

# 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](http://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](mailto: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 <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 (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 <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? (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 <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

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

<b>VIDA DIARIA</b>	1. ¿ 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
	2. ¿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
	2a. 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
	3. En las últimas 2 semanas, <b>con qué frecuencia</b> te han molestado algunos de los siguientes problemas: 3a. <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
3b. <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>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</b>	1. <b>¿Posee o usa alguno de los siguientes tipos de computadoras?</b> 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
	3. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que te preocupara quedarte sin <b>comida por falta de dinero u otros recursos?</b>	<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 <b>problemas de transporte?</b>	<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"/> 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 <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

<b>HISTORIAL DE PRUEBAS DE DETECCIÓN</b>	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 <b>cáncer colorrectal</b> 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 <b>cáncer colorrectal</b> 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>

<b>LA BIOMETRÍA</b>	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: ____/____/____	