

Post-Evaluación del Coaching de Salud



301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913
1-800-532-2227

www.dhhs.ne.gov/womenshealth

Adaptaciones razonables hechas para personas con discapacidades. TDD (800) 833-7352. Nebraska DHHS proporciona asistencia lingüística sin costo a personas con dominio limitado del inglés que buscan nuestros servicios.

Las Notas:

- ¿Para quién es este formulario? Mujeres de 35 a 64 años que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente y/o no califican para EWM.
- Complete el formulario de evaluación y envíelo al Programa de Salud de Mujeres y Hombres al siguiente correo electrónico: dhhs.ewm@nebraska.gov o complete en línea yendo a: <https://www.surveymonkey.com/r/HCPPostAssessmentSPANISH>
- Post Biometrics son OBLIGATORIOS. Si el colesterol anterior era de 240 mg / dl y superior también se requiere colesterol total.

Please answer each question and PRINT clearly!

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	Date Completed with Client: ____/____/____
	Community Health Hub (CHH):
	<input type="radio"/> Central District Health Department - CDHD <input type="radio"/> Elkhorn Logan Valley Public Health Department - ELVPHD <input type="radio"/> Lincoln Lancaster County Health Department - LLCHD <input type="radio"/> Panhandle Public Health Department - PPHD <input type="radio"/> South Heartland District Health Department - SHDHD <input type="radio"/> Southwest Nebraska Public Health Department - SWNPHD <input type="radio"/> Three Rivers Public Health Department - 3RPHD <input type="radio"/> Other _____
	Client ID#: _____ Medit ID#: _____
	Fecha de nacimiento: ____/____/____

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA	1. ¿Cuánta fruta come usted en un día regular? (1 taza es igual a 1 plátano grande o 1 manzana mediana)	____ Tazas <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántos vegetales come usted en un día regular? (1 taza es igual a 12 zanahorias "baby" o 1 mazorca de maíz)	____ 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? (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)	<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 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? (3 latas (de 12 onzas) de soda regular, jugo, alcohol, bebidas especializadas)	<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 ? (caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)	____ 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. ¿Usted se mide la PRESIÓN ARTERIAL cuando no está en la oficina del doctor (en la casa, en la farmacia o en una tienda, etc.)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
4a. 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		
4b. ¿Con qué frecuencia se mide la PRESIÓN ARTERIAL ?	<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		
4c. ¿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? (se requiere una respuesta para cada uno)	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 cigarros, 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. ¿ 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
	2. ¿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
	2a. 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
	3. En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas: 3a. 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
	3b. 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

LA BIOMETRÍA	Fecha de la presión arterial, altura, peso: ____/____/____
	la presión arterial 1: ____/____
	la presión arterial 2: ____/____
	La Altura: _____ El Peso: _____
	Circunferencia de la cintura: _____
	El cliente ayunó 9 horas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Colesterol total: _____
	HDL: _____ LDL: _____ la glucosa: _____
Prueba de colesterol:	<input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> Rechazar <input type="radio"/> Realizado por Health Coach <input type="radio"/> autoinformado <input type="radio"/> Realizado por el proveedor de atención médica
Fecha del colesterol total: ____/____/____	