



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: _____

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"/> 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 todo grano ?	<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 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. <i>Si no, indique la razón:</i>	<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? (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?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé

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

VIDA DIARIA	1. Al pensar en su salud física , incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos 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 cuántos 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 mitad <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 mitad <input type="radio"/> Casi todos los días	

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
 February 2020

