



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

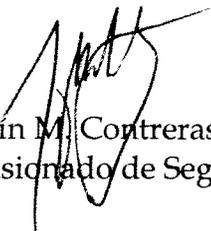
Fermín M. Contreras Gómez
Comisionado de Seguros

10 de julio de 2001

**A LOS ASEGURADORES, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
Y ASOCIACIONES CON FINES NO PECUNIARIOS QUE SUSCRIBEN
PLANES DE CUIDADO DE SALUD EN PUERTO RICO**

FE DE ERRATA

En la notificación de la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 de 6 de julio de 2001, esta Oficina no incluyó como parte de sus anejos copia de los formularios de las evaluaciones médicas y pruebas de cernimiento requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000 para las edades de 0 a 9 años. En vista de lo anterior, incluimos copia de dichos formularios en esta notificación.



Fermin M. Contreras Gómez
Comisionado de Seguros

DJ/mlm/CN-89

Las siguientes pruebas se realizarán solo a pacientes con riesgo para desarrollar la condición.

Cernimiento	¿Se evaluó riesgo el último año?		¿Se realizó prueba?		Resultado	
	Sí (1)	No (2)	Sí (1)	No (2)	Normal (1)	Anormal (2)
Colesterol						
Glucosa						
Problemas del Habla						

II. Cernimiento Psicosocial* *(A ser realizado conforme al nivel de desarrollo y edad del paciente.)

PARA COMPLETAR ESTA PARTE PUEDE UTILIZAR COMO REFERENCIA LA GUIA SUGERIDA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?	
	Sí (1)	No (2)
1. Conducta:		
2. Conducta Suicida:		
3. Cognitivo:		
4. Emocional / Afectivo:		
5. Social:		
6. ¿Se realizó algún referido para servicios de salud mental? Sí (1) _____ No (2) _____		
7. Si realizó referido/s , para servicios de salud mental ¿A quién / quiénes le refirió?		
8. Observaciones y/o Recomendaciones:		

Con mi firma certifico que la información suministrada es correcta:

Nombre de Médico en Letra de Molde

Firma y Núm. De Licencia

Fecha

Toda persona que divulgue la información aquí contenida, sin la debida autorización, sera penalizada en conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Guía sugerida para completar Cernimiento Psicosocial para las edades de 0-9:

Area o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?			Resultado		Comentarios
	Si	No	N/A	Dentro de lo Esperado	Sospecha de Dificultad	
I. Conducta						¿Se realizó referido? Si _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:
1. Sigue las normas del hogar.						
2. Cumple con las normas escolares.						
3. Respeta la autoridad.						
4. Controla sus impulsos.						
5. Tolerancia frustración.						
6. Asiste con regularidad a la escuela.						
7. Cuida de su higiene personal.						
8. Respeta la propiedad privada.						
9. Tiene facilidad para conciliar el sueño.						
10. Duermes toda la noche.						
11. Presenta buenos hábitos alimentarios.						
12. Cuida sus pertenencias.						
13. Realiza sus tareas escolares.						
14. Controla sus esfínteres.						
12. Presenta manejo adecuado de temores o preocupaciones.						
13. Presenta conducta coherente y apropiada para su edad.						
II. Conducta Suicida						¿Se realizó referido? Si _____ No _____ Observaciones / Recomendaciones:
1. Ideas al presente				Si	No	
2. Amenazas						
3. Intentos previos (cantidad _____)						
4. Intento reciente						
5. Plan presente						
6. Historial previo						
7. Historial familiar						

Guía sugerida para completar Cernimiento del Psicosocial para las edades de 0-9: (continuación)

Área o Aspecto de Cernimiento	¿Se realizó cernimiento?			Resultado		Comentarios	
	Sí	No	N/A	Dentro de lo Esperado	Sospecha de Dificultad		
III. Cognitivo 1. Presenta contacto adecuado con la realidad. 2. Nivel cognitivo conforme a su nivel de desarrollo. 3. Pensamiento coherente y organizado. 4. Logra concentrarse con facilidad. 5. Reconoce consecuencias de sus actos. 6. Aprovechamiento académico. 7. Aprendizaje.						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:	
	IV. Emocional Afectivo						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:
	1. Presenta seguridad en sí mismo.						
	2. Autoestima saludable.						
	3. Se muestra seguro con su familia.						
	4. Aparenta ser un niño/a feliz.						
	5. Expresa adecuadamente sus sentimientos.						
6. Se siente aceptado por sus pares.							
7. Presenta afecto apropiado a la situación.							
V. Social						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:	
1. Presenta destrezas para hacer amigos.							
2. Presenta destrezas para comunicarse.							
3. Presenta destrezas para resolver conflictos con otros niños.							
4. Posee personas significativas.							
5. Se involucra en actividades recreativas y sociales con otros niños.							
VI. Uso de ATOD (Alcohol Tabaco y Otras Drogas)						¿Se realizó referido? Sí ___ No ___ Observaciones / Recomendaciones:	
1. Uso de cigarrillo.							
2. Uso de Alcohol.							
3. Uso de sustancias controladas.							

Seguro Social del Estudiante

Nombre de Médico en Letra de Molde

Firma y Núm. De Licencia

Fecha

Toda persona que divulgue la información aquí contenida sin la debida autorización, será penalizada en conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.