

## Initial Encounter Assessment

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

## SU INFORMACIÓN

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fijo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Masculino  FemeninoLatino/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  Dejó el tabaco (hace 1-12 meses)  
 Dejó 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