema para obtener el número de visitas que mi hijo necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. problema de transporte para llegar a la cita la terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. La coordinación entre el terapeuta de mi hijo y otros proveedores era un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. La cantidad que debe pagar es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. La cobertura de salud no cubre el pago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Otros problemas (Por favor explique debajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros problemas - Por favor explique

Encuesta de CCS Para Familias

39. Háblenos de la experiencia de su hijo con La terapia del habla en los últimos 12 meses. Por favor, marque todas las que se aplican.

	Sí	No	No sé / No estoy seguro
a. Mi hijo necesita esta terapia. [**Si no, por favor pase a la pregunta #40**]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi hijo recibió esta terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi hijo necesita, pero no recibió esta terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. He quedado satisfecho con el tratamiento que mi hijo recibió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tener la terapia disponible en la escuela de mi hijo es útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. hora de la cita Recibir terapia de 7:00-6:30 ha sido útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Obtener una referencia para este tratamiento es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. para conseguir una cita es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ser dada de baja del programa de terapia, porque demasiadas citas perdidas es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. encontrar un terapeuta con la habilidad y experiencia para cuidar a mi hijo es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Es un problema para obtener el número de visitas que mi hijo necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. problema de transporte para llegar a la cita la terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. La coordinación entre el terapeuta de mi hijo y otros proveedores era un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. La cantidad que debe pagar es un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. La cobertura de salud no cubre el pago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Otros problemas (Por favor explique debajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros problemas - Por favor explique

Apoyo Social

Sólo unos pocos sectores más. En esta sección, queremos saber sobre el apoyo social que usted y su familia han necesitado y han recibido.

40. ¿Ha asistido a un grupo de apoyo familiar para ayudar a usted y a su familia para hacer frente a el estado de salud de su hijo?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Encuesta de CCS Para Familias

41. *En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia asisten a apoyar las reuniones de grupo familiar? (Indique un número)*

42. *En caso negativo, ¿estaría usted interesado en asistir a un grupo de apoyo familiar para ayudar a usted y a su familia para hacer frente a el estado de salud de su hijo?*

Sí

No

No sé / No estoy seguro

43. *¿Alguien del programa de CCS dijo que ellos pueden ayudar a encontrar apoyo emocional, los recursos de la comunidad, la familia / consejería individual, de promoción, para su hijo y su familia?*

Sí

No

No sé / No estoy seguro

44. *¿Alguien del programa de CCS que se refiere a cualquier familia a los servicios de apoyo a la familia?*

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Seguros

Esta sección le pregunta sobre quién paga por el cuidado de su hijo y sus experiencias con un seguro de salud

Encuesta de CCS Para Familias

45. ¿Qué tipo de cobertura de salud tiene su hijo? Por favor, marque todas las que se aplican.

- CCS
- Medi-Cal Managed Care
- Medi-Cal Fee-For-Service
- Healthy Families
- El seguro médico privado que ofrece a través del trabajo o que puedo comprar para mi hijo / familia
- Otros (describa abajo)
- No sé / No estoy seguro

Otro tipo - por favor describa

46. Si su hijo está cubierto por un seguro privado y de CCS, es también tener un seguro privado que sea más fácil o más difícil obtener la atención que necesita su hijo?

- Tener un seguro privado, además de CCS es más fácil obtener la atención que mi hijo necesita
- Tener un seguro privado, además de CCS hace más difícil obtener la atención que mi hijo necesita
- No sé / No estoy seguro
- Mi hijo no tiene seguro privado

47. ¿Ha tenido problemas para obtener la atención que su hijo necesita por el tipo de seguro que cubre a su hijo?

- Sí (describa el tipo debajo)
- No
- No sé / No estoy seguro

En caso afirmativo - ¿Qué tipo (s) de seguros tienen problemas?

48. ¿Ha tenido problemas para obtener la atención que su hijo necesita debido a la falta de cobertura de seguro?

- Sí
- No
- No sé / No estoy seguro

Encuesta de CCS Para Familias

49. ¿Ha tenido problemas para obtener la atención que necesitan los niños debido a los cambios de seguros?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Transición

CCS está interesado en asegurarse de que los adultos jóvenes tienen una transición exitosa a la vida adulta, incluyendo el tener un lugar para ir a la atención de salud. Si su hijo tiene 14 años de edad o más, por favor complete las siguientes preguntas.

50. Mi hijo tiene 14 años o más.

Sí

No (vaya a la siguiente sección, la pregunta # 56)

Transición

51. Disponen de médicos de su hijo o de otros proveedores de atención de salud hablado con usted o su hijo acerca de cómo (sus) necesidades de atención de la salud pueden cambiar cuando (él / ella) se convierte en un adulto?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

52. Tiene un plan para hacer frente a estas nuevas necesidades han desarrollado con el médico de su hijo u otros proveedores de atención de salud?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Encuesta de CCS Para Familias

53. Disponen de médicos de su hijo o de otros proveedores de atención de la salud discutió con su hijo finalmente ver a un médico que trata a los adultos?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

54. ¿Su niño ha recibido ninguna formación profesional o carrera para ayudar a (él / ella) a prepararse para un trabajo cuando (él / ella) se convierte en un adulto?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

55. Tiene CCS de su hijo supervisor de caso hablado con usted y su niño acerca de la transición del niño a los proveedores de adultos? ?

Sí

No

No sé / No estoy seguro

Satisfacción general

Casi terminado! Aquí queremos saber su opinión sobre el programa CCS.

56. Considerando todas las cosas, ¿cuán satisfecho está usted con el programa general de CCS?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

No sé / No estoy seguro

Encuesta de CCS Para Familias

57. Considerando todas las cosas, ¿cuán satisfecho está usted en general con la Unidad de Terapia Médica (MTU)?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No sé / No estoy seguro
- No Aplica - mi hijo no usa la MTU

58. Si usted tiene cualquier otro comentario sobre su experiencia con el programa CCS, por favor, compartir aquí:

Demografía

Por favor cuéntenos un poco más sobre usted y su niño.

59. ¿Cómo describiría la comunidad donde usted vive?

- Ciudad o urbano
- Suburbano
- La agricultura o las zonas rurales
- Otros - describa debejo

Otros - Por favor, describa

60. ¿Cuál es el nombre del condado donde usted vive?(Por favor seleccione su respuesta en la lista)

Encuesta de CCS Para Familias

61. ¿Su niño tiene alguna de las siguientes condiciones? Por favor, lea la lista y comprobar todo lo que corresponda, incluso si estas condiciones no están cubiertos por CCS.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. alergias o problemas sinusales | <input type="checkbox"/> T. síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> b. Asma | <input type="checkbox"/> U. Epilepsia / convulsiones trastorno |
| <input type="checkbox"/> c. Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD) o Desorden de Déficit de Atención (ADD) | <input type="checkbox"/> v. complicaciones lesiones en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> d. Autismo | <input type="checkbox"/> W. Sordera |
| <input type="checkbox"/> e. Problemas de Conducta | <input type="checkbox"/> X. Hidrocefalia |
| <input type="checkbox"/> f. trastorno de la sangre (como la anemia de células falciformes o la hemofilia) | <input type="checkbox"/> Y. enfermedad renal o insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> g. cáncer o leucemia | <input type="checkbox"/> z. problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> h. La parálisis cerebral o enfermedad neuromuscular | <input type="checkbox"/> . aa Retraso mental |
| <input type="checkbox"/> i. condición crónica inmune | <input type="checkbox"/> bb. distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> j. pulmonar crónica, o dificultad para respirar (como DBP, pero no como el asma) | <input type="checkbox"/> cc. ortopédica o problemas de hueso |
| <input type="checkbox"/> k. enfermedades reumáticas crónicas | <input type="checkbox"/> DD. Paraplejia / cuadriplejia |
| <input type="checkbox"/> l. El labio leporino y / o paladar hendido | <input type="checkbox"/> EE. síndrome de dificultad respiratoria |
| <input type="checkbox"/> m. trastorno congénito | <input type="checkbox"/> ss. escoliosis |
| <input type="checkbox"/> n. La cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> gg. espina bífida / mielomeningocele |
| <input type="checkbox"/> o. La fibrosis quística | <input type="checkbox"/> HH. Tecnología dependiente o asistida (Algunos ejemplos son venosos centrales en línea, colostomía, diálisis, alimentación por sonda, derivaciones, la traqueostomía, la ventilación y otros) |
| <input type="checkbox"/> p. enfermedad neurológica degenerativa | <input type="checkbox"/> II. Deterioro de la visión |
| <input type="checkbox"/> P. ¿Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> JJ. Otros - Por favor, describa debajo |
| <input type="checkbox"/> R. Diabetes | <input type="checkbox"/> kk. No sé / No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> s. trastorno digestivo o gastrointestinal | |

Otros - Por favor, describa

62. De las condiciones que marcó, ¿cuál cree usted que deba ser la enfermedad de su hijo de primaria?

Encuesta de CCS Para Familias

63. ¿Qué edad tiene tu hijo?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Recién Nacido - Menos de 1 mes de edad | <input type="radio"/> 11 años de edad |
| <input type="radio"/> De 1 mes a 12 meses de edad | <input type="radio"/> 12 años de edad |
| <input type="radio"/> 1 año de edad | <input type="radio"/> 13 años de edad |
| <input type="radio"/> 2 años de edad | <input type="radio"/> 14 años de edad |
| <input type="radio"/> 3 años de edad | <input type="radio"/> 15 años de edad |
| <input type="radio"/> 4 años de edad | <input type="radio"/> 16 años de edad |
| <input type="radio"/> 5 años de edad | <input type="radio"/> 17 años de edad |
| <input type="radio"/> 6 años de edad | <input type="radio"/> 18 años de edad |
| <input type="radio"/> 7 años de edad | <input type="radio"/> 19 años de edad |
| <input type="radio"/> 8 años de edad | <input type="radio"/> 20 años de edad |
| <input type="radio"/> 9 años de edad | <input type="radio"/> 21 años de edad |
| <input type="radio"/> 10 años de edad | <input type="radio"/> 22 años de edad o más |

64. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la raza o el origen étnico de su niño? (Seleccionar sólo 1 respuesta)

- Blanco o Caucásico
- Negro o African American
- de Asia, islas del Pacífico o del sudeste asiático
- Latino, Latino, o Español
- Americanos nativos, indios americanos, las islas Aleutianas, o esquimal
- Multirracial
- Otro (Especifique debajo)

Otro - por favor especifique

¡Muchas gracias!

¡Has terminado! Gracias por completar esta encuesta!

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la encuesta, por favor llame a Family Health Outcomes Project en 415-476-5283.