

Health Coaching wPre/Follow Up Assessment

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

SU INFORMACIÓN

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fijo: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Genero: Masculino Femenino

Latino/Hispano?: Sí No

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

- Blanco Negro/Afro-Americano México-Americano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska
 Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo Otro _____

¿Estás limitado de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

- Sí No No Sé No quiere responder

¿Tiene ahora algún problema de salud que requiera que use equipo especial, como un baston, una silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?

- Sí No No Sé No quiere responder

En caso afirmativo, ¿qué tipo de discapacidad?

¿Es usted un refugiado? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, ¿de dónde? _____

Condado de residencia en Nebraska: _____

Condados preferidos en Nebraska: _____

¿Tiene usted un médico de cabecera?

- Sí No

¿Tienes seguro médico?

- Cubierta del empleador Mercado de la salud
 Medicare Medicaid No

¿Usted fuma? (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)

- Soy fumador Dejé el tabaco (hace 1-12 meses)
 Dejé el tabaco (hace más de 12 meses)
 Nunca he fumado

¿Tu médico, enfermera u otro profesional de la salud te ha dicho alguna vez que tienes presión arterial alta?

- Sí No No corresponde

¿Tomas algún medicamento recetado por tus médicos AHORA para bajar la presión arterial alta?

- Sí No No Sé No corresponde

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días (incluso hoy) tomó su medicamento para la presión arterial?

- 1 2 3 4 5 6 7 No Sé

¿Tu médico, enfermera u otro profesional de la salud te ha dicho alguna vez que tienes azúcar en la sangre?

- Sí No No corresponde

¿Tomas algún medicamento recetado por tus médicos AHORA para reducir la diabetes?

- Sí No No Sé No corresponde

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días (incluso hoy) tomó su medicamento para la diabetes?

- 1 2 3 4 5 6 7 No Sé

¿Tu médico, enfermera u otro profesional de la salud te ha dicho alguna vez que tienes colesterol alto?

- Sí No No corresponde

¿Tomas algún medicamento recetado por tus médicos AHORA para reducir el colesterol alto?

- Sí No No Sé No corresponde

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días (incluyendo hoy) tomó su medicamento para el colesterol?

- 1 2 3 4 5 6 7 No Sé

¿Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con enfermedad cardíaca coronaria(o)/dolor de pecho?

Sí No No Sé

¿Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con defectos cardíacos congénitos?

Sí No No Sé

¿Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con insuficiencia cardíaca?

Sí No No Sé

¿Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (TIA)?

Sí No No Sé

¿Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con enfermedad vascular?

Sí No No Sé

¿Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con ataque cardíaco?

Sí No No Sé

¿Está usted tomando aspirina diariamente para ayudar a prevenir un ataque al corazón o derrame cerebral?

Sí No No Sé

¿Te has hecho una mamografía en los últimos 2 años?

Sí No No Sé

¿Te has hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años?

Sí No No Sé

¿Te han hecho el examen o prueba para detectar cáncer colorrectal?

Sí No No Sé

Pre and Follow up Assessment

¿Comes pescado al menos dos veces a la semana?

Sí No No Sé

¿Bebe menos de 36 onzas de bebidas azucaradas a la semana? (3 latas (de 12 onzas) de soda regular, jugo, alcohol, bebidas especializadas)

Sí No No Sé

¿Está observando o reduciendo su consumo de sodio o sal?

Sí No No Sé

¿Cuánta fruta come usted en un día regular? (1 taza es igual a 1 pequeño plátano o 1 manzana mediana)

0 1 2 3 4 5 6 o más
 No Sé

¿Cuántos vegetales come usted en un día regular?

(1 taza es igual a 12 zanahorias "pequeñitos" o 1 mazorca de maíz)

0 1 2 3 4 5 6 o más
 No Sé

En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas poco interés o placer en hacer las cosas?

No Algunos días
 Más de la mitad Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado?

No Algunos días
 Más de la mita Casi todos los días

¿Cuántas porciones de cereales comes en un día?

(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)

1 2 3 4 5 6 No sé

De estas porciones, ¿cuántos son grano integral?

Menos de la mitad Como una mitad
 Más de la mitad No sé

¿Cuántos minutos de actividad física obtienes en una

SEMANA? (caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)

0 30 minutos
 60 minutos 75 minutos or más
 No sé

Blood Pressure 1: _____/_____

Blood Pressure 2: _____/_____

Height: _____

Weight: _____

Waist Circumference: _____

Total Cholesterol: _____

Date of Total Cholesterol: ____/____/____