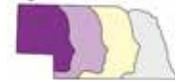


Coaching de Salud Admisión Inicial y Preevaluación

Every Woman Matters

4/2024



NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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/HCPreAssessmentSPANISH>

¡Por favor, responda a cada pregunta e IMPRIMA claramente!

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Date Completed with Client: ____/____/____ **Venue Name:** _____

Assessment Completed: In person At-home/virtual

Community Health Hub (CHH):

Central District Health Department - CDHD Elkhorn Logan Valley Public Health Department - ELVPHD

Lincoln Lancaster County Health Department - LLCCHD Panhandle Public Health Department - PPHD

South Heartland District Health Department - SHDHD Southwest Nebraska Public Health Department - SWNPHD

Three Rivers Public Health Department - 3RPHD Other _____

Client ID#: _____ *(clients first 3 letters of last name and date of birth mmdyy; example CRA020564)*

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

El email: _____

Fijo: (____) _____ **Trabajo:** (____) _____ **Celular:** (____) _____

Forma de contacto preferida?: Fijo Trabajo Celular Email

¿Está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular? Sí No

¿Es usted de origen Latino/Hispano? Sí No No sé

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? Inglés Español Vietnamita Otro _____

¿A que raza o etnia pertenece? *(Marque todas las casillas que se aplican)*

Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ Negro/Afro-Americano

México-Americano Blanco

Asiático Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo

Otro _____ No sé

¿Es usted Refugiado? Sí No No sé En caso de serlo, de donde es usted: _____

¿Grado de educación completado: <9no grado Algo de escuela secundaria Se graduó de escuela secundaria o equivalente

Algo de universidad o un nivel más alto No sé

Condado de residencia en Nebraska: _____

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí No No sé

¿Tiene seguro de gastos médicos? Cobertura del empleador Mercado de Salud Medicare Medicaid No

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 pescado 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. ¿ ALGUN A 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 (en la casa, en la farmacia o en una tienda, etc.)?	<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		

CORAZON	1. Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con alguna de las siguientes condiciones? (marcar todos los que se aplican)	<p>Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>Defectos congénitos del corazón: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>Insuficiencia cardiaca: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>Enfermedad vascular: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>Infarto/ataque cardiaco: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>(solo mujeres) Hipertensión gestacional: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>(solo mujeres) Diabetes Gestacional: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé</p> <p>(solo mujeres) Preeclampsia/Eclampsia: <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 cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)	<input type="radio"/> Soy fumador <input type="radio"/> Deje el tabaco (hace 1-12 meses) <input type="radio"/> Deje 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 cuantos 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
6. En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas: 6a. Poco interés o placer en hacer las cosas:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	
6b. Sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	

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 , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca __ Días <input type="radio"/> N/A* <input type="radio"/> No sé
	3. Si es Ud. hombre , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca __ Días <input type="radio"/> N/A* <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?	
5. ¿Le han suministrado la vacuna de la neumonía ?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé	
6. ¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista o clínica dental por cualquier motivo?	<input type="radio"/> 1 vez en el último año <input type="radio"/> 1 vez en los últimos 2 años <input type="radio"/> Hace más de 2 años <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé	

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	1. ¿Posee o usa alguno de los siguientes tipos de computadoras? 1a. Computadora de escritorio/portátil 1b. El teléfono inteligente 1c. Tableta/Otra computadora inalámbrica portátil	<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. ¿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
	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 <i>(desde el nacimiento hasta los 11 meses)</i> <input type="radio"/> Niño pequeño <i>(11 a 36 meses)</i> <input type="radio"/> Preescolar <i>(3 a 5 años)</i> <input type="radio"/> Cuidado después de la escuela <i>(K-9º grado)</i> <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?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta	
9b. ¿A veces es descuidado al tomar su medicamento?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta	
9c. Cuando te sientes mejor, ¿a veces dejas de tomar tu medicina?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se ha dado respuesta	
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	

HISTORIAL DE PRUEBAS DE DETECCIÓN	1. ¿Te has hecho una mamografía en los últimos 2 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Te has hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	3. ¿Te han hecho pruebas de detección de cáncer colorrectal con un FIT/FOBT en el último año? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Te han hecho pruebas de detección de cáncer colorrectal con una colonoscopia en los últimos 10 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	<i>*If client has answered no to any of the above questions, consider enrolling client into Women's and Men's Health Programs to receive screening services.</i>

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: ____/____/____	