



# Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

Por favor complete la siguiente forma. El llenar este formato le ayudará a Programa de Every Woman Matters (EWM) y al Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP por sus siglas en Inglés) a determinar qué servicios son mejores para usted.

Aún si usted no es elegible para recibir los servicios, puede recibir educación sobre la salud.

## LO QUE NECESITA SABER:

- **NO DEBE** tener un seguro de salud que pague por servicios preventivos.
- Por favor conteste **TODAS** las preguntas. De lo contrario, le llamaremos o le devolveremos el formulario, y eso podría retrasar exámenes importantes de salud.
- Por favor escriba claramente en letra de **IMPRENTA**. Use una pluma de tinta negra o azul. No use lápiz.
- Esta **NO ES** la tarjeta con la lista para los exámenes de detección. Por favor no haga una cita con su proveedor de cuidado de salud hasta que reciba la tarjeta de exámenes.
- Después que recibamos su aplicación será revisada para ver si calificas para los servicios. Usualmente esto toma 2 semanas.
- Una vez que determinamos que servicios va a recibir, le devolveremos la aplicación junto con su tarjeta de servicios para que la lleve al proveedor de atención médica el día de su cita.

## WHAT YOUR PROVIDER NEEDS TO KNOW:

- Screenings were determined based upon the HLQ submitted to EWM/NCP.
- This HLQ was mailed back to the client with a Screening Card. Client was instructed to bring the form so you can discuss benefits of healthy lifestyle behaviors.
- Clinics may keep the HLQ as a part of the client chart, if so desired.

¡Gracias por dedicarle este tiempo a su salud!



# Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

- Deberá leer las **páginas 2 y 3** para poder formar parte del programa Every Woman Matters y/o del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska.
- **NO podrá inscribirse hasta que todas las páginas hayan sido completadas.**

## PROGRAMA DE EVERY WOMAN MATTERS (PARA MUJERES)

Quiero formar parte del programa Every Woman Matters (EWM). Sé que:

- Debo tener entre 35-74 años de edad para poder recibir los servicios.
- No puedo superar las pautas de ingreso.
- Si cuento con seguro médico, EWM sólo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo de inscribirme en EWM cada año.
- Debo pertenecer al género femenino (según lo establecido por la ley Federal)
- Debo de notificar a EWM si ya no deseo formar parte del programa.
- Sé que si tengo entre 35-74 años de edad, podría calificar para todos los servicios de evaluación médica que podría incluir: exámenes médicos para la detección de cáncer cervical y de mama, evaluación de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad, de acuerdo a las pautas establecidas por el "US Preventive Services Task Force" y a las del Programa EWM.
- He hablado con mi proveedor de atención médica sobre la(s) prueba(s) de detección y entiendo los posibles efectos secundarios o molestias.
- Entiendo que podría tener que incrementar mi nivel de actividad física y realizar cambios a mi dieta como parte de la educación que el programa me ofrece. Entiendo que antes de que realice estas actividades y/o cambios a mi dieta, es recomendable hablar primero con mi proveedor de servicios de salud para aclarar cualquier duda o pregunta que tenga.
- Hablaré con mi proveedor de atención médica sobre cómo voy a pagar por las pruebas o los servicios que no sean pagados por EWM.
- Cuando reciba mi tarjeta de proyección, se me dará la oportunidad de hacer una donación de \$5 al programa para ayudar a otras mujeres a recibir servicios de cribado.

## PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE COLON DE NEBRASKA (PARA MUJERES Y HOMBRES)

Quiero formar parte del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP por sus siglas en Inglés). Sé que:

- Debo tener entre 45-74 años de edad para poder recibir los servicios (sin excepción alguna).
- No puedo superar las pautas de ingreso.
- Si cuento con seguro médico, NCP solo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo de inscribirme en NCP cada año.
- Debo de tener un médico de cabecera.
- Debo de notificar a NCP si ya no deseo formar parte del programa.
- Debo ser residente de Nebraska.
- Si soy elegible para participar, entiendo que NCP revisara mi historial médico y me dirá para cuales exámenes califico.
- En base a mi historial médico y a qué tipo de prueba soy elegible, sé que NCP puede proporcionarme un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar y/o ayudarme a programar una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar del programa y tengo una prueba positiva, se hará un seguimiento con una colonoscopia.
  - Si recibo una colonoscopia a través de NCP, entiendo que tal vez tenga que pagar el 10% del costo de dicho examen.
  - Entiendo que mis pagos ayudarán a otros que necesiten colonoscopias a través de NCP.
- Hablaré con mi proveedor de salud acerca de las evaluaciones de cáncer de colon para informarme sobre los posibles efectos secundarios o molestias que se puedan presentar.
- Hablaré con mi proveedor de salud sobre la forma de pago de los exámenes que no sean cubiertos por NCP.
- Entiendo que NCP no pagará el tratamiento si soy diagnosticado con cáncer de colon. El personal de NCP me ayudará a buscar recursos para el tratamiento.

## Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

Sé que:

- ◆ Tal vez me proporcionen información para aprender a como cambiar mi dieta, incrementar actividad física, y/o dejar de fumar. EWM/NCP podría recordarme cuando es tiempo de programar mis exámenes médicos y enviarme información en el correo para ayudarme a aprender más sobre mi salud.
- ◆ De acuerdo a mi historial personal y médico, puede que reciba exámenes y/o materiales de educación en materia de salud. Sé que si me cambio de casa sin hacérselo saber a EWM/NCP, puede que no reciba los recordatorios de las evaluaciones médicas y materiales de educación. Asumo toda la responsabilidad de darle seguimiento a cualquier consejo que mi proveedor de servicios médico me ofrezca.
- ◆ Mi proveedor de servicios médicos, laboratorio, clínica, unidad de radiología, y/u hospital, puede proporcionar los resultados de mis evaluaciones de cáncer de mama y/o colon, enfermedades del corazón, colesterol, de seguimiento, colorrectal, exámenes de diagnóstico y/o tratamientos, a EWM/NCP.
- ◆ Para ayudarme a una mejor toma de decisiones relacionada con mi salud, EWM/NCP podría compartir información clínica o de salud, incluyendo resultados de laboratorio e historial médico, con mi proveedor de servicios de salud.
- ◆ Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de seguro social y/u otra información personal, será utilizada solamente por EWM/NCP. Puede ser utilizada para hacerme saber si necesito evaluaciones de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones si es necesario recibir algún tratamiento.
- ◆ Otros datos podrían ser utilizados para exámenes aprobados por EWM/NCP y/o por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en Inglés), para ser utilizados por investigadores externos para aprender más acerca de la salud de los hombres y las mujeres. Estos exámenes no utilizarán mi nombre ni otros datos personales.

Para poder ser elegible para EWM/NCP, usted debe ser un ciudadano de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. **Por favor señale la opción que le corresponda.**

Con el propósito de cumplir con lo establecido por el Neb. Rev. Stat. 4-111(1)(b), declaro lo siguiente:

- MARQUE UNO**
- Soy ciudadano de los Estados Unidos
  - Soy un extranjero calificado bajo el Acta de Inmigración y Nacionalidad Federal, 8 U.S.C. 1101 et seq., como tal acta existió el 1 de enero de 2009, y está legalmente presente en los Estados Unidos. Adjunto una copia de enfrente y atrás de mi documentación de USCIS. **(Por ejemplo, Tarjeta de residente permanente o Número A/Número de registro extranjero)**

Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertas, completas, y exactas; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

**FIRME Y PONGA  
FECHA**

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido)

Su firma

mes / día / año

Fecha

mes / día / año

Su fecha de nacimiento

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

**INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!**

Version: 4/2024

Primer Nombre:		Inicial:	Apellido:		
Nombre de soltera:		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)			
Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small>Mes Día Año</small>		Género: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Mujer a hombre <input type="radio"/> Hombre a mujer		¿Cómo te identificas?: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Homosexual	
# de Seguro Social: ____ - ____ - ____			Lugar de nacimiento: <small>Ciudad y estado o país de nacimiento</small>		
Dirección:				Número de Apartamento:	
Ciudad:		Condado:	Estado:	Código Postal:	
¿Forma preferida de contacto?	<input type="radio"/> Teléfono de casa (_____) _____		¿El mejor tiempo para encontrarle? <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM		
	<input type="radio"/> Trabajo (_____) _____		<input type="radio"/> Sí, está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular		
<input type="radio"/> Celular (_____) _____					
<input type="radio"/> Sí, quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo:					
<b>En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:</b>					
Persona de contacto:		Teléfono: (____) _____ <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular	Relación al contacto: <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Otro _____		
¿Es usted de origen <b>Latino/Hispano</b> ?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Cuál es el idioma principal que se <b>habla en casa</b> ?			<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro _____		
¿A que <b>raza o etnia pertenece</b> ? <small>(Marque todas las casillas que se aplican)</small>		<input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ <input type="radio"/> Negro/Afro-Americano <input type="radio"/> México-Americano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> No sé			
¿Es usted <b>Refugiado</b> ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		En caso de serlo, de donde es usted:			
Grado de <b>educación</b> completado:		<input type="radio"/> <9no grado <input type="radio"/> Algo de escuela secundaria <input type="radio"/> Se graduó de escuela secundaria o equivalente <input type="radio"/> Algo de universidad o un nivel más alto <input type="radio"/> No sé			
Cómo <b>escucho</b> acerca del programa:		<input type="radio"/> Doctor/Clínica <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Agencia <input type="radio"/> Periódico/Radio/TV <input type="radio"/> Soy paciente actual/Fui paciente anterior <input type="radio"/> Trabajador de Salud Comunitario <input type="radio"/> Las Redes Sociales (Facebook/Instagram, etc.) <input type="radio"/> Otro _____			

INFORMACION DEMOGRAFICA

<b>INGRESO Y SEGURO MEDICO</b>	<i>Es posible que sea requerido mostrar una prueba de que mis ingresos están dentro de las pautas de ingresos del programa, cuando el personal del programa se comunique conmigo. Si se determina que mis ingresos están por encima de los lineamientos, seré responsable de las facturas por los servicios recibidos.</i>			
	¿Cuál es su <b>ingreso familiar, antes de impuestos</b> ?		<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual	Ingreso: \$ _____
	<small>por favor note que:</small> - Aquellas personas con su propio negocio necesitan indicar su ingreso neto, después de impuestos. - Si no tiene ingreso escriba \$0 en el espacio en blanco.		<b>Se le devolverá este formulario si deja el espacio para el ingreso en blanco.</b>	
	¿Cuántas <b>personas</b> viven de este ingreso?		<input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05 <input type="radio"/> 06 <input type="radio"/> 07 <input type="radio"/> 08 <input type="radio"/> 09 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12	
¿Tiene <b>seguro de gastos médicos</b> ?		En caso de Si:		<input type="radio"/> Medicare (personas de 65 o mayores) <input type="radio"/> Parte A y B <input type="radio"/> Solo parte A <input type="radio"/> Medicaid (cobertura individual total) <input type="radio"/> Solo seguro catastrófico <input type="radio"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

**INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!**

Version: 4/2024

**\*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección**

<b>CANCER DE MAMA Y CERVICAL</b>	1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:		
	<b>Papanicolaou</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou __/__/__
	<b>Prueba de VPH</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba del VPH __/__/__
	<b>Mamografía</b> <small>(breast x-ray)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la mamografía __/__/__
	2. ¿Le han realizado una <b>Histerectomía</b> ? (extirpación de la matriz)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
2a. ¿Se le extirpó la <b>cérvix</b> <small>(cuello uterino)</small> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
2b. ¿La <b>Histerectomía</b> se realizó con el fin de tratar <b>cáncer cervico-uterino</b> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
3. ¿Su <b>madre, hermana o hija</b> , han padecido de <b>cáncer de mama</b> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
4. ¿Alguna vez ha tenido usted <b>cáncer de mama</b> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
5. ¿Alguna vez ha tenido usted <b>cáncer cervico-uterino</b> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
		Quando: __/__/__	

<b>CANCER DE COLON</b>	1. ¿Cuántos <b>familiares de 1er grado</b> , <b>sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos)</b> han sido diagnosticados con <b>cáncer de colon o cáncer rectal</b> ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántos de esos familiares con <b>cáncer de colon</b> tenían <b>menos de 60 años</b> ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	3. ¿Cuántos <b>familiares de 1er grado</b> , <b>sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos)</b> han sido diagnosticados con <b>pólipos en el colon</b> ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Cuántos de esos familiares con <b>pólipos</b> tenían <b>menos de 50 años</b> ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Cuántos <b>familiares de 1er grado</b> , <b>sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos)</b> han sido diagnosticados con <b>otros tipos de cáncer</b> ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían?		
	6. ¿Alguna vez lo(a) han dicho que tiene <b>pólipos</b> en el colon?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	6a. ¿Qué <b>tipo de pólipos</b> tenía? _____ ¿Cuántos pólipos tenía? _____		
	7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: <i>(Fechas y resultados necesitan dedo marcado)</i>		
	<b>Kit de taburetes basado en el hogar</b> <small>(prueba de las heces)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente __/__/__
	<b>Sigmoidoscopia</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente __/__/__
	¿Le removieron los pólipos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
<b>Colonoscopia</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente __/__/__	
¿Le eliminaron los pólipos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
<b>Enema de Bario de Doble Contraste</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente __/__/__	
8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:			
Enfermedad de Crohns	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Colitis Ulcerosa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
9. ¿Se encuentra <b>usted</b> actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
10. ¿En los últimos <b>30 días</b> ha tenido <b>sangrado rectal</b> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del <b>sangrado rectal</b> ?			
11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con <b>cáncer de colon o cáncer rectal</b> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
11a. En caso afirmativo, ¿Cuándo le diagnosticaron?		____/____/____	
12. Mi médico principal es:			
Nombre de la clínica:	Ciudad:	Teléfono:	

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

**INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!**

Version: 4/2024

<b>DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA</b>	1. ¿Cuántas tazas de <b>fruta</b> 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 <b>vegetales</b> 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 <b>pescado</b> 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 <b>todo grano</b> ?	<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 <b>bebidas azucaradas</b> 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 <b>sodio o sal</b> ?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé		
7. ¿Cuántos minutos de <b>actividad física</b> obtienes en una <b>SEMANA</b> ? <i>(caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)</i>	___ Minutos		<input type="radio"/> No sé		

	HIPERTENSIÓN	NIVEL ALTO DE COLESTEROL	DIABETES
1. ¿ <b>ALGUNA VEZ</b> 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 <b>ACTUALMENTE</b> 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 <b>últimos 7 días</b> , ¿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 <b>PRESIÓN ARTERIAL</b> 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. <i>Si no, indique la razón:</i>	<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 <b>PRESIÓN ARTERIAL</b> ?	<input type="radio"/> Varias veces al día <input type="radio"/> A diari <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 <b>PRESIÓN ARTERIAL</b> 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		

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

6 ¡Continúe! ¡Ya casi termina! --->

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

**INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!**

Version: 4/2024

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

<b>VIDA DIARIA</b>	1. Al pensar en su <b>salud física</b> , incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos <b>30 días</b> , su <b>salud física no se encontraba bien</b> ?	_____Días <input type="radio"/> No sé
	2. Al pensar en su <b>salud mental</b> , incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos <b>30 días</b> , su <b>salud mental no se encontraba bien</b> ?	_____Días <input type="radio"/> No sé
	3. En los últimos <b>30 días</b> , ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus <b>actividades usuales</b> , como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?	_____Días <input type="radio"/> No sé
	4. ¿ Está <b>limitado</b> 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 <b>algún problema de salud</b> que requiera el uso de <b>equipo especial</b> , 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 <b>Sí</b> , ¿qué <b>tipo de discapacidad</b> tiene?	<input type="radio"/> Emocional <input type="radio"/> Intelectual <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Sensorial
6. En las últimas 2 semanas, <b>con qué frecuencia</b> te han molestado algunos de los siguientes problemas: 6a. <b>Poco interés o placer en hacer las cosas:</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	
6b. <b>Sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado:</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	

<b>SEGURIDAD Y BIENESTAR</b>	1. ¿Cuántos días en la última semana ha tenido una <b>bebida que contenga alcohol</b> ?	<input type="radio"/> Nunca    _____Días <input type="radio"/> No sé
	1a. ¿En los días que tuviste una bebida que contenga alcohol, <b>cuántas bebidas</b> 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. <b>mujer</b> , ¿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. <b>hombre</b> , ¿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 <b>influenza (inyección o spray)</b> ?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
	4a. Si su respuesta es <b>No</b> , por favor indique por qué?	
5. ¿Le han suministrado la vacuna de la <b>neumonía</b> ?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé	
6. ¿Cuándo fue la última vez que fue al <b>dentista</b> 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	

<b>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</b>	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 <b>acceso a Internet</b> ?	<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

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Felicidades! Ya ha terminado! ----> 7**

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

**INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!**

Version: 4/2024

<b>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</b>	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, <b>identifique el tipo de servicios que utiliza</b> , si no, seleccione No aplicable (seleccione todos los que correspondan)	<input type="radio"/> <b>Bebé</b> (desde el nacimiento hasta los 11 meses) <input type="radio"/> <b>Niño pequeño</b> (11 a 36 meses) <input type="radio"/> <b>Preescolar</b> (3 a 5 años) <input type="radio"/> <b>Cuidado después de la escuela</b> (K-9º grado) <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> No sé
	6. ¿Ha tenido alguno de estos <b>problemas relacionados con el cuidado de los niños</b> 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 <b>situación de vivienda</b> ?	<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 <b>seguro se siente</b> :	
	8a. ¿Con qué frecuencia tu <b>pareja te lastima físicamente</b> ?	<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 <b>insulta o te habla con desdén</b> ?	<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 <b>medicamentos que toma para cualquier afección de salud que pueda tener</b> :	
	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

\* N/A = No Aplica

**¡Buen trabajo! ¡Listo!**

**Si tiene preguntas, por favor contacte a los Programas:**

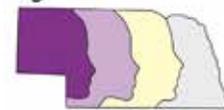
Nebraska Women's and Men's Health Program  
301 Centennial Mall South || P.O. Box 94817  
Lincoln, NE 68509-4817

**Larga distancia sin costo:** 800-532-2227  
**En Lincoln:** 402-471-0929  
**Fax:** 402-471-0913

**Sitios Web:** [www.dhhs.ne.gov/womenshealth](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth)

**Correo electrónico:** [dhhs.ewm@nebraska.gov](mailto:dhhs.ewm@nebraska.gov) (Every Woman Matters)  
[dhhs.nccsp@nebraska.gov](mailto:dhhs.nccsp@nebraska.gov) (Nebraska Colon Program)

*Every Woman Matters*



**NEBRASKA**

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Funds for this project were provided through the Centers for Disease Control and Prevention Breast and Cervical Early Detection Program and the Well Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation Cooperative Agreements with the Nebraska Department of Health and Human Services.

