

Evaluación de salud de WISEWOMAN

Responda las siguientes preguntas sobre su historial médico, nutrición y hábitos de actividad física. La información que nos brinda ayudará a que usted y su médico establezcan si su estilo de vida la pone en riesgo de presentar enfermedades cardíacas. La información también se usará para crear un plan de acción que le permita realizar pequeños cambios en su vida y así reducir el riesgo de presentar enfermedades cardíacas.

<p>Antecedentes médicos</p>	<p>1. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?</p> <p>a. Hipertensión (presión arterial alta): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>b. Colesterol alto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>c. Diabetes (tipo 1 o 2): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>d. Historia familiar de enfermedad cardiovascular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Presión arterial</p>	<p>Si respondió que <u>sí</u> le diagnosticaron presión arterial alta:</p> <p>1. ¿Alguna vez le recetaron medicamentos para reducir la presión arterial?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>a. Si respondió que sí, de los últimos siete días, ¿cuántos tomó los medicamentos recetados para reducir la presión arterial?</p> <p>_____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>b. Si respondió que sí, ¿algún proveedor de atención médica u otro recurso comunitario volvió a medirle la presión arterial luego de que se le recetaran medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Fecha de la medición: __/__/____) <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Usted se mide la presión arterial en su casa o con otros instrumentos calibrados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, nunca me indicaron que me midiera la presión arterial <input type="checkbox"/> No, no sé cómo medirme la presión arterial <input type="checkbox"/> No, no tengo equipos para medirme la presión arterial <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>a. Si respondió que sí, ¿cada cuánto se mide la presión arterial en su casa o con otros instrumentos calibrados?</p> <p><input type="checkbox"/> Varias veces por día <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Algunas veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por mes <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>b. ¿Le muestra habitualmente las mediciones de la presión arterial a un proveedor de atención médica para que las evalúe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Colesterol</p>	<p>Si respondió que <u>sí</u> le diagnosticaron colesterol alto:</p> <p>1. ¿Alguna vez le recetaron medicamentos (estatinas) para reducir el colesterol?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>2. ¿Alguna vez le recetaron otro medicamento (que no fueran estatinas) para reducir el colesterol?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>3. De los últimos siete días, ¿cuántos tomó los medicamentos recetados para reducir el colesterol? _____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Diabetes</p>	<p>Si respondió que <u>sí</u> le diagnosticaron diabetes (tipo 1 o 2):</p> <p>1. ¿Alguna vez le recetaron medicamentos para reducir la glucemia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p>

	<p>a. De los últimos siete días, ¿cuántos tomó los medicamentos recetados para reducir la glucemia? _____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Cardíacos</p>	<p>1. ¿Alguna vez le diagnosticó un proveedor de atención médica alguna de las siguientes enfermedades?</p> <p>a. Accidente cardiovascular/AIT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde b. Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde c. Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde d. Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde e. Enfermedad vascular (de las arterias periféricas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde f. Enfermedades o defectos cardíacos congénitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>2. ¿Toma aspirinas a diario para prevenir un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Nutrición</p>	<p>1. ¿Cuántas porciones de frutas o vegetales consume un día promedio? _____ Cantidad de porciones <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>2. ¿Consume pescado, al menos, dos veces por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>3. Si piensa en la cantidad de porciones de productos hechos con cereales que consume en un día típico, ¿cuántas de ellas son de cereales integrales? <input type="checkbox"/> Menos de la mitad <input type="checkbox"/> La mitad <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>4. ¿Bebe menos de 36 onzas (1 litro) (450 calorías) de bebidas azucaradas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>5. En este momento, ¿está controlando o reduciendo su consumo de sodio o sal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>6. En los últimos siete días, ¿con cuánta frecuencia bebió un vaso de una bebida alcohólica? _____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe/ No está segura <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>7. ¿Cuántos vasos de bebida alcohólica, en promedio, consume los días que bebe? _____ Cantidad de vasos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Actividad física</p>	<p>8. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) realiza por semana? _____ Cantidad de minutos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe/ No está segura <input type="checkbox"/> No responde</p>
<p>Otros</p>	<p>9. ¿Fuma? Se incluyen los cigarrillos, las pipas, los cigarros o los cigarrillos electrónicos (tabaco fumado de cualquier forma) <input type="checkbox"/> Fuma en la actualidad <input type="checkbox"/> Dejó (entre 1 y 12 meses atrás) <input type="checkbox"/> Dejó (más de 12 meses atrás) <input type="checkbox"/> Nunca fumó <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>10. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia</p> <p>a. sintió poco interés o placer al hacer las cosas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>b. se sintió triste, deprimida o sin esperanza? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> No responde</p> <p>11. En los últimos 12 meses, me preocupé de que se me acabara la comida antes de tener dinero para comprar más. <input type="checkbox"/> Cierto a menudo <input type="checkbox"/> Cierto a veces <input type="checkbox"/> Nunca cierto <input type="checkbox"/> No sabe/no responde</p>

NPI del proveedor: _____ Fecha de la visita a la oficina: _____



12. En los últimos 12 meses, la comida que compramos no duró y no teníamos dinero para comprar más.

- Cierto a menudo Cierto a veces Nunca cierto No sabe/no responde