



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.

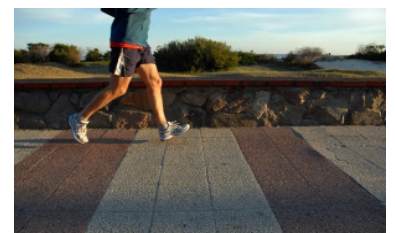
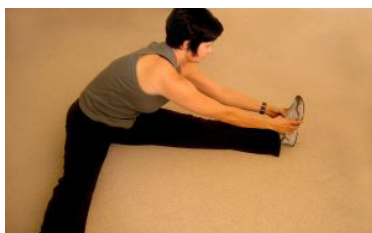
LO QUE NECESITA SABER:

- **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 **IMPRENTA**. 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 la tarjeta de exámenes.
- Después que recibamos su aplicación será revisada para ver si calificas para los servicios. Usualmente esto toma 2 semanas.
- Una vez que determinamos que servicios va a recibir, le devolveremos la aplicación junto con su tarjeta de servicios para que la lleve al proveedor de atención médica el día de su cita.

WHAT YOUR PROVIDER NEEDS TO KNOW:

- Screenings were determined based upon the HLQ submitted to EWM/NCP.
- This HLQ was mailed back to the client with a Screening Card. Client was instructed to bring the form so you can discuss benefits of healthy lifestyle behaviors.
- Clinics may keep the HLQ as a part of the client chart, if so desired.

¡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 45 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.
- En base a mi historial médico y a qué tipo de prueba soy elegible, sé que NCP puede proporcionarme un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar y/o ayudarme a programar una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar del programa y tengo una prueba positiva, se hará un 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 diagnóstico 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 ser elegible para EWM, usted debe ser un ciudadano de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. **Por favor señale la opción que le corresponda.**

Con el propósito de cumplir con lo establecido por el Neb. Rev. Stat. 4-111(1)(b), declaro lo siguiente:

- MARQUE UNO**
- Soy ciudadano de los Estados Unidos
 - Soy un extranjero calificado bajo el Acta de Inmigración y Nacionalidad Federal, 8 U.S.C. 1101 et seq., como tal acta existió el 1 de enero de 2009, y está legalmente presente en los Estados Unidos. Adjunto una copia de enfrente y atrás de mi documentación de USCIS. **(Por ejemplo, Tarjeta de residente permanente o Número A/Número de registro extranjero)**

Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertas, completas, y exactas; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

**FIRME Y PONGA
FECHA**

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido)

Su firma

mes / día / año

Fecha

mes / día / año

Su fecha de nacimiento

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

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

Version: 4/2022

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 <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Mujer a hombre <input type="radio"/> Hombre a mujer		¿Cómo se identifica?: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Homosexual
# de Seguro Social: _____ - _____ - _____			Lugar de nacimiento: <small>Ciudad y estado o país de nacimiento</small>	
Dirección:				Apt. #:
Ciudad:		County:	Estado:	Código Postal:
¿Forma preferida de contacto?	<input type="radio"/> Fijo (_____) _____ <input type="radio"/> Trabajo (_____) _____ <input type="radio"/> Celular (_____) _____		¿El mejor tiempo para encontrarle? <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM <input checked="" type="radio"/> Sí, está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular	
	<input type="radio"/> Sí, quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo: _____			
En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:				
Persona de contacto:		Fijo: (____) _____ <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular	Relación: <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Otro _____	
¿Es usted de origen Latino/Hispano?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
Cuál es el idioma principal que se habla en casa?			<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro _____	
¿A que raza o etnia 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 Refugiado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		En caso de serlo, de donde es usted:		
Grado de educación 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 escucho 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 _____		

INFORMACION DEMOGRAFICA

INGRESO Y SEGURO MEDICO	Es posible que sea requerido mostrar una prueba de que mis ingresos están dentro de las pautas de ingresos del programa, cuando el personal del programa se comuniquen conmigo. Si se determina que mis ingresos están por encima de los lineamientos, seré responsable de las facturas por los servicios recibidos.		
	¿Cuál es su ingreso familiar, 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 personas 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 seguro de gastos médicos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No/No cubre esto	En caso de Si:	<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: 4/2022

****SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección**

CANCER DE MAMA Y CERVICAL	1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:		
	Papanicolaou	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou ___/___/___
	Prueba de HPV	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba del HPV ___/___/___
	Mamografía <small>(breast x-ray)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la mamografía ___/___/___
	2. ¿Le han realizado una Histerectomía ? (extirpación de la matriz)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
2a. ¿Se le extirpó la cérvix <small>(cuello uterino)</small> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
2b. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
3. ¿Su madre, hermana o hija , han padecido de cáncer de mama ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
		Quando: ___/___/___	

CANCER DE COLON	1. ¿Cuántos familiares de 1er grado , sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con cáncer de colon o cáncer rectal ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántos de esos familiares con cáncer de colon tenían menos de 60 años ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	3. ¿Cuántos familiares de 1er grado , sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con pólipos en el colon ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Cuántos de esos familiares con pólipos tenían menos de 50 años ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Cuántos familiares de 1er grado , sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con otros tipos de cáncer ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían?		
	6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado pólipos en el colon?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	6a. ¿Qué tipo de pólipos le diagnosticaron? _____ ¿Cuántos pólipos tenía? _____		
	7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: <i>(Fechas y resultados necesitan dedo marcado)</i>		
	Kit de taburetes basado en el hogar <small>(prueba de las heces)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___
	Sigmoidoscopia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___
	¿Le removieron los pólipos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
Colonoscopia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___	
¿Le removieron los pólipos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Enema de Bario de Doble Contraste	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___	
8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:			
Enfermedad de Crohns	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Colitis Ulcerosa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
9. ¿Se encuentra usted actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
10. ¿En los últimos 30 días ha tenido sangrado rectal ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del sangrado rectal ?			
11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con cáncer de colon o cáncer rectal ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 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:	

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ **Continúe por el bien de su salud! ----> 5**

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

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

Version: 4/2022

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA	1. ¿Cuánta fruta 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 vegetales 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 pescado 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"/> 4	<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
	4a. De estas porciones, ¿cuántos son todo grano ?	<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 bebidas azucaradas 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 sodio o sal ?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé	
7. ¿Cuántos minutos de actividad física obtienes en una SEMANA ? <i>(caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)</i>	___ Minutos	<input type="radio"/> No sé			

	HIPERTENSIÓN	NIVEL ALTO DE COLESTEROL	DIABETES
1. ¿ ALGUNA VEZ 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 ACTUALMENTE 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 últimos 7 días , ¿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 PRESIÓN ARTERIAL 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 PRESIÓN ARTERIAL ?	<input type="radio"/> Varias veces al día <input type="radio"/> A diari <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 PRESIÓN ARTERIAL 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? <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 aspirina diariamente 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: 4/2022

CIGARRO	1. ¿Usted fuma? (incluyendo cigarrros, 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	1. Al pensar en su salud física , incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuantos días de los últimos 30 días , su salud física no se encontraba bien?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	2. Al pensar en su salud mental , incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud mental no se encontraba bien?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	3. En los últimos 30 días , ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus actividades usuales , como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. ¿ Está limitado 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 algún problema de salud que requiera el uso de equipo especial , 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 Sí , ¿qué tipo de discapacidad tiene?	<input type="radio"/> Emocional <input type="radio"/> Intelectual <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Sensorial
6. En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas: 6a. Poco interés o placer en hacer las cosas:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	
6b. Sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	

SEGURIDAD Y BIENESTAR	1. ¿Cuántos días en la última semana ha tenido una bebida que contenga alcohol?	<input type="radio"/> Nunca ____ Días <input type="radio"/> No sé
	1a. ¿En los días que tuviste una bebida que contenga alcohol, cuántas bebidas tuviste? <i>(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)</i>	<input type="radio"/> Nunca ____ Bebidas <input type="radio"/> No sé
	2. Si es Ud. mujer , ¿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. hombre , ¿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 influenza (inyección o spray)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
	4a. Si su respuesta es No , por favor indique por qué?	
5. ¿Le han suministrado la vacuna de la neumonía ?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé	
6. ¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista 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 (Every Woman Matters)
dhhs.nccsp@nebraska.gov (Nebraska Colon Program)

Sitios Web: www.dhhs.ne.gov/womenshealth
www.dhhs.ne.gov/crc or www.StayInTheGameNE.com

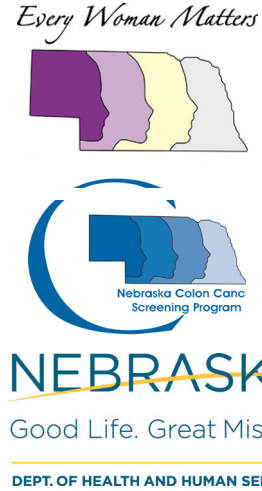
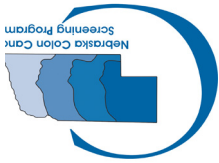
Larga distancia sin costo: 800-532-2227
En Lincoln: 402-471-0929
Fax: 402-471-0913

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!



Funds for this project were provided through the Centers for Disease Control and Prevention Breast and Cervical Early Detection Program and the Well Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation Cooperative Agreements with the Nebraska Department of Health and Human Services.

Entérese si usted califica para estos programas!