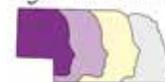


Post-Evaluación del Coaching de Salud



301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913
1-800-532-2227

www.dhhs.ne.gov/womenshealth

Adaptaciones razonables hechas para personas con discapacidades. TDD (800) 833-7352
Nebraska DHHS proporciona asistencia lingüística sin costo a personas con dominio limitado del inglés que buscan nuestros servicios.

Las Notas:

- ¿Para quién es este formulario? Mujeres de 35 a 64 años que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente y/o no califican para EWM.
- Complete el formulario de evaluación y envíelo al Programa de Salud de Mujeres y Hombres al siguiente correo electrónico: dhhs.ewm@nebraska.gov o complete en línea yendo a: <https://www.surveymonkey.com/r/HCPPostAssessmentSPANISH>
- Post Biometrics son OBLIGATORIOS. Si el colesterol anterior era de 240 mg / dl y superior también se requiere colesterol total.

Please answer each question and PRINT clearly!

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	Date Completed with Client: ____/____/____
	Assessment Completed: <input type="radio"/> In person <input type="radio"/> At-home/virtual
	Community Health Hub (CHH):
	<input type="radio"/> Central District Health Department - CDHD <input type="radio"/> Elkhorn Logan Valley Public Health Department - ELVPHD <input type="radio"/> Lincoln Lancaster County Health Department - LLCHD <input type="radio"/> Panhandle Public Health Department - PPHD <input type="radio"/> South Heartland District Health Department - SHDHD <input type="radio"/> Southwest Nebraska Public Health Department - SWNPHD <input type="radio"/> Three Rivers Public Health Department - 3RPHD <input type="radio"/> Other _____
Client ID#: _____	Medit ID#: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____	

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA	1. ¿Cuántas tazas de fruta comes en un día normal? <i>(1 taza es igual a 1 plátano grande o 1 manzana mediana)</i>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6+ <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántas tazas de vegetales comes en un día normal? <i>(1 taza es igual a 12 zanahorias pequeñas tipo bebé o 1 mazorca de maíz)</i>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6+ <input type="radio"/> No sé
	3. ¿Comes pecado al menos dos veces a la semana?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Cuántas porciones de cereales comes en un día? <i>(una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 1/2 taza arroz/pasta, 3 tazas de palomitas de maíz reventadas, 3/4 taza avena)</i>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6+ <input type="radio"/> No sé
	4a. De estas porciones, ¿cuántos son todo grano ?	<input type="radio"/> Menos de la mita <input type="radio"/> Como una mita <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Bebe menos de 36 onzas de bebidas azucaradas a la semana? <i>(3 latas (de 12 onzas) de soda regular, jugo, alcohol, bebidas especializadas)</i>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	6. ¿Está vigilando o reduciendo actualmente su consumo de sodio o sal ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
7. ¿Cuántos minutos de actividad física obtienes en una SEMANA ? <i>(caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)</i>	___ Minutos <input type="radio"/> No sé	

	HIPERTENSIÓN	NIVEL ALTO DE COLESTEROL	DIABETES
1. ¿ ALGUNA VEZ su doctor, enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
2. ¿Toma usted ACTUALMENTE alguna medicina que le haya recetado su doctor para reducir su:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
3. En los últimos 7 días , ¿cuántos días (incluyendo hoy) tomó sus medicamentos tal como se los recetaron?	___ Días <input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> No sé	___ Días <input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> No sé	___ Días <input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> No sé
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Olvidó tomarlos <input type="radio"/> Efectos secundarios <input type="radio"/> Necesita resurtido <input type="radio"/> No desea tomar medicamentos <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Olvidó tomarlos <input type="radio"/> Efectos secundarios <input type="radio"/> Necesita resurtido <input type="radio"/> No desea tomar medicamentos <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Olvidó tomarlos <input type="radio"/> Efectos secundarios <input type="radio"/> Necesita resurtido <input type="radio"/> No desea tomar medicamentos <input type="radio"/> Otro _____
5. ¿Usted se mide la PRESIÓN ARTERIAL cuando no está en la oficina del doctor <i>(en la casa, en la farmacia o en una tienda, etc.)?</i>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
5a. Si no, indique la razón:	<input type="radio"/> No, nunca le dije que revisen <input type="radio"/> No, no sé cómo comprobar <input type="radio"/> No, no tengo equipo		
5b. ¿Con qué frecuencia se mide la PRESIÓN ARTERIAL ?	<input type="radio"/> Varias veces al día <input type="radio"/> A diario <input type="radio"/> Cada semana <input type="radio"/> Unas cuantas veces por semana <input type="radio"/> Una vez al mes <input type="radio"/> No sé		
5c. ¿Usted comparte con su doctor los números de su PRESIÓN ARTERIAL cuando se la mide en su hogar, la farmacia o una tienda?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		

Continue to Page 2 ----> ----> ---->

CORAZON	1. Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con alguna de las siguientes condiciones? (<i>marcar todos los que se aplican</i>)	<p style="text-align: center;">Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho: Defectos congénitos del corazón: Insuficiencia cardiaca: Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio: Enfermedad vascular: Infarto/ataque cardiaco: <i>(solo mujeres)</i> Hipertensión gestacional: <i>(solo mujeres)</i> Diabetes Gestacional: <i>(solo mujeres)</i> Preeclampsia/Eclampsia:</p> <p style="text-align: right;"> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé </p>
	2. ¿Está usted tomando aspirina diariamente para ayudar a prevenir un ataque al corazón o derrame cerebral?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé

CIGARRO	1. ¿Usted fuma? (incluyendo cigarrillos, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)	<input type="radio"/> Soy fumador <input type="radio"/> Dejó el tabaco (hace 1-12 meses) <input type="radio"/> Dejó el tabaco (hace +12 meses) <input type="radio"/> Nunca he fumado
----------------	--	---

VIDA DIARIA	1. Al pensar en su salud física , incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud física no se encontraba bien?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	2. Al pensar en su salud mental , incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud mental no se encontraba bien?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	3. En los últimos 30 días , ¿durante cuántos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus actividades usuales , como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Está limitado en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Tiene algún problema de salud que requiera el uso de equipo especial , como basón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	5a. Si su respuesta es Sí , ¿qué tipo de discapacidad tiene?	<input type="radio"/> Emocional <input type="radio"/> Intelectual <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Sensorial

SEGURIDAD Y BIENESTAR	1. ¿Cuántos días en la última semana ha tenido una bebida que contenga alcohol?	<input type="radio"/> Nunca ____ Días <input type="radio"/> No sé
	1a. ¿En los días que tuviste una bebida que contenga alcohol, cuántas bebidas tuviste? (<i>Una bebida contiene 14 gramos de alcohol puro, que se encuentra en: 12 onzas de cerveza regular, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores destilados</i>)	<input type="radio"/> Nunca ____ Bebidas <input type="radio"/> No sé
	2. Si es Ud. mujer , ¿cuántos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* ____ Días <input type="radio"/> No sé
	3. Si es Ud. hombre , ¿cuántos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* ____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la influenza (inyección o spray)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
	4a. Si su respuesta es No , por favor indique por qué?	

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	1. ¿Posee o usa alguno de los siguientes tipos de computadoras?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	1a. Computadora de escritorio/portátil 1b. El teléfono inteligente 1c. Tableta/Otra computadora inalámbrica portátil	
	2. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene acceso a Internet?	<input type="radio"/> Sí, pagando a una compañía de telefonía celular / proveedor de servicios de Internet <input type="radio"/> Sí, sin pagar a una compañía de telefonía celular / proveedor de servicios de Internet <input type="radio"/> No hay acceso a Internet en la casa, apartamento o casa móvil <input type="radio"/> No sé

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	3. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que te preocupara quedarte sin comida por falta de dinero u otros recursos ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Alguna vez ha faltado a una cita con el médico debido a problemas de transporte ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	5. Si actualmente está utilizando servicios de cuidado infantil, identifique el tipo de servicios que utiliza , si no, seleccione No aplicable (seleccione todos los que correspondan)	<input type="radio"/> Bebé (desde el nacimiento hasta los 11 meses) <input type="radio"/> Niño pequeño (11 a 36 meses) <input type="radio"/> Preescolar (3 a 5 años) <input type="radio"/> Cuidado después de la escuela (K-9º grado) <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> No sé
	6. ¿Ha tenido alguno de estos problemas relacionados con el cuidado de los niños durante el año pasado? (seleccione todas las que correspondan)	<input type="radio"/> El Costo <input type="radio"/> La disponibilidad <input type="radio"/> La ubicación <input type="radio"/> La transportación <input type="radio"/> Horas de operación <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> No sé
	7. ¿Cuál es su situación de vivienda ?	<input type="radio"/> Tengo Vivienda <input type="radio"/> Tengo una vivienda, pero me preocupa perderla <input type="radio"/> No tengo Vivienda <input type="radio"/> No sé
	8. A continuación le preguntaremos qué tan seguro se siente :	
	8a. ¿Con qué frecuencia tu pareja te lastima físicamente ?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Bastante a menudo <input type="radio"/> Frecuentemente <input type="radio"/> No se ha dado respuesta
	8b. ¿con qué frecuencia tu pareja te insulta o te habla con desdén ?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Bastante a menudo <input type="radio"/> Frecuentemente <input type="radio"/> No se ha dado respuesta
	9. Estas cuatro preguntas están relacionadas con los medicamentos que toma para cualquier afección de salud que pueda tener :	
	9a. ¿Alguna vez te olvidas de tomar tu medicina? 9b. ¿A veces es descuidado al tomar su medicamento? 9c. Cuando te sientes mejor, ¿a veces dejas de tomar tu medicina? 9d. A veces, si se siente peor cuando toma su medicamento, ¿deja de tomarlo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta

LA BIOMETRÍA	Fecha de la presión arterial, altura, peso: ____/____/____
	la presión arterial 1: ____/____
	la presión arterial 2: ____/____
	La Altura: _____ El Peso: _____
	Circunferencia de la cintura: _____
	El cliente ayunó 9 horas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Colesterol total: _____
	HDL: _____ LDL: _____ la glucosa: _____
	Prueba de colesterol: <input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> Rechazar <input type="radio"/> Realizado por Health Coach <input type="radio"/> autoinformado <input type="radio"/> Realizado por el proveedor de atención médica
	Fecha del colesterol total: ____/____/____