



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"/>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Before birth (prenatal)</th> <th style="width: 10%;">At birth (in hospital)</th> <th style="width: 10%;">After discharge from hospital</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Genetic Test: Has your child received a Genetic Test? </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> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Genetic Counseling: Did you receive genetic counseling with your child's diagnosis? </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>		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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Parent Support: Were you referred to and/or did you receive services from any of the following?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th colspan="3">Referred?</th> <th colspan="3">Received?</th> <th colspan="3">Was it Helpful?</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> </tr> </table>										Referred?			Received?			Was it Helpful?				Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure
	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"/>																				
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"/>																				
Mended <i>Little</i> Hearts of 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"/>																				
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?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th colspan="3">Referred?</th> <th colspan="3">Received?</th> <th colspan="3">Was it Helpful?</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> <th style="width: 10%;">Yes</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Not Sure</th> </tr> </table>										Referred?			Received?			Was it Helpful?				Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure
	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 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	
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"/>
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"/>	<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"/>
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 a:
familyvoices@ripin.org
 Teléfono: 401-270-0101
 Fax: 401-270-7049
 Revisado en Julio 2024