

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 _____

Solo para personal clínico:

Paciente: _____

Fecha de selección: _____

Número de seguimiento: _____

Estatura: _____ pulgadas

Peso: _____ lbs

IMC: _____

Cintura:
_____ pulgadas

¿El paciente está en ayunas?
Sí No

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

Fecha de alerta de PA: _____

Fecha de seguimiento de la alerta de PA: _____

No es médica mente necesario

Cita de seguimiento médica mente necesaria rechazada

El cliente se negó al análisis

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

Porcentaje A1c:

Resultados de pruebas: _____ mg/dl

% De resultados de pruebas: _____

Por qué no se realizó la prueba: _____

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