



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

Educacion/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 veces por dia ☐ Diariamente ☐ Algunas veces a la semana ☐ Semanalmente ☐ 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 presión con un médico para recibir comentario?

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

7. Usted tiene **Colesterol Alto**?

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

8. Si su respuesta fue sí, le recetaron el medicamento (Statin) para reducir el colesterol?

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

9. Si su respuesta fue sí, (aparte de Statin) le recetaron otro medicamento para reducir el colesterol??

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

10. Durante los últimos 7 días, cuántos días tomó medicamentos recetados para el **Colesterol Alto**?

Por favor circule: 0 1 2 3 4 5 6 7 ☐ No lo sé/No estoy segura ☐ No Aplica

11. Usted tiene **Diabetes**?

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

12. Si su respuesta fue sí, le recetaron medicamentos para reducir el nivel de azúcar en la sangre?

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

13. Durante los últimos 7 días, cuántos días tomó medicamentos recetados para **Diabetes**?

Please circle: 0 1 2 3 4 5 6 7 ☐ No lo sé/No estoy segura ☐ No Aplica

Ha tenido alguno de los siguientes?

14. Derrame Cerebral/Ataque Isquémico Transitorio (AIT)

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

15. Ataque al corazón

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

16. Enfermedad Coronaria

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

17. Fallo Cardíaco

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

18. Enfermedad Vascular (Enfermedad Arterial Periférica)

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

19. Enfermedades y defectos cardíacos congénitos

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

20. Hipertensión Gestacional

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

21. Diabetes Gestacional

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

22. Preeclampsia/Eclampsia

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura

23. Esta tomando aspirina diariamente para ayudar a prevenir un fallo cardíaco o un derrame cerebral?

☐ Si ☐ No ☐ No lo sé/No estoy segura ☐ No Aplica

SECCION 3: COMPORTAMIENTOS DE SALUD

24. Cuántas tazas de fruta o verduras come al día regularmente?

_____ Tazas ☐ Ninguna

25. Come pescado por lo menos 2 veces por semana?

☐ Si ☐ No

26. Piense en todas las porciones de productos de granos que come en un día normal. Cuántos son granos integrales?

☐ Menos de la mitad

☐ Mitad

☐ Más de la mitad

27. Toma menos de 36 onzas (450 calorías) 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 la 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 proveedor de servicios de internet

☐ Si, sin pagarle a una compañia de telefonos o proveedor 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



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.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bebe (nacimiento a 11 meses) | <input type="checkbox"/> No lo se |
| <input type="checkbox"/> Niño/a pequeña (11 a 36 meses) | <input type="checkbox"/> DNo quiero responder |
| <input type="checkbox"/> Preescolar (3 a 5 años) | <input type="checkbox"/> No aplica |
| <input type="checkbox"/> Cuidado despues de la Escuela (K – 9 Grado) | |

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

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> Horas de operacion | <input type="checkbox"/> No aplica |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Locacion | <input type="checkbox"/> No lo se | |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> No quiero responder | |

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 frecuencia tu pareja te lastima fisicamente?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Bastante a menudo |
| <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> No quiero responder |

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

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Bastante a menudo |
| <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> 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 mayor, a veces deja de tomar su medicamento?

- ☐ Si
☐ No
☐ No quiero responder