

# Coaching de Salud Admisión Inicial y Preevaluación

Every Woman Matters

11/2023



**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:** \_\_\_\_\_

**Community Health Hub (CHH):**

Central District Health Department - CDHD       Elkhorn Logan Valley Public Health Department - ELVPHD  
 Lincoln Lancaster County Health Department - LLCHD       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 mmddyy; 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. ¿Cuánta <b>fruta</b> come usted en un día regular? <i>(1 taza es igual a 1 plátano grande o 1 manzana mediana)</i>	___ Tazas	<input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántos <b>vegetales</b> come usted en un día regular? <i>(1 taza es igual a 12 zanahorias "baby" o 1 mazorca de maíz)</i>	___ Tazas	<input type="radio"/> No sé
	3. ¿Come <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	

COLESTEROL, PRESIÓN ARTERIAL Y DIABETES		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 sé	____ Días <input type="radio"/> No sé	____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. ¿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		
	4a. 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		
	4b. ¿Con qué frecuencia se mide la <b>PRESIÓN ARTERIAL</b> ?	<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		
4c. ¿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			

CORAZON	1. Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con alguna de las siguientes condiciones? (se requiere una respuesta para cada uno)	
		Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho: Defectos congénitos del corazón: Insuficiencia cardiaca: Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio: Enfermedad vascular: Infarto/ataque cardiaco:
	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

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

VIDA DIARIA	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 mitad <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 mitad <input type="radio"/> Casi todos los días	

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
*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.		

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: ____/____/____	