NC WISEWOMAN Evaluación (DHHS 4049A)

Información del paciente

Nombre del paciente: *Apellido* *Primer nombre* *Iniciales de segundo nombre*

Número de Seguro Social: _____-____-_____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/_____ **Fecha de inactividad:** ____/____/_____

Identificación (ID) local del paciente: **ID de Med-IT:** **ID de HIS (CNDS):**

Dirección: **Código postal:**

Ciudad: **Condado:** **Estado:**

Email: **Contacto preferido:** □ Hogar (_____)_____-_____ □ Celular (_____)_____-_____ □ Trabajo(_____)_____-_____ **Mejor hora para llamar:** □ AM □ PM □ N/A

Raza/origen étnico (elija todas que corresponden): □ Indígena estadounidense o nativo de Alaska □ Asiático □ Negro o afroamericano □ Hispano o latino □ Medio oriente o del norte de África □ Nativo de Hawái u otra isla del pacifico □ Blanco □ Desconocido

Idioma principal que se habla en casa: □ Inglés □ Español □ Árabe □ Chino □ Francés □ Italiano □ Japonés □ Coreano □ Polaco □ Ruso □ Tagalo □ Vietnamita □ Criollo □ Portugués □ Hmong □ Otro idioma

¿Dominio limitado del inglés? □ Sí □ No

Años de educación completados: □ Menos del 9º grado □ Unos grados de secundaria □ Graduado de doceavo grado (12) o equivalente □ Algo de universidad o superior □ No sé o no sé con seguridad

Estado de inscripción: □ Activo □ Inactivo □ Se mudó □ Falleció □ Tiene seguro médico □ Edad inelegible □ Perdió seguimiento □ Ingreso inelegible

¿Tiene seguro médico? □ Sí □ No □ Insuficiente □ No sé

¿Si respondió Sí, de qué tipo? □ Medicaid □ Medicare □ Medicare Part A solamente □ Seguro médico privado

Información del ciclo

Fecha de comienzo: ____/____/_____ **Tipo de ciclo:** □ Base □ Revaloración **Proveedor que le inscribe:** _____

Navegación de pacientes de WISEWOMAN pagada por: □ BCCCP □ WISEWOMAN □ Indian Health Services/fondos tribales □ Otros fondos □ N/A (no recibí servicios de navegación)

Visita al consultorio

Visita de tipo: □ Evaluación □ Revalorización **Fecha del servicio:** ____/____/_____ **Proveedor:** _____

Historial médico

a. ¿Tiene alguna de las siguientes?

I. **Cardiopatía coronaria**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

II. **Infarto (ataque cardíaco)**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

III. **Insuficiencia cardíaca (falla cardíaca)**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

IV. **Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica)**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

V. **Embolia (derrame cerebral)/Ataque Isquémico Transitorio (TIA, por sus siglas en inglés)**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

VI. **Cardiopatías y defectos congénitos**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

VII. **Hipertensión gestacional**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

VIII. **Diabetes gestacional**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

IX. **Preeclampsia o eclampsia**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

b. ¿Toma **aspirina a diario** para ayudar a prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral?
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

c. ¿Tiene **colesterol alto**?
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

I. **¿Se le recetó medicamento con estatinas para reducir el colesterol?**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad □ N/A (*no tengo colesterol alto*)

II. **¿Se le recetó otro medicamento (sin estatinas) para reducir el colesterol?**
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad □ N/A (*no tengo colesterol alto*)

III. **Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó medicamentos recetados para bajar su colesterol?**
(número de días) □ Ninguno □ N/A (*no tengo colesterol alto*)

d. ¿Tiene **diabetes** (tipo 1 o tipo 2)?
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

e. ¿Se le recetó medicamento para bajar el azúcar en la sangre (para la diabetes)?
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad □ N/A (*no tengo diabetes*)

f. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó medicamentos recetados para bajar su azúcar en la sangre (para la diabetes)?
_____ (número de días) □ Ninguno □ N/A (*no tengo diabetes*)

g. ¿Tiene **hipertensión** (presión arterial alta)?
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad

h. ¿Se le recetó medicamento para bajar la presión arterial?
□ Sí □ No □ No sé o no sé con seguridad □ N/A (*no tengo hipertensión*)

i. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó medicamentos recetados para bajar la presión arterial?
_____ (número de días) □ Ninguno □ N/A (*no tengo hipertensión*)

Este proyecto cuenta con el apoyo de la División para la Prevención de Enfermedades del Corazón y Derrames Cerebrales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades como parte de un fondo de un total de $ 990,000 con 0 % financiado por fuentes no federales.

NC WISEWOMAN Evaluación (DHHS 4049A)

Información del paciente | **Nombre del paciente:** *Apellido* *Primer nombre* *Iniciales de segundo nombre*

Presión arterial, auto medición

a. ¿Mide su presión arterial en casa o utilizando otras fuentes calibradas?
- □ Sí
- □ No, nunca se me dijo que midiera la presión arterial
- □ No, no sé cómo medir la presión arterial
- □ No, no tengo equipo
- □ No sé o no sé con seguridad
- □ No aplica (no tengo hipertensión)

b. ¿Con qué frecuencia mide su presión arterial en casa o utilizando otras fuentes calibradas?
- □ Varias veces al día □ Diariamente
- □ Unas cuantas veces a la semana. □ Semanalmente
- □ Mensualmente □ No sé o no sé con seguridad
- □ No aplica (no tengo hipertensión o no me la estoy midiendo en casa)

c. ¿Comparte regularmente los resultados de medición de presión arterial con un profesional de la salud para obtener sus comentarios?
- □ Sí
- □ No
- □ No sé o no sé con seguridad
- □ No aplica (no tengo hipertensión o no me la estoy midiendo en casa)

Evaluación nutricional

a. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras come en un día normal?
____ (en tazas) □ Ninguna

b. ¿Come pescado al menos tres veces a la semana?
□ Sí □ No

c. Pensando en todas las porciones de productos de granos que come en un día típico, ¿cuántos son granos integrales?
□ Menos de la mitad □ Aproximadamente la mitad □ Más de la mitad

d. ¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas con azúcar semanalmente?
□ Sí □ No

e. ¿Actualmente está vigilando o reduciendo su consumo de sodio o sal?
□ Sí □ No

f. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia ha tomado una bebida que contiene alcohol?
_____ (número de días) □ Ninguno

g. ¿Cuántas bebidas alcohólicas, en promedio, consume durante un día?
_____ (número de bebidas) □ Ninguna

Evaluación de la actividad física

a. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) hace en una semana? _____ (en minutos) □ Ninguno

Uso actual del tabaco

a. ¿Fuma? Incluya cigarrillos, pipas o cigarros (tabaco fumado en cualquier forma)
□ Actualmente □ Dejé de fumar (hace 1 a 12 meses) □ Dejé de fumar (hace más de12 meses) □ Nunca he fumado tabaco

Evaluación de la calidad de vida

a. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
- I. Poco interés o placer por hacer las cosas □ Para nada □ Varios días □ Más de la mitad □ Casi todos los días
- II. Sentirse deprimido, triste o sin esperanza □ Para nada □ Varios días □ Más de la mitad □ Casi todos los días

Mediciones clínicas

Altura (pulgadas)	Peso (libras)	Circunferencia de la cintura (pulgadas)	Primera presión arterial	Segunda presión arterial
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____

Mediciones de seguimiento de la presión arterial (para mujeres que están tomando medicamentos)

Fecha de seguimiento: _____/_____/_____ **Medición:** _____/_____
Fecha de seguimiento: _____/_____/_____ **Medición:** _____/_____
Fecha de seguimiento: _____/_____/_____ **Medición:** _____/_____

Alerta de presión arterial

*[Se **requiere seguimiento dentro de los próximos 7 días** si el promedio de la presión arterial sistólica (SBP) es mayor a 180 y/o el promedio de la presión arterial diastólica (DBP) es mayor a 120]*

Estado: □ Medicamente necesario □ No es medicamente necesario
□ La cita de seguimiento medicamente necesario fue rechazada
Fecha del seguimiento: _____ /_____/_____ □ No aplica

Análisis de sangre

Fecha de la prueba: _____/_____/_____

Ayuno: □ Sí (al menos 8 horas; se requiere si hay antecedente de colesterol alto) □ No

Colesterol total	HDL	LDL	Triglicéridos	Glucosa en la sangre *(solo en ayuno)*	Porcentaje de A1C *(en ayuno o sin ayunar)*
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Evaluación médica/Gestión del caso *(si el seguimiento médicamente necesario se ha completado) □ N/A

Fecha de la evaluación: ____ /____ /_____

Remitido por: □ Alerta de presión arterial □ Alerta de glucosa □ Presión arterial anormal □ Glucosa/HgA1C anormal □ Colesterol/Triglicéridos anormales □ Índice de masa corporal (BMI) anormal

Presión arterial: ____/____ mm Hg

Tipo de visita:
□ Evaluación médica

Razón por la cual no se hizo evaluación médica:
□ Tengo planes de ver a un proveedor fuera de esta práctica
□ Rechazado □ Perdí el seguimiento
□ No hay citas disponibles dentro de 7 días

Este proyecto cuenta con el apoyo de la División para la Prevención de Enfermedades del Corazón y Derrames Cerebrales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades como parte de un fondo de un total de $ 990,000 con 0 % financiado por fuentes no federales.

NC WISEWOMAN Evaluación (DHHS 4049C) **complete junto con el formulario DHHS 4050A*

Información del paciente	**Nombre del paciente:** *Apellido*	*Primer nombre*	*Iniciales de segundo nombre*
Asesoría de reducción de riesgos	**Fecha en que completé la asesoría:** _____/_____/_____	**Remisión a Asesoría de salud / Programa de Estilo de Vida (HC/LSP, por sus siglas en inglés):** □ Rechazado _____/_____/_____	**Motivo del rechazo:** □ No estoy listo para el cambio □ No tengo tiempo □ Otros obstáculos

Prioridades *(seleccione al menos una)*	**¿Es prioridad?**	**Meta**	**Objetivo**
a. Nutrición	□ Sí □ No		
b. Actividad física	□ Sí □ No		
c. Dejar de fumar	□ Sí □ No		
d. Manejo del estrés	□ Sí □ No		
e. Diabetes	□ Sí □ No		
f. Otro: _____	□ Sí □ No		

Barreras para los servicios de apoyo a comportamientos saludables (HBSS, por sus siglas en inglés)

a.	Transporte	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
b.	Problemas financieros	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
c.	Apoyo familiar y social	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
d.	Problemas de vivienda	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
e.	Problemas de trabajo	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
f.	Falta de motivación/compromiso	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
g.	Educación/Conocimientos sobre salud	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
h.	Las metas establecidas son poco realistas	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
i.	Falta de tiempo	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema
j.	Otro: _____	□ Muy problemático	□ Problemático	□ No es un problema

Tipo de recurso para dejar de fumar	**Fecha de remisión**	**Estado de finalización**
□ Quit Line	_____/_____/_____	□ Completado □ Parcialmente completado □ Suspendí la actividad □ No pudieron contactarme
□ Programa basado en la comunidad para dejar de fumar	_____/_____/_____	□ Completado □ Parcialmente completado □ Suspendí la actividad □ No pudieron contactarme
□ Programa por Internet para dejar de fumar	_____/_____/_____	□ Completado □ Parcialmente completado □ Suspendí la actividad □ No pudieron contactarme
□ Otros recursos para dejar de fumar	_____/_____/_____	□ Completado □ Parcialmente completado □ Suspendí la actividad □ No pudieron contactarme
□ No aplica	□ Rechazado	Motivo del rechazo: □ No estoy listo para dejar de fumar

Remisión a recursos comunitarios	**Fecha de remisión**	**Objetivo de la remisión**	**Fecha del objetivo**
□ Salud conductual	_____/_____/_____	□ Completado □ Reprogramado □ Fecha programada □ Si participé □ No me presenté	_____/_____/_____
□ Prevención de la diabetes	_____/_____/_____	□ Completado □ Reprogramado □ Fecha programada □ Si participé □ No me presenté	_____/_____/_____
□ Apoyo social o para la vivienda	_____/_____/_____	□ Completado □ Reprogramado □ Fecha programada □ Si participé □ No me presenté	_____/_____/_____
□ Nutrición	_____/_____/_____	□ Completado □ Reprogramado □ Fecha programada □ Si participé □ No me presenté	_____/_____/_____
□ Actividad física	_____/_____/_____	□ Completado □ Reprogramado □ Fecha programada □ Si participé □ No me presenté	_____/_____/_____
□ No especificado	_____/_____/_____	□ Completado □ Reprogramado □ Fecha programada □ Si participé □ No me presenté	_____/_____/_____
□ No aplica			

Este proyecto cuenta con el apoyo de la División para la Prevención de Enfermedades del Corazón y Derrames Cerebrales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades como parte de un fondo de un total de $ 990,000 con 0 % financiado por fuentes no federales.

NC WISEWOMAN Evaluación (DHHS 4049D)

Información del paciente | **Nombre del paciente:** *Apellido* | *Primer nombre* | *Iniciales de segundo nombre*

Evaluación de determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés)

Uso de computadoras

Durante los últimos 12 meses, ¿utilizó alguno de los siguientes?
i. Computadora o laptop
ii. Teléfono inteligente
iii. Tableta/Otra computadora inalámbrica portátil
□ Sí □ No □ No sé

Acceso a Internet

Durante los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su hogar tuvo acceso al 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 sé

Inseguridades alimentarias

Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que le preocupó que quedarse sin comida por falta de dinero u otros recursos?
□ Sí □ No □ No sé

Barreras al transporte

Durante los últimos 12 meses, ¿ha faltado a una cita con el médico por problemas de transporte?
□ Sí □ No □ No sé

Cuidado infantil *preguntas separadas en Med-IT

Si actualmente está utilizando servicios de cuidado infantil, identifique el tipo de servicios que utiliza. (Si no utiliza los servicios de cuidado infantil, seleccione 'No aplica'). Seleccione todas las opciones que correspondan.
□ Bebé (desde el nacimiento hasta los 11 meses)
□ Niño pequeño (de 11 a 36 meses)
□ Preescolar (3 a 5 años)
□ Cuidado después de la escuela (K-9º grado)
□ No aplica
□ No sé

Barreras al cuidado infantil * preguntas separadas en Med-IT

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de estos servicios de cuidado infantil, identifique el tipo de servicios que utiliza. (Si no utiliza cuidado infantil, seleccione 'No aplica'). Seleccione todas las opciones que correspondan.
□ Costo
□ Disponibilidad
□ Ubicación
□ Transporte
□ Horario de atención
□ Otro
□ No aplica
□ No sé

Vivienda

¿Cuál es su situación de vivienda?
□ Tengo vivienda
□ Tengo vivienda, pero me preocupa perderla
□ No tengo vivienda
□ No sé

Seguridad

¿Se siente física y emocionalmente a salvo en el lugar en el que vive actualmente?
□ Sí □ No □ No sé con seguridad
□ Prefiero no contestar

¿En el último año, ha tenido miedo de su pareja o expareja?
□ Sí □ No □ No sé con seguridad
□ Prefiero no contestar
□ No he tenido pareja en el último año

Violencia de parte de la pareja íntima

¿Con qué frecuencia su pareja le lastima físicamente, le insulta o le menosprecia?
□ Nunca □ Rara vez □ A veces
□ A menudo □ Frecuentemente
□ No tengo pareja

Cumplimiento con el medicamento

Con respecto a sus medicamentos, ¿alguna vez se le olvida tomarlos, o a veces es descuidado al tomarlos, o a veces deja de tomarlos si se siente mejor o peor?
□ Sí □ No

Remisiones

Remisión a servicios de	Fecha de remisión	Objetivo	Fecha del objetivo	Comentario
□ Uso de computadoras	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Acceso a Internet	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Inseguridad alimentaria	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Transporte	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Cuidado infantil	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Vivienda	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Violencia de parte de la pareja íntima	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Cumplimiento con el medicamento	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Salud mental	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Traducción del idioma	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Abuso de substancias	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	
□ Otros, _____	____/____/____	□ En curso □ Cerrado □ Rechazado □ Ya recibo servicios	____/____/____	

Este proyecto cuenta con el apoyo de la División para la Prevención de Enfermedades del Corazón y Derrames Cerebrales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades como parte de un fondo de un total de $ 990,000 con 0 % financiado por fuentes no federales.