

Por favor responda las siguientes preguntas y envíe de vuelta en el sobre que se provee en 1-2 semanas. ¡Esto nos ayudará a crear mejores programas para mujeres en Nebraska!

Si lo prefiere puede responder a esta encuesta por internet en este enlace:

<https://www.surveymonkey.com/r/EWMAssessment>

¡Gracias! -Personal de EWM

**FOR HEALTH COACHES USE ONLY**

Client ID#: \_\_\_\_\_

Client County: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date of Call: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Name of CHH: \_\_\_\_\_

<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"/> 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	

	<b>HIPERTENSIÓN</b>	<b>NIVEL ALTO DE COLESTEROL</b>	<b>DIABETES</b>
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
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. ¿Con qué frecuencia se mide la <b>PRE-SIÓN 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		
5b. ¿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?  
(marcar todos los que se aplican)

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 **aspirina diariamente** para ayudar a prevenir un ataque al corazón o derrame cerebral?

Sí    No    No sé

**CIGARRO**

1. ¿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 +12 meses)  
 Nunca he fumado

**REQUIRED: FOR HEALTH COACHES USE ONLY**

Height (inches): \_\_\_\_\_ Weight (pounds): \_\_\_\_\_  
 Waist Circumference (inches): \_\_\_\_\_

BP 1: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_      BP 2: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Client fasted 9 hrs:  Yes  No

Total Cholesterol\*\* : \_\_\_\_\_

**\*\*If TC is >240 WW *REQUIRES* an additional cholesterol test.**

HDL: \_\_\_\_\_ Triglycerides: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_

Non-HDL: \_\_\_\_\_ TC/HDL: \_\_\_\_\_

Cholesterol test performed by:

- Primary Care Provider
- Local Health Department by Cholestech Machine
- Other \_\_\_\_\_

What Healthy Behavior Support Services did you participate in?

- National Diabetes Prevention Program (NDPP)       Living Well
- Check. Change. Control.       Walk & Talk Toolkit
- Health Coaching       Other \_\_\_\_\_

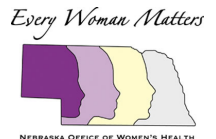
EWM would like to share test results with a preferred physician.

What is the name/address/phone number of preferred physician:

Physician Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



Women's and Men's Health Programs  
 (Programas de Salud para Hombres y Mujeres)  
 301 Centennial Mall South || P.O. Box 94817 || Lincoln, NE 68509  
 Toll-Free: 800-532-2227 || In Lincoln: 402-471-0929  
 Email: dhhs.ewm@nebraska.gov  
 Website: www.dhhs.ne.gov/EWM

2022

