



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:
Direccion:	Trabajo:
Ciudad:	Estado:
Codigo Postal:	
Condado:	
Hispano or Latino: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
Primera Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro Norteamericano/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaï o De Otra Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Indigena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido	
Segunda Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro Norteamericano/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaï o De Otra Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Indigena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido	
Educacion/Grado Mas Alto Completado (Por favor circule uno) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad/Graduado de la Universidad <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura	
Idioma Principal Ablado En Casa: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	
SECCION 2: HISTORIAL DE SALUD	
1. Usted tiene Presion Alta ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura
2. Si su respuesta fue si, le recetaron medicamento para bajar su presion?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura
3. Si su respuesta fue si, se mide su presion en casa o usa otra fuente calibrada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Multiple veces por dia <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Algunas veces a la semana <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura <input type="checkbox"/> No Aplica	



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



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
38. 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 actualmente usa servicios de cuidado infantil, por favor identifique que tipo de servicios usa. Si no usa ningun servicio seleccione no aplica. Seleccione todos los que corresponda.

- Bebe (nacimiento a 11 meses) No lo se
 Niño/a pequeña (11 a 36 meses) DNo quiero responder
 Preescolar (3 a 5 años) No aplica
 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.

- Costo Horas de operacion No aplica
 Disponibilidad Otro: _____
 Locacion No lo se
 Transporte 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?

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

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

- Nunca Bastante a menudo
 Casi Nunca Frecuentemente
 A veces 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 mal, a veces deja de tomar su medicamento?

- Si
 No
 No quiero responder