



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"/>	<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"/>	<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	
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	
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"/>
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, 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:
familyvoices@ripin.org
 Teléfono: 401-270-0101
 Fax: 401-270-7049
 Revisado en Julio 2024