

Formulario de recolección de datos clínicos de WISEWOMAN de Alabama: línea base/reducción del riesgo											
Nombre del proveedor _____				Número de seguimiento: _____							
Fecha _____		Nombre _____		Apellido _____		Fecha de nac.: _____					
Dirección _____				Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal _____			
Educación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12, Universidad 1 2 3 4 No deseo contestar											
Diploma de escuela secundaria/GED: Sí No											
Raza: No lo sé Blanco De color/AA Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Amerindio/Nativo de Alaska											
Otra raza: _____ Segunda raza, si corresponde: _____											
Hispano: Sí No				Idioma: Inglés Español Otro: _____				Teléfono : (____) _____			

Hipertensión	1. ¿Sufre de hipertensión (tensión arterial alta)? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	2. ¿Se le recetaron medicamentos para bajar la presión arterial? Sí ____, No ____
	3. ¿Se mide la tensión arterial en su hogar o utiliza otras fuentes calibradas? Sí ____, No –No se me dijo ____, No, no sé cómo hacerlo ____, No, no cuento con el equipo ____, N/A ____
	4. ¿Cuán a menudo se mide la tensión arterial en su hogar o utiliza otras fuentes calibradas? Varias veces al día ____, A diario ____, Unas cuantas veces a la semana ____, Semanalmente ____, Mensualmente ____
	5. ¿Cuántos días tomó medicamentos para bajar su tensión arterial durante los últimos 7 días? Cantidad de días ____, Ninguno ____
	6. ¿Comparte regularmente sus lecturas de tensión arterial con un proveedor de atención médica para conocer su opinión? Sí ____, No ____
Colesterol	7. ¿Tiene colesterol alto? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	8. ¿Se le recetó el medicamento estatina para bajar su colesterol? Sí ____, No ____
	9. ¿Se le recetó algún otro medicamento diferente a la estatina para bajar el colesterol? Sí ____, No ____
	10. ¿Cuántos días tomó medicamentos recetados para bajar su colesterol durante los últimos 7 días? Cantidad de días ____, Ninguno ____
Diabetes	11. ¿Tiene diabetes? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	12. ¿Se le recetaron medicamentos para bajar su azúcar en sangre? Sí ____, No ____
	13. ¿Cuántos días tomó medicamentos recetados para bajar su azúcar en sangre durante los últimos 7 días? Cantidad de días ____, Ninguno ____
Salud del corazón	14. ¿Alguna vez tuvo un ACV/AIT? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	15. ¿Alguna vez tuvo un ataque cardíaco? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	16. ¿Alguna vez tuvo una enfermedad cardíaca? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	17. ¿Alguna vez tuvo una insuficiencia cardíaca? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	18. ¿Alguna vez tuvo una enfermedad vascular? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____
	19. ¿Alguna vez tuvo una enfermedad cardíaca congénita? Sí ____, No ____, No lo sé/No estoy seguro ____

Evaluación de salud	
	20. ¿Toma aspirinas a diario para ayudar a prevenir un ataque cardíaco o ACV? Sí ____, No ____
	21. ¿Cuántas tazas de frutas y vegetales consume en un día promedio? Cantidad de tazas ____, Ninguno ____
	22. ¿Come pescado por lo menos dos veces por semana? Sí ____, No ____
	23. Pensando en todas las porciones de productos a base de granos que come en un día típico, ¿cuántos son granos integrales? Menos de la mitad ____, Cerca de la mitad ____, Más de la mitad ____
	24. ¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas endulzadas con azúcar semanalmente? Sí ____, No ____
	25. ¿Actualmente controla o reduce su consumo de sodio o sal de mesa? Sí ____, No ____
	26. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicios) hace en una semana? Cantidad de minutos ____, Ninguno ____
	27. ¿Fuma? Incluye cigarrillos, pipas o cigarros (fuma tabaco de alguna forma) Actual fumador ____, Abandoné (1 a 12 meses atrás) ____, Abandoné (más de 12 meses) ____, Nunca fumé ____
	28. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado con poco interés o placer en hacer las cosas? Para nada ____, Varios días ____, Más de la mitad ____, Casi todos los días ____
	29. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se vio afectado por sentirse deprimido, deprimido o desesperado? Para nada ____, Varios días ____, Más de la mitad ____, Casi todos los días ____
	30. ¿Cuántas veces consumió bebidas con alcohol en los últimos 7 días? Cantidad de días ____, Ninguno ____
	31. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en promedio durante un día? Cantidad ____, Ninguno ____

<u>Solo para personal clínico:</u>			Fecha de selección: _____	
Paciente: _____			Número de seguimiento: _____	

Estatura: _____ pulgadas	Peso: _____ lbs	IMC: _____	Cintura: _____ pulgadas	¿El paciente está en ayunas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------	------------	-------------------------	---

Pestaña de mediciones

1ra lectura PA:	_____/____ mm Hg
2da lectura PA:	_____/____ mm Hg
Lectura TA PROMEDIO:	_____/____ mm Hg

Alerta de presión arterial

***Alerta PA: Sistólica >180 O diastólica >120mm Hg**
Acción de alerta: Requiere evaluación médica inmediata

Médicamente necesario <input type="checkbox"/> No es médicamente necesario <input type="checkbox"/> Cita de seguimiento médicamente necesaria rechazada <input type="checkbox"/> El cliente se negó al análisis <input type="checkbox"/>	Fecha de alerta de PA: _____ Fecha de seguimiento de la alerta de PA: _____
---	--

Pestaña de análisis sanguíneo

Colesterol

Colesterol total: en ayunas o no en ayudas	_____mg/dl
Colesterol HDL: en ayunas o no en ayudas	_____mg/dl
Colesterol LDL: solo en ayunas	_____mg/dl
Triglicéridos: solo en ayunas	_____mg/dl

Glucosa en sangre

***Alerta glucosa en sangre: ≤ 50 O ≥250 mg/dl**

Glucosa en sangre: en ayunas Resultados de pruebas: _____ mg/dl Por qué no se realizó la prueba: _____	Porcentaje A1c: % De resultados de pruebas: _____ Por qué no se realizó la prueba: _____
---	---

Sesión de asesoría para la reducción de riesgos:	Fecha de inicio: _____	Fecha de terminación: _____
Por qué no se completó: _____		
Fecha de remisión al asesor de salud: _____		
¿El personal ha revisado el plan de adherencia a los medicamentos para la hipertensión del paciente? Sí No No corresponde		
¿Recibió el paciente un monitor de presión arterial en el hogar para la Hipertensión en etapa 2? Sí No No corresponde		

Plan de medicamentos ajustado

¿Se le recetó al paciente un nuevo medicamento para la hipertensión hoy?	Sí	No	No corresponde
¿Se le recetó al paciente un nuevo medicamento para el colesterol hoy?	Sí	No	No corresponde
¿Se le recetó al paciente un nuevo medicamento para la diabetes hoy?	Sí	No	No corresponde