Alabama WISEWOMAN
Data Collection: Patient Intake Form
Form 001 Rev Date 08/2024

Patient Last Name: _____
DOB: _____

For Health Coach Only

☐Initial Health Assessment (with 1st screening)
☐Follow-Up Health Assessment (4-6 weeks after completion of HBSS)
☐Health Assessment at Rescreen (12 – 18 months after initial screening if previously utilized WISEWOMAN services)
☐Baseline Health Assessment (12 – 18 months after initial screening if WISEWOMAN services were **not** utilized)

Fecha: ____/_____/_____ **MED-IT ID:** | | | | | | | | | | | | |

SECCION 1: INFORMACION PERSONAL

Apellidos:	Nombre Completo:	
Fecha de nacimiento (mes,dia,año) / /	Correo Electronico:	
Numeros de Telefono Casa:	Celular:	Trabajo:
Direccion:		Numero de Apartamento:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Condado:		

Hispano or Latino: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

Primera Raza: ☐Blanco☐Negro Norteamericano/Afroamericano ☐Asiatico ☐Nativo de Hawai o De Otra Isla Pacifica
☐ Indigena Americano/Nativo de Alaska ☐ Desconocido

Segunda Raza: ☐Blanco☐Negro Norteamericano/Afroamericano ☐Asiatico ☐Nativo de Hawai o De Otra Isla Pacifica
☐Indigena Americano/Nativo de Alaska ☐ Desconocido

Educaccion/Grado Mas Alto Completado (Por favor circule uno) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
☐ Graduado de Preparatoria/GED ☐Algo de Universidad/Graduado de la Universidad ☐ No lo se/No estoy segura

Idioma Principal Ablado En Casa: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro

SECCION 2: HISTORIAL DE SALUD

1. Usted tiene **Presion Alta?** ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

2. Si su respuesta fue si, le recetaron medicamento para bajar su presion? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

3. Si su respuesta fue si, se mide su presion en casa o usa otra fuente calibrada? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

4.Si su respuesta fue si, con que frecuencia mide su presion en casa o utilizando otra fuente calibrada?
☐ Multiple veses por dia ☐ Diariamente ☐ Algunas veces a la semana ☐ Semanalmante ☐ Mensualmente ☐ No lo se/No estoy segura

5. Durante los ultimos 7 dias, cuantos dias tomo su medicamento recetado para la **Hipertension?**
Por favor circule uno: 0 1 2 3 4 5 6 7 ☐ No lo se/No estoy segura ☐ No Aplica

Patient Last Name: _____
DOB: _____

6.Usted regularmente comparte lecturas de su presion con un medico para recibir comentario? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

7. Usted tiene **Colesterol Alto?** ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

8. Si su respuesta fue si, le recetaron el medicamento (Statin) para reducir el colesterol? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

9. Si su respuesta fue si, (aparte de Statin) le recetaron otro medicamento para reducir el colesterol?? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

10.Durante los ultimos 7 dias, cuantos dias tomo medicamentos recetados para el **Colesterol Alto?**
Por favor circule: 0 1 2 3 4 5 6 7 ☐ No lo se/No estoy segura ☐ No Aplica

11. Usted tiene **Diabetes?** ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

12. Si su respuesta fue si, le recetaron medicamentos para reducir el nivel de azucar en la sangre? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura

13. Durante los ultimos 7 dias, cuantos dias tomo medicamentos recetados para **Diabetes?**
Please circle: 0 1 2 3 4 5 6 7 ☐ No lo se/No estoy segura ☐ No Aplica

Ha tenido alguno de los siguientes?

14. Derrame Cerebral/Ataque Isquemico Transitorio (AIT)	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
15. Ataque al corazon	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
16. Enfermedad Coronaria	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
17. Fallo Cardiaco	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
18. Enfermedad Vascular (Enfermedad Arterial Periferica)	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
19.Enfermedades y defectos cardiacos congenitos	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
20. Hipertension Gestacional	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
21. Diabetes Gestacional	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura
22. Preeclampsia/Eclampsia	☐ Si	☐ No	☐ No lo se/No estoy segura

23.Esta tomando aspirina diaramente para ayudar a prevenir un fallo cardiac o un derrame cerebral? ☐ Si ☐ No ☐ No lo se/No estoy segura ☐ No Aplica

SECCION 3: COMPORTAMIENTOS DE SALUD

24. Cuantas tazas de fruta o verduras come al dia regularmente? _____Tazas ☐Ninguna

25. Come pescado por lo menos 2 veses por semana? ☐ Si ☐ No

26. Piense en todas las porciones de productos de granos que come en un dia normal. Cuantos son granos integrales?
☐ Menos de la mitad ☐ Mitad ☐ Mas de la mitad

27. Toma menos de 36 onzas(450 calorias) de bebidas azucaradas semanalmente? ☐ Si ☐ No

Patient Last Name: _____
DOB: _____

28. Esta actualmente reduciendo su consumo de sodio o sal ☐ Si ☐No

29. Cuantos minutos de actividad fisica (ejercicio) hace en una semana? _____Numero de Minutos ☐Ninguno

30. Usted fuma (incluye cigarrillos, pipas, cigarros, cigarillos electronicos, vapear)?
☐ Fumador actual ☐Deje de fumar (hace 1 – 2 meses) ☐Deje de fumar (hace mas de 12 meses) ☐ Nunca fume

Durante las ultimas 2 semanas, con cuanta frecuencia le han molestado de los siguientes problemas?

31. Poco interes o placer haciendo cosas	☐ Para nada	☐ Varios Dias	☐ Mas de la Mitad	☐ Casi Todos Los Dias
32. Deprimido, o sin esperanza	☐ Para nada	☐ Varios Dias	☐ Mas de ka Mitad	☐ Casi Todos Los Dias

33. En los ultimos 7 dias, con que frecuencia ha tomado una bebida que contiene alcohol? _____Numero de Dias ☐Ninguno

34. Cuantas bebidas alcoholicas, en promedio, consume cuando bebe? _____Numero de Bebidas ☐Ninguno

SECCION 4: PREGUNTAS SOCIALES

35. Usted utiliza alguno de los siguientes tipos de computadora/computadora portatil,cellular,tableta o otra computadora portatil inalambrica? ☐Si ☐No ☐ No lo se ☐No quiero responder

36. Usted o algun miembro de su casa tiene acceso a internet?
☐Si, pagandole a una compañia de telefonos o provedor de servicios de internet
☐Si, **sin** pagarle a una compañia de telefonos o provedor de servicios de internet
☐No acceso a internet en casa (casa, apartamento, o casa movil)
☐No lo se
☐No quiero responder

37. Durante los ultimos 12 meses, hubo un tiempo donde se preocupara que se quedara sin comida por falta de dinero o otros recursos?
☐Si
☐No
☐No lo se
☐No quiero responder

36. Alguna vez ha perdido una cita con su doctor por un problema de transporte?
☐Si
☐No
☐No lo se
☐No quiero responder

Patient Last Name: _____
DOB: _____

37. Si usted currientemente usa servicios de cuidado infantil, porfavor indentifique que tipo de servicios usa. Si no usa ningun servicio seleccione no aplica. Seleccione todos los que corresponda.

☐Bebe (nacimiento a 11 meses)
☐Niño/a pequeña (11 a 36 meses)
☐Preescolar (3 a 5 años)
☐Cuidado despues de la Escuela (K – 9 Grado)
☐No lo se
☐DNo quiero responder
☐No aplica

38. Has tenido alguno de estos problemas relacionados con el cuidado infantil durante el año pasado? Seleccione todas las que aplican.

☐Costo
☐Disponibilidad
☐Locacion
☐Transporte
☐Horas de operacion
☐Otro: _____
☐No lo se
☐No quiero responder
☐No aplica

39. Cual es tu situacion de vivienda hoy?

☐Llo tengo vivienda.
☐Llo tengo vivienda, pero me preocupa perder mi vivienda.
☐No tengo vivienda.
☐No lo se
☐No quiero contestar

40. Con que frequencia tu pareja te lastima fisicamente?

☐Nunca
☐Casi Nunca
☐A veces
☐Bastante a menudo
☐Frecuentemente
☐No quiero responder

41.Con que frequencia tu pareja te insulta o te menosprecia?

☐Nunca
☐Casi Nunca
☐A veces
☐Bastante a menudo
☐Frecuentemente
☐No quiero responder

42. Alguna vez se le a olvidado tomar su medicamento?

☐Si
☐No
☐No quiero responder

43. Usted es descuidado/a al tomar su medicamento?

☐Si
☐No
☐No quiero responder

44.Cuando usted se siente major, a veces deja de tomar su medicamento?

☐Si
☐No
☐No quiero responder