



# Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

Por favor complete la siguiente forma. El llenar este formato le ayudará a Cada Mujer Importa (CMI) 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 **IMPRESA**. 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 esta lista.

¡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 Cada Mujer Importa y/o del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska.
- **NO podrá inscribirse hasta que todas las páginas hayan sido completadas.**

## CADA MUJER IMPORTA (PARA MUJERES)

Quiero formar parte del programa Cada Mujer Importa (CMI). Sé que:

- Debo tener entre 40 y 74 años de edad para poder recibir los servicios.
- Mi nivel de ingresos no puede rebasar a los estándares de ingreso indicados.
- Si cuento con seguro médico, CMI sólo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo pertenecer al género femenino (según lo establecido por la ley Federal)
- Debo de notificar a CMI si ya no deseo formar parte del programa.
- Sé que si tengo entre 40 y 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 CMI.
- 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.
- Ya he hablado con la clínica sobre la forma en que voy a pagar los exámenes médicos y servicios que no sean cubiertos por el programa CMI.
- 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 50 y 74 años de edad para poder recibir los servicios (sin excepción alguna).
- Mi nivel de ingresos no puede rebasar a los estándares de ingreso indicados.
- 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.
- De acuerdo a mi historial médico y a qué tipo de examen soy elegible, se que NCP podría suministrarme con un kit de utensilios para tomar la muestra de materia fecal en casa (FOBT por sus siglas en Inglés), y/o ayudarme a pedir una cita para una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo el kit de FOBT por parte del programa y el resultado de dicho examen es positivo, se le dará 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 diagnostico 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. CMI/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 CMI/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 CMI/NCP.
- ◆ Para ayudarme a una mejor toma de decisiones relacionada con mi salud, CMI/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 CMI/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 CMI/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 calificar para CMI/NCP, usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero calificado de acuerdo al Acta Federal de Migración y Ciudadanía. Por favor indique qué opción aplica en su caso:**

**Para efectos de cumplir con lo indicado en Neb. Rev. Stat. §§ 4-108 al 4-114, doy fe de que:**

- Soy un ciudadano de los Estados Unidos
- Soy un extranjero calificado bajo el Acta Federal de Migración y Ciudadanía. He adjuntado una copia por ambos lados de mis documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés) también conocidos como tarjeta de permanente residente.

A través de este medio, declaro que mis respuestas e información provista en esta forma y en cualquier solicitud relacionada con la obtención de beneficios públicos, es verdadera, completa y precisa, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

Por favor escriba su nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Firma

mes / día / año  
Su fecha de nacimiento

mes / día / año  
Fecha en la que firmó

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

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

Version: Noviembre 2019

<b>INFORMACION DEMOGRAFICA</b>	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		
	Fecha de nacimiento: ____/____/____		Genero: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		
	# de Seguro Social: ____ - ____ - ____		Lugar de nacimiento:		
	Dirección:				Apt. #:
	Ciudad:	County:	Estado:	Código Postal:	
	¿Forma preferida de contacto?		<input type="radio"/> Fijo (____) _____ <input type="radio"/> Trabajo (____) _____ <input type="radio"/> Celular (____) _____		
	<input type="radio"/> <b>Sí</b> , quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo:				
	<b>En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:</b>				
	Persona de contacto:	Fijo: (____) _____	Relación: <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Otro _____		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
¿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</b> pertenece? <i>(Marque todas las casillas que se aplican)</i>		<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/Fui Paciente <input type="radio"/> Trabajador de Salud <input type="radio"/> Otro _____			

<b>INGRESO Y SEGURO MEDICO</b>	Cuando el staff del programa me contacte, será necesario que les muestre prueba de mis ingresos para asegurarnos que estén dentro de los estándares de ingreso indicados. Si mis ingresos rebasan dichos estándares, será responsable de cubrir el costo de los servicios que reciba.				
	¿Cuál es su <b>ingreso familiar</b> , antes de impuestos?		<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual		Ingreso: \$ _____
	<i>por favor note que:</i> - 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.		Se le devolverá este formulario si deja el espacio para el ingreso en blanco.		
	¿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> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No/No cubre esto		En caso de Sí:	<input type="radio"/> Medicare (personas mayores de 65) <input type="radio"/> Parte A y B <input type="radio"/> Solo parte A <input type="radio"/> Medicaid (cobertura individual total) <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: Noviembre 2019

<b>**SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección</b>			
<b>CANCER DE MAMA Y CERVICAL</b>	1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:		
	<b>Papanicolaou</b>	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha del más reciente ___/___/___
			Resultados: ○ Normal ○ Anormal ○ No sé
	<b>Mamografía</b> (breast x-ray)	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha del más reciente ___/___/___
			Resultados: ○ Normal ○ Anormal ○ No sé
	2. ¿Le han realizado una <b>Histerectomía</b> ? (extirpación de la matriz)		○ Sí ○ No ○ No sé
	2a. ¿La <b>Histerectomía</b> se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?		○ Sí ○ No ○ No sé
	3. ¿Su <b>madre, hermana o hija</b> , han padecido de <b>cáncer de mama</b> ?	○ Sí ○ No ○ No sé	
	4. ¿Alguna vez ha tenido usted <b>cáncer de mama</b> ?	○ Sí ○ No ○ No sé	Quando: ___/___/___
	5. ¿Alguna vez ha tenido usted <b>cáncer cervico-uterino</b> ?	○ Sí ○ No ○ No sé	Quando: ___/___/___

<b>CANCER DE COLON</b>	1. ¿Cuántos <b>familiares de 1er grado</b> , sin contarse a usted ( <b>padres, hermanos, hijos</b> ) han sido diagnosticados con <b>cáncer de colon o cáncer rectal</b> ?		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3+ ○ No sé
	2. ¿Cuántos de esos familiares con <b>cáncer de colon</b> tenían <b>menos de 60 años</b> ?		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3+ ○ No sé
	3. ¿Cuántos <b>familiares de 1er grado</b> , sin contarse a usted ( <b>padres, hermanos, hijos</b> ) han sido diagnosticados con <b>pólipos en el colon</b> ?		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3+ ○ No sé
	4. ¿Cuántos de esos familiares con <b>pólipos</b> tenían <b>menos de 50 años</b> ?		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3+ ○ No sé
	5. ¿Cuántos <b>familiares de 1er grado</b> , sin contarse a usted ( <b>padres, hermanos, hijos</b> ) han sido diagnosticados con <b>otros tipos de cáncer</b> ?		○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3+ ○ No sé
	5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían?		
	6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado <b>pólipos</b> en el colon?		○ Sí ○ No ○ No sé
	6a. ¿Qué <b>tipo de pólipos</b> le diagnosticaron? _____ ¿Cuántos pólipos tenía? _____		
	7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: ( <b>Fechas y resultados necesitan dedo marcado</b> )		
	<b>Prueba de Sangre Oculta en Heces</b>	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente ___/___/___
			Resultado: ○ Normal ○ Anormal
	<b>Sigmoidoscopia</b>	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente ___/___/___
			Resultado: ○ Normal ○ Anormal
	¿Le removieron los pólipos?	○ Sí ○ No ○ No sé	
	<b>Colonoscopia</b>	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente ___/___/___
		Resultado: ○ Normal ○ Anormal	
¿Le removieron los pólipos?	○ Sí ○ No ○ No sé		
<b>Enema de Bario de Doble Contraste</b>	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente ___/___/___	
		Resultado: ○ Normal ○ Anormal	
8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:			
Enfermedad de Crohns	○ Sí ○ No ○ No sé		
Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés)	○ Sí ○ No ○ No sé		
Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés)	○ Sí ○ No ○ No sé		
Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés)	○ Sí ○ No ○ No sé		
Colitis Ulcerosa	○ Sí ○ No ○ No sé		
9. ¿Se encuentra <b>usted</b> actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas?		○ Sí ○ No ○ No sé	
10. ¿En los últimos <b>30 días</b> ha tenido <b>sangrado rectal</b> ?		○ Sí ○ No ○ 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> ?		○ Sí ○ No ○ No sé	
11a. En caso afirmativo, ¿Cuándo le diagnosticaron?		___/___/___	
12. Mi médico de cabecera o el médico que utilizo para Cada Mujer Importa 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: Noviembre 2019

<b>DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA</b>	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. ¿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"/> 1 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 6+	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> 4
	4a. De estas porciones, ¿cuántos son <b>todo grano</b> ?	<input type="radio"/> Menos de la mita <input type="radio"/> Más de la mita	<input type="radio"/> Como una 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 sé	___ Días <input type="radio"/> No sé	___ Días <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. 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 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 <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	
	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

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

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

Version: Noviembre 2019

<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"/> Dejó el tabaco (hace 1-12 meses) <input type="radio"/> Dejó 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, ¿cuantos 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? (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)	<input type="radio"/> Nunca    ____ Bebidas <input type="radio"/> No sé
	2. Si es Ud. <b>mujer</b> , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* <input type="radio"/> ____ Días <input type="radio"/> No sé
	3. Si es Ud. <b>hombre</b> , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* <input type="radio"/> ____ 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	

\* N/A = No Aplica

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

**Felicidades! Ya ha terminado! → 7**

# Dedíquele Tiempo a su Salud. Hágalo por USTED y por su Familia.

Entérese de qué tipo de exámenes o evaluaciones son los más adecuados para usted llenando esta forma.



**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)

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

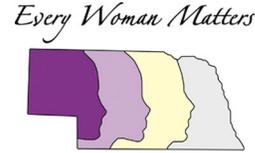
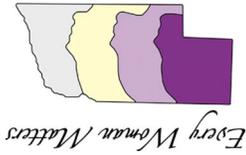
**Larga distancia sin costo:** 800-532-2227  
**En Lincoln:** 402-471-0929  
**Fax:** 402-471-0913

Programas de Salud de Mujeres y Hombres de Nebraska  
301 Centennial Mall South ~ P.O. Box 94817  
Lincoln, NE 68509-4817

**Si tiene preguntas, por favor contacte a los Programas de Salud de Mujeres y Hombres de Nebraska:**



Cada Mujer Importa y el Programa de Detección de Cáncer de Colon, le ofrecen evaluaciones de salud muy importantes!



Los fondos de este proyecto fueron provistos a través de los Centros de Control y Prevención, del Programa Detección Temprana de Cáncer de Mama y de Colon, de Evaluaciones Integradas para Mujeres a través de la Nación, y los Acuerdos de Cooperación del Programa de Detección de Cáncer Colorrectal con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.