

Seguimiento al examen médico NC WISEWOMAN (DHHS 4051A)		Agencia:	
1. Identificación del paciente		Nombre del paciente: <i>Apellido</i> <i>Primer nombre</i> <i>Iniciales del segundo nombre</i>	
Identificación de CNDs:		Fecha de nacimiento: ____/____/____	Fecha de expiración: ____/____/____
Estado de inscripción: ☐ Activo ☐ Tiene seguro ☐ Se mudó ☐ Edad Inelegible ☐ Ingresos Inelegible ☐ Perdió seguimiento ☐ Fallecido ☐ Solicita exclusión Estado de remisión de BCCCP: ☐ Inscrito activamente en BCCCP ☐ No inscrito en BCCCP WISEWOMAN remisión solamente			
2. Inscripción del paciente/Evaluación anual		3. Idioma principal que se habla en casa	
Fecha de evaluación ____/____/____	Tipo de visita ☐ Seguimiento de LSP/HC se completó (Lifestyle Program or Health Coaching Completed)	☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ Chino ☐ Francés ☐ Italiano ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Polaco ☐ Ruso ☐ Tagalo ☐ Vietnamita ☐ Criollo ☐ Portugués ☐ Hmong ☐ Otro idioma ☐ No quiero responder	
Raza 1: ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de hawái u otra isla del Pacífico ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Desconocido Raza 2: ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Desconocido ☐ NA			
Código postal _____		Origen étnico ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino ☐ Desconocido	
Años de educación: ☐ Menos del 9º grado ☐ Unos grados de secundaria ☐ Graduado de secundaria o equiv. ☐ Algo de universidad o superior ☐ No sé ☐ No quiero responder			
Navegación de pacientes WW pagada por: ☐ BCCCP ☐ WISEWOMAN ☐ Indian Health Services/Fondos tribales ☐ Otros fondos ☐ N/A (no recibió servicios de navegación)			
Resultados de medición clínico			
Para 1ª PA 2ª PA, Peso, Colesterol total, HDL, LDL, Glucosa, 777=No se puede obtener, 888=Cliente se negó Para altura, cintura: 77=No se puede obtener, 88=Cliente se negó Para A1C y triglicéridos: 7777=No se puede obtener, 8888=Cliente se negó			
Fecha de medición clínico ____/____/____	1ª Presión arterial (PA) ____/____	2ª Presión arterial ____/____	
Altura (pulgadas) _____	Peso (libras) _____	Circunferencia de la cintura (pulgadas) _____	
Asesoramiento de riesgos para la reducción			
Fecha de asesoramiento de riesgos para la reducción ____/____/____			
4. Historial médico (DKNS = no sé/no estoy seguro, DWTA = no quiero responder)		5. Estado de medicamentos (NA/55 = No aplica, 0 = Ninguno, DKNS/77 = no sé/no estoy seguro, DWTA/88 = no quiero responder)	
a. ¿Tiene colesterol alto? ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA b. ¿Tiene hipertensión (presión arterial alta)? ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA c. ¿Tiene diabetes (tipo 1 o tipo 2)? ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA d. ¿Se le ha diagnosticado que tiene: I. Embolia/Ataque Isquémico Transitorio (TIA, por sus siglas en inglés) ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA II. Infarto ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA III. Cardiopatía coronaria ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA IV. Insuficiencia cardíaca ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA V. Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica) ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA VI. Cardiopatías y defectos congénitos ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA		a. ¿Toma un medicamento con estatinas para reducir el colesterol? ☐ Sí ☐ No ☐ NA ☐ DKNS ☐ DWTA b. ¿Toma otros medicamentos (no estatinas) para reducir el colesterol? ☐ Sí ☐ No ☐ NA ☐ DKNS ☐ DWTA c. ¿Toma medicamentos para bajar la presión arterial? ☐ Sí ☐ No ☐ NA ☐ DKNS ☐ DWTA d. ¿Toma medicamentos para bajar el azúcar en la sangre (para la diabetes)? ☐ Sí ☐ No ☐ NA ☐ DKNS ☐ DWTA e. ¿Está tomando aspirina a diario para ayudar a prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral? ☐ Sí ☐ No ☐ NA ☐ DKNS ☐ DWTA f. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días tomó medicamentos recetados para bajar el colesterol? _____ (número de días) g. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó medicamentos recetados (incluidos los diuréticos) para bajar su presión arterial? _____ (número de días) h. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados para bajar el azúcar en la sangre (para la diabetes)? _____ (número de días)	

Seguimiento al examen médico de NC WISEWOMAN DHHS (4051B)		Agencia:	
1. Identificación del paciente		Identificación de CNDS:	
Nombre del paciente: Apellido		Primer nombre	
		Iniciales del segundo nombre	
6. Presión arterial, auto medición (en casa o utilizando otras fuentes calibradas)		7. Evaluación Nutricional (00 = Ninguno, 88 = No quiero responder, DWTA = no quiero responder)	
a. ¿Mide su presión arterial? ☐ Sí ☐ No, nunca se le dijo que midiera la presión arterial ☐ No, no sabe cómo medir la presión arterial ☐ No-no tiene equipo ☐ DKNS ☐ DWTA ☐ No corresponde b. ¿Con qué frecuencia mide su presión arterial? ☐ Varias veces al día ☐ Todos los días ☐ Unas cuantas veces a la semana ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ DKNS ☐ DWTA ☐ No corresponde c. ¿Comparte regularmente las mediciones de presión arterial con un proveedor de atención médica para obtener sus comentarios? ☐ Sí ☐ No ☐ DKNS ☐ DWTA ☐ No corresponde		a. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras come en un día normal? _____ (en tazas) b. ¿Cuántas verduras come en un día normal? _____ (en tazas) c. ¿Come pescado al menos tres veces a la semana? ☐ Sí ☐ No ☐ DWTA d. Pensando en todas las porciones de productos de granos que come en un día típico, ¿cuántos son granos enteros? ☐ Menos de la mitad ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Más de la mitad ☐ DWTA e. ¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas con azúcar semanalmente? ☐ Sí ☐ No ☐ DWTA f. ¿Actualmente está vigilando o reduciendo su consumo de sodio o sal? ☐ Sí ☐ No ☐ DWTA g. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol? _____ (número de días) ☐ DWTA h. ¿Cuántas bebidas alcohólicas, en promedio, consume durante un día que bebe? _____ (número de bebidas) ☐ DWTA	
8. Evaluación de la actividad física (000=Ninguno, 888=No quiero responder)			
a. ¿Cuánta actividad física moderada hace en una semana? _____ (en minutos) b. ¿Cuánta actividad física vigorosa hace en una semana? _____ (en minutos)			
9. Estado de fumar (66=menos de uno, 88=no quiero responder, 00=ninguno)			
a. ¿Fuma? Incluya cigarrillos, pipas o cigarros (tabaco fumado en cualquier forma) ☐ Actual ☐ Dejó de fumar (hace 1 a 12 meses) ☐ Dejó de fumar (hace más de 12 meses) ☐ Nunca fumó ☐ DWTA			
10. Evaluación de la calidad de vida (77=No lo sé/No estoy seguro, 88=No quiero responder)			
a. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado alguno de los siguientes problemas? I. ¿Poco interés o placer por hacer las cosas? ☐ En absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad ☐ Casi todos los días ☐ DWTA II. ¿Sentimiento de desánimo, depresión o desesperanza? ☐ En absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad ☐ Casi todos los días ☐ DWTA			
Remisión a recursos para dejar de fumar		Fecha de remisión ____ / ____ / ____	
Tipo de recurso para dejar de fumar		Estado del recurso de cese	
☐ Quit Line ☐ Programa con base en la comunidad ☐ Otros recursos para dejar de fumar		☐ Sí, se completó el programa para dejar de fumar ☐ No – Programa para dejar de fumar parcialmente completado ☐ No – Suspendió la actividad para dejar de fumar cuando lo logró	
		☐ No – No se ha podido contactar para realizar la actividad de abandono del tabaco ☐ Referencia rechazada por el cliente	
Estado del examen médico			
Fecha del examen diagnóstico ____ / ____ / ____		Motivo de la remisión ☐ Presión arterial	
¿Cuál es el estado del trabajo? ☐ 1. Médicamente necesario ☐ 2. No es médicamente necesario ☐ 3. Cita de seguimiento médicamente necesaria rechazada ☐ 4. El cliente rechazó la evaluación médica			
Comentarios			
Comentarios:			

Seguimiento al examen médico NC WISEWOMAN (DHHS 4051C)		Agencia:
Identificación del paciente	Nombre del paciente: <i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i> <i>Iniciales del segundo nombre</i>
Evaluación de determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés)		
1. Uso de computadoras		2. Acceso a Internet
a. Durante los últimos 12 meses, ¿utilizó alguno de los siguientes? i. Computadora de escritorio o computadora portátil ii. Teléfono inteligente iii. Tableta/Otra computadora inalámbrica portátil ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder		a. Durante los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de este hogar tenía acceso a internet? ☐ Sí, pagando a una empresa de telefonía móvil o proveedor de servicios de Internet ☐ Sí, sin pagar a una empresa de telefonía móvil o proveedor de servicios de Internet ☐ No hay acceso a internet en esta casa, apartamento o casa móvil ☐ No lo sé ☐ No quiero responder
3. Inseguridad alimentaria		4. Barreras al transporte
a. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que le preocupaba que se quedara sin comida por falta de dinero o otros recursos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder		a. Durante los últimos 12 meses, ¿ha faltado a una cita con el (los) médico(s) por problemas de transporte? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder
5. Cuidado de niño		6. Barreras al cuidado infantil
a. Si actualmente está utilizando servicios de cuidado infantil, indique el tipo de servicios que utiliza. (Si no utiliza los servicios de cuidado infantil, seleccione No Corresponde) ☐ Bebé (desde el nacimiento hasta los 11 meses) ☐ Cuidado después de escuela (K-9° grado) ☐ Niño pequeño (de 11 a 36 meses) ☐ No corresponde ☐ Preescolar (3 a 5 años) ☐ No lo sé ☐ No quiero responder		a. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún problema relacionado con los servicios de cuidado infantil. (Si no usa cuidado infantil, seleccione "No corresponde". Seleccione todas las opciones que correspondan) ☐ Costo ☐ Horario de atención ☐ Disponibilidad ☐ Otro ☐ Ubicación ☐ No corresponde ☐ Transporte ☐ No lo sé
7. Vivienda		
a. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente? ☐ Tengo vivienda ☐ Tengo vivienda, pero me preocupa perder mi vivienda ☐ No tengo vivienda ☐ No se ☐ No quiero responder		
8. La violencia de pareja		
a. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su pareja lo lastimó físicamente? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Bastante a menudo ☐ Frecuentemente ☐ No quiero responder ☐ Sin pareja b. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su pareja lo insultó o lo menospreció? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Bastante a menudo ☐ Frecuentemente ☐ No quiero responder ☐ Sin pareja		
9. Cumplimiento con el medicamento		
a. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez se olvidó de tomar su medicamento? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder b. Durante los últimos 12 meses, ¿fue descuidado a veces con respecto a tomar su medicamento? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder c. Durante los últimos 12 meses, cuando se sintió mejor, ¿a veces dejó de tomar su medicamento? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder d. Durante los últimos 12 meses, a veces, si se sintió peor cuando tomó su medicamento, ¿dejó de tomarlo? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No quiero responder		

Seguimiento al examen médico NC WISEWOMAN (DHHS 4051D)		Agencia:
Identificación del paciente	Nombre del paciente: <i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i> <i>Iniciales del segundo nombre</i>
Remisiones para necesidades por determinantes sociales		
1. Uso de computadora		
¿Hay una necesidad de remisión para el uso de computadora? ☐ Sí ☐ No Fecha de remisión: __/__/__		Agencia o Recurso para uso de computadora Remitido a: _____
Fecha de utilización para el apoyo en uso de la computadora: __/__/__		Estado de la remisión de uso de la computadora: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
2. Acceso a Internet		
¿Hay una necesidad de remisión para el acceso a Internet? ☐ Sí ☐ No Fecha de remisión: __/__/__		Agencia o Recurso para el acceso a Internet Remitido a: _____
Fecha de utilización para el apoyo en acceso a Internet: __/__/__		Estado de la remisión de acceso a Internet: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
3. Inseguridad alimentaria		
¿Existe una necesidad de remisión por Inseguridad Alimentaria? ☐ Sí ☐ No Fecha de remisión: __/__/__		Agencia o Recurso para la Inseguridad Alimentaria Remitido a: _____
Fecha de utilización del apoyo a la inseguridad alimentaria: __/__/__		Estado de la remisión de inseguridad alimentaria: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
4. Transporte		
¿Hay una necesidad de remisión para el transporte? ☐ Sí ☐ No Fecha de remisión: __/__/__		Agencia o Recurso para el Transporte Remisión a: _____
Fecha de utilización para el apoyo en transporte: __/__/__		Estado de la remisión de transporte: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
5. Cuidado de niño		
¿Hay una necesidad de remisión para el cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No Fecha de remisión: __/__/__		Agencia o Recurso para el Cuidado Infantil Referido a: _____
Fecha de utilización de la manutención infantil: __/__/__		Estado de la remisión de cuidado infantil: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
6. Vivienda		
¿Hay una necesidad de referencia para Vivienda? ☐ Sí ☐ No Fecha de Remisión: __/__/__		Agencia o Recurso para la Vivienda Referido a: _____
Fecha de utilización del apoyo a la vivienda: __/__/__		Estado de la remisión de vivienda: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
7. La violencia de pareja		
¿Hay una necesidad de remisión para la Violencia de Pareja Íntima? ☐ Sí ☐ No Fecha de Remisión: __/__/__		Agencia o Recurso por la Violencia de Pareja Íntima Referido a: _____
Fecha de utilización del apoyo por violencia de pareja: __/__/__		Estado de la remisión por violencia de pareja: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio

Seguimiento al examen médico de NC WISEWOMAN (DHHS4051E)		Agencia:
Identificación del paciente	Nombre del paciente: <i>Apellido</i> <i>Primer nombre</i> <i>Iniciales del segundo nombre</i>	
Remisiones para necesidades por determinantes sociales		
8. Cumplimiento con el medicamento		
¿Existe una necesidad de remisión para la adherencia al medicamento? ☐ Sí ☐ No Fecha de Remisión: ____/____/____		Agencia o Recurso para la Adherencia a los Medicamentos Referido a: _____
Fecha de utilización del apoyo para la adherencia a los medicamentos: ____/____/____		Estado de la remisión de adherencia a medicamento: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
9. Salud mental		
¿Existe una necesidad de remisión para Salud Mental? ☐ Sí ☐ No Fecha de Remisión: ____/____/____		Agencia o Recurso para la Salud Mental Referido a: _____
Fecha de utilización del apoyo de salud mental: ____/____/____		Estado de la remisión para salud mental: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
10. Traducción de idioma		
¿Hay una necesidad de remisión para la traducción de idiomas? ☐ Sí ☐ No Fecha de Remisión: ____/____/____		Agencia o Recurso para la Traducción de Idioma Referido a: _____
Fecha de utilización del apoyo para traducción de idioma: ____/____/____		Estado de la remisión de traducción de idioma: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio
11. Abuso de sustancias		
¿Existe una necesidad de remisión por abuso de sustancias? ☐ Sí ☐ No Fecha de Remisión: ____/____/____		Agencia/Recurso para el Abuso de Sustancias Referido a: _____
Fecha de utilización del apoyo para el abuso de sustancias: ____/____/____		Estado de la remisión por abuso de sustancias: ☐ En curso ☐ Cerrado ☐ Negado ☐ Ya Recibiendo Servicio