

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>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"/> Dejé el tabaco (hace 1-12 meses) <input type="radio"/> Dejé el tabaco (hace +12 meses) <input type="radio"/> Nunca he fumado
----------------	---	---

VIDA DIARIA	1. ¿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
	2. ¿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
	2a. 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
	3. En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas: 3a. 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
3b. 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	

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
	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?

Sí No No se ha dado respuesta

9b. ¿A veces es descuidado al tomar su medicamento?

Sí No No se ha dado respuesta

9c. Cuando te sientes mejor, ¿a veces dejas de tomar tu medicina?

Sí No No se ha dado respuesta

9d. A veces, si se siente peor cuando toma su medicamento, ¿deja de tomarlo?

Sí No 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: Sí No

Colesterol total: _____

HDL: _____ LDL: _____ la glucosa: _____

Prueba de colesterol:

No corresponde

Rechazar

Realizado por Health Coach

autoinformado

Realizado por el proveedor de atención médica

Fecha del colesterol total: ____/____/____