

NPI del proveedor: _____ Fecha de la consulta médica: _____

Consentimiento para examen médico

Descripción del programa

El programa **Well-Integrated Screening and Evaluation for WOMen Across the Nation** (WISEWOMAN) es un esfuerzo conjunto de profesionales sanitarios, la Oficina de Prevención de Enfermedades Crónicas y Acceso a la Atención Médica del Departamento de Salud de Luisiana ("Well-Ahead Louisiana") y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para ayudar a las mujeres a comprender y reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.

WISEWOMAN promueve estilos de vida cardiosaludables duraderos y educa sobre la presión arterial, el colesterol, la diabetes, el índice de masa corporal (IMC) y el tabaquismo. Los exámenes médicos de WISEWOMAN incluyen un control de la presión arterial y análisis de los niveles de azúcar y colesterol en sangre. Mediante el programa WISEWOMAN, atendemos a mujeres de entre 40 y 64 años con bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente.

Consentimiento para la divulgación de información

Doy mi consentimiento a mis profesionales médicos, clínicas, hospitales, planes de seguro médico, al programa WISEWOMAN y a los socios del programa, para que se proporcionen mutuamente información sobre mi participación en el programa, mi atención médica, la detección de factores de riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares y los servicios de reducción de riesgos, en caso de que decida recibir servicios o cualquier atención médica relacionada a través de WISEWOMAN. Entiendo que debo volver a inscribirme todos los años para seguir recibiendo los servicios.

Cumpliré con los requisitos del programa WISEWOMAN proporcionando la documentación de seguimiento según lo exija el personal del programa y asistiré a las consultas de seguimiento indicadas durante mi consulta médica inicial de WISEWOMAN.

Toda la información que se divulgue al programa WISEWOMAN será de carácter confidencial, salvo en los casos indicados en este consentimiento. La información estará a disposición mía, del personal que integra WISEWOMAN y de Well-Ahead Louisiana (la fuente de financiación de WISEWOMAN). La información se usará para cumplir los fines descritos anteriormente. Los informes publicados y los datos enviados a los financiadores federales que surjan como consecuencia de los programas no identificarán a ningún cliente por su nombre.

Entiendo que mi participación en estos programas es voluntaria y que puedo abandonar WISEWOMAN y retirar mi consentimiento para divulgar información en cualquier momento. Si me realizo un examen médico y se determina que padezco una enfermedad cardíaca, el personal de WISEWOMAN me ayudará a encontrar recursos de tratamiento independientemente de mis posibilidades de pago. Entiendo que se me solicitará que dé mi consentimiento para realizar el tratamiento que corresponda y que proporcione otra información según sea necesario.

Confidencialidad: El Departamento de Salud de Luisiana, la Oficina de Salud Pública y la Oficina de Prevención de Enfermedades Crónicas y Acceso a la Atención Médica siguen todas las leyes vigentes en materia de confidencialidad de los servicios de salud en general y específicamente en lo que se refiere a los servicios preventivos. Todas las historias clínicas y de salud mental son confidenciales y se conservarán según lo dispuesto por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

NPI del proveedor: _____ Fecha de la consulta médica: _____

Al proporcionar mi número de teléfono celular a Well-Ahead Louisiana (Departamento de Salud Pública de Louisiana, WISEWOMAN, centro de exámenes médicos de WISEWOMAN, personal), "Well-Ahead", acepto y reconozco que Well-Ahead o el/los proveedor(es) de servicios del programa contratado(s) puede(n) comunicarse por mensaje de texto a mi número de teléfono celular para, por ejemplo, enviarme recordatorios de consultas médicas, darme consejos de salud y brindarme información específica sobre mi(s) afección(es) de salud, entre otros fines. Reconozco que este consentimiento puede ser revocado a petición mía, pero que hasta que dicho consentimiento sea revocado, podré recibir mensajes de texto de Well-Ahead a mi número de teléfono móvil. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

Comprendo los riesgos asociados con las comunicaciones por correo electrónico entre Well-Ahead y yo y cualquier proveedor de servicios del programa contratado. He recibido respuesta a todas mis preguntas. Si proporciono mi dirección de correo electrónico a continuación, comprendo los riesgos y doy mi consentimiento para que el centro de exámenes médicos WISEWOMAN, el Departamento de Salud Pública de Luisiana o el (los) proveedor(es) de servicios del programa contratado(s) se comuniquen conmigo por correo electrónico con motivo de mi información de salud protegida.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, ESTOY DE ACUERDO EN PERMITIR QUE UN(A) MÉDICO(A) AUTORIZADO(A), UN(A) ENFERMERO(A) PRACTICANTE AUTORIZADO(A), EL PERSONAL DE ENFERMERÍA O UN TRABAJADOR DE SALUD COMUNITARIA (CHW) PRESTEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- prueba de glucosa en sangre • prueba de presión arterial • prueba de lípidos (HDL, LDL y colesterol total) •

Si falsifico cualquier información utilizada para determinar mi elegibilidad, entiendo que seré responsable de los cargos.

Entiendo la información que aparece este formulario. Autorizo al personal clínico de WISEWOMAN a realizar los exámenes médicos básicos descritos anteriormente. También entiendo que mi información personal se mantendrá bajo confidencialidad y no se compartirá con ninguna persona que no esté directamente involucrada en el programa WISEWOMAN de Well-Ahead.

Firma de la participante

Fecha

Nombre de la participante en letra de imprenta

Fecha

Lugar del examen médico de WISEWOMAN Firma del personal Fecha

Firma del intérprete (si se utiliza)

Fecha

¿Es la primera vez que participa del programa WISEWOMAN? Sí No

Fecha de la primera consulta médica inicial: _____

ID de la participante (15): 3 0 0 0 0 _____



Inscripción al programa WISEWOMAN

Apellido:	Nombre:	Iniciales:	Autorización otorgada para: <input type="checkbox"/> Glucosa/A1C <input type="checkbox"/> Perfil lipídico <input type="checkbox"/> Servicios de asesoramiento para reducción de riesgos
Dirección			Consulta de seguimiento: Fecha: Consulta para:
Ciudad	Estado LA	Código postal	Fecha de nacimiento de la paciente:
Número de teléfono principal: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mejor horario para llamar: _____ <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.			
Dirección de correo electrónico:			
Miembros del grupo familiar:			Ingreso del grupo familiar:
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ ¿Necesita un(a) intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál es su mayor nivel de estudios alcanzado? <input type="checkbox"/> Menos que noveno grado (no asistió a la escuela secundaria) <input type="checkbox"/> Secundario no terminado <input type="checkbox"/> Secundario o su equivalente completado <input type="checkbox"/> Estudios superiores no terminados	
Raza (marque la/s opción/es que corresponda/n) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska (especifique la tribu: _____) <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico (especifique la tribu: _____) <input type="checkbox"/> Desconocida ¿Es latina o hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es NUEVA en WISEWOMAN, ¿cómo se enteró del programa? (Seleccione solo una opción).			
<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Personal u organización de extensión comunitaria	<input type="checkbox"/> Amigo(a)/familiar <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet	<input type="checkbox"/> Correo electrónico, póster, volante, folleto <input type="checkbox"/> Otros medios (especifique): _____	

Inscripción a los servicios de apoyo para comportamientos saludables de WISEWOMAN

A las participantes de WISEWOMAN se les brinda la oportunidad de participar en un grupo de apoyo GRATUITO para cambiar el estilo de vida en su comunidad. A estos programas se los denomina "servicios de apoyo para comportamientos saludables". Estos servicios están diseñados para fomentar hábitos saludables para su corazón a largo plazo. Comprendemos que es difícil cambiar. Por eso queremos que usted tenga el apoyo y las herramientas necesarias para que estos cambios sean más fáciles. Marque uno de los siguientes recuadros.

___ Como participante del programa WISEWOMAN, me derivaron a:

___ Sí, como parte de WISEWOMAN, quisiera que me contacte el personal de WISEWOMAN para derivarme a:

___ No, como parte de WISEWOMAN, no me interesa que me deriven en este momento.

En este momento, no puedo participar por: ___ falta de tiempo ___ falta de interés en los programas que ofrecen ___ falta de transporte ___ Otro (especificar) _____

___ Como parte de WISEWOMAN, recibí la información de la Guía de Recursos Comunitarios de Well-Ahead Louisiana para localizar los recursos saludables cercanos.

Firma de la participante de WISEWOMAN

Fecha

NPI del proveedor: _____ Fecha de la consulta médica: _____

Medidas clínicas y derivaciones por servicios de apoyo para comportamientos saludables

Altura (0'0") _____ Peso (lb) _____ Circunferencia de la cintura (pulgadas) _____

<p>Información sobre la evaluación médica</p>	<p>1. Cantidad de ciclos de evaluación médica WISEWOMAN recibidos por participante: _____</p> <p>2. Tipo de consulta para evaluación médica: <input type="checkbox"/> Evaluación médica <input type="checkbox"/> Reevaluación médica <input type="checkbox"/> Evaluación de seguimiento - Programa de estilo de vida (LSP) y entrenamiento en salud (HC) completo <input type="checkbox"/> Evaluación de seguimiento - Programa de estilo de vida (LSP) y entrenamiento en salud (HC) incompleto</p> <p>3. ¿Qué fondos se usaron para pagar los servicios de navegación? <input type="checkbox"/> NBCCEDP <input type="checkbox"/> WISEWOMAN <input type="checkbox"/> Indian Health Services/fondos tribales <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>4. ¿Se realizó en el sitio alguna evaluación de seguimiento (entre 3 y 11 meses como máximo luego de la reevaluación/evaluación inicial previa y dentro de las cuatro a las seis semanas posteriores a la finalización del programa de estilo de vida o entrenamiento en salud [LSP/HC])? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Presión arterial</p>	<p>Fecha de lectura: ____/____/____ Lectura de presión arterial: ____/____ mm Hg 2^{da} lectura de presión arterial (opcional): ____/____ mm Hg</p> <p><u>Seguimiento para detectar señales de alerta/nivel ALTO de presión arterial (sistólica > 180 o diastólica > 120):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de evaluación de seguimiento, de presentarse necesidad médica: ____/____/____ <input type="checkbox"/> No es médicamente necesaria.</p> <p><input type="checkbox"/> Médicamente necesaria, pero rechazada. <input type="checkbox"/> La participante se negó a realizársela.</p>	
<p>Colesterol y lípidos</p>	<p>¿Ha estado en ayunas (al menos durante nueve horas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Colesterol total: _____ mg/dl Colesterol HDL: _____ mg/dl Colesterol LDL: _____ mg/dl Triglicéridos: _____ mg/dl</p> <p>Para las participantes que no estén en ayunas, que NO estén en tratamiento con un fármaco hipolipemiente y que NO tengan antecedentes de hipercolesterolemia, si la lectura de triglicéridos fue >0400 mg/dl, deberá repetirse el perfil de lípidos en un plazo de 30 días para obtener los valores en ayunas.</p>	<p><u>Si no se registraron valores de colesterol, compruebe el motivo.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Muestra inadecuada <input type="checkbox"/> La participante se negó <input type="checkbox"/> No se ha registrado ninguna medición</p> <p><u>Si no se registraron valores de triglicéridos, compruebe el motivo.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Participante en tratamiento farmacológico hipolipemiente <input type="checkbox"/> La participante tiene antecedentes de colesterol alto <input type="checkbox"/> La lectura fue >0400 mg/dl</p>

NPI del proveedor: _____ Fecha de la consulta médica: _____

HgA1C/ Prueba de la glucosa	<p>¿Ha estado en ayunas (al menos durante nueve horas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><u>Solo complete una de las siguientes mediciones.</u></p> <p><u>Prueba de HgA1C para control de diabetes solo en el punto de atención:</u> Prueba de HgA1C realizada en el punto de atención: _____%</p> <p><u>Solo participantes no diabéticas:</u> Glucosa en ayunas: _____mg/dl</p> <p><u>Prueba de detección de diabetes:</u> Prueba de HgA1C mediante venopunción: _____%</p>	<p><u>Si no se realiza prueba de HgA1C, indique el motivo.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Muestra inadecuada</p> <p><u>Si no se realiza prueba de glucosa en ayunas, indique el motivo.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Muestra inadecuada</p>
--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Período de evaluación (Marque una casilla).	<p><input type="checkbox"/> Período 1 del año 1 (09/30/2023 y 03/31/2024) <input type="checkbox"/> Período 2 del año 1 (04/01/2024 y 09/29/2024)</p> <p><input type="checkbox"/> Período 1 del año 2 (09/30/2024 y 03/31/2025) <input type="checkbox"/> Período 2 del año 2 (04/01/2025 y 09/29/2025)</p> <p><input type="checkbox"/> Período 1 del año 3 (09/30/2025 y 03/31/2026) <input type="checkbox"/> Período 2 del año 3 (04/01/2026 y 09/29/2026)</p> <p><input type="checkbox"/> Período 1 del año 4 (09/30/2026 y 03/31/2027) <input type="checkbox"/> Período 2 del año 4 (04/01/2027 y 09/29/2027)</p> <p><input type="checkbox"/> Período 1 del año 5 (09/30/2027 y 03/31/2028) <input type="checkbox"/> Período 2 del año 5 (04/01/2028 y 09/29/2028)</p>
Asesoramiento para reducción de riesgos	<p>1. ¿La paciente ha completado el asesoramiento para reducción de riesgos? <input type="checkbox"/> Sí, fecha de finalización: ____/____/____ <input type="checkbox"/> No, la participante se negó a que la contactara el personal del programa. <input type="checkbox"/> No, la participante no respondió luego de tres intentos de contacto.</p> <p>2. ¿Ha hablado de los factores de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Ha hablado del papel que juegan la nutrición y la actividad física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Ha abordado la importancia de tomar los medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

NPI del proveedor: _____ Fecha de la consulta médica: _____

Programa de estilo de vida/ Entrenamiento en salud	<p>1. ¿Se ha remitido a la participante a un programa de estilo de vida o entrenamiento en salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de derivación: ___/___/___ Nombre del programa: _____</p> <p>ID del programa: _____</p> <p><u>Otros programas a los que se derivó a la paciente:</u></p> <p>Fecha de derivación: ___/___/___ Nombre del programa: _____</p> <p>ID del programa: _____</p> <p>Fecha de derivación: ___/___/___ Nombre del programa: _____</p> <p>ID del programa: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>2. ¿Cuántas sesiones del programa de estilo de vida o entrenamiento en salud ha recibido la participante durante el ciclo de evaluación médica actual? _____ sesiones</p> <p>3. Enumere todas las fechas de las sesiones del programa de estilo de vida o entrenamiento en salud realizadas por la participante desde que se unió a WISEWOMAN.</p> <p>___/___/___, ___/___/___, ___/___/___, ___/___/___, ___/___/___</p>
Abandono del tabaquismo	<p>1. Fecha de derivación a recursos para dejar de fumar: ___/___/___</p> <p>a. Tipo de recurso para dejar de fumar</p> <p><input type="checkbox"/> Línea telefónica <input type="checkbox"/> Programa de tabaco dentro de la comunidad <input type="checkbox"/> Programa de tabaco en línea</p> <p><input type="checkbox"/> Otros recursos para dejar de fumar</p> <p>b. Actividad para dejar de fumar completada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, la participante la completó parcialmente. <input type="checkbox"/> No, la participante dejó de intentar dejar de fumar cuando la contactó el recurso. <input type="checkbox"/> No, a la participante no la pudo contactar el recurso.</p> <p>2. Enumere las fechas adicionales en las que se derivó a la participante anteriormente:</p> <p>___/___/___, ___/___/___, ___/___/___, ___/___/___, ___/___/___,</p> <p>___/___/___, ___/___/___, ___/___/___, ___/___/___</p>

Evaluación de salud de WISEWOMAN

Responda las siguientes preguntas sobre sus antecedentes de salud, nutrición y hábitos de actividad física. La información que proporcione le ayudará a usted y a su médico(a) a determinar si el estilo de vida que tiene le hace correr el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. También se usará para elaborar un plan de acción que le permita efectuar pequeños cambios en su vida y así reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.

Antecedentes de salud	<p>1. ¿Ha experimentado alguna(s) de las siguientes enfermedades o afecciones?</p> <p>a. Hipertensión (presión arterial alta) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c. Diabetes (tipo 1 o 2) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Presión arterial	<p>Si ha respondido afirmativamente a que le han diagnosticado presión arterial alta:</p> <p>1. ¿Alguna vez le han recetado algún medicamento para disminuir la presión arterial?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. Si su respuesta a la pregunta n.º 1 fue afirmativa, durante los últimos siete días, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado para disminuir la presión arterial?</p> <p>_____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ningún día</p> <p>b. Si ha respondido afirmativamente a la pregunta n.º 1, ¿le ha vuelto a medir la presión arterial un profesional sanitario u otro recurso comunitario después de recetarle el medicamento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (fecha de la medición: __/__/____) <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Se mide la presión arterial en casa o usando otras fuentes calibradas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, no sé cómo medirme la presión arterial. <input type="checkbox"/> No, no dispongo de equipo para medir la presión arterial.</p> <p>a. Si ha respondido afirmativamente a la pregunta n.º 2, ¿con qué frecuencia se mide la presión arterial en casa o usando otras fuentes calibradas?</p> <p><input type="checkbox"/> Varias veces al día <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p>b. ¿Comparte regularmente las lecturas de la presión arterial con un profesional sanitario para que le dé su opinión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Colesterol	<p>Si ha respondido afirmativamente a que le han diagnosticado colesterol alto:</p> <p>1. ¿Le han recetado alguna vez medicamentos (estatinas) para bajar el colesterol?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Le han recetado alguna vez medicamentos (que no sean estatinas) para bajar el colesterol?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Durante los últimos siete días, ¿cuántos días tomó el medicamento que le recetaron para bajar el colesterol? _____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ningún día</p>
Diabetes	<p>Si ha respondido afirmativamente a que le han diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2):</p> <p>1. ¿Le han recetado alguna vez algún medicamento para bajar el azúcar en sangre?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. Durante los últimos siete días, ¿cuántos días tomó el medicamento que le recetaron para bajar el azúcar en sangre? _____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> N/A</p>
Cardiopatías	<p>1. ¿Ha tenido o le ha diagnosticado un profesional sanitario alguna de estas enfermedades o afecciones?</p> <p>a. Accidente cerebrovascular/TIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c. Enfermedad coronaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d. Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e. Enfermedad vascular (arterial periférica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>f. Enfermedades cardíacas/anomalías congénitas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>g. Hipertensión gestacional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>h. Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

	<p>i. Preeclampsia/eclampsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Toma aspirina a diario para ayudar a prevenir un infarto de miocardio o un derrame cerebral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Nutrición	<p>1. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras consume en un día normal? _____ Cantidad de tazas <input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p>2. ¿Consumo pescado al menos dos veces por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Pensando en todas las raciones de productos de cereales que come en un día normal, ¿cuántas son de cereales integrales? <input type="checkbox"/> Menos de la mitad <input type="checkbox"/> Aproximadamente la mitad <input type="checkbox"/> Más de la mitad</p> <p>4. ¿Consumo menos de 450 calorías (36 onzas) de bebidas azucaradas a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Está vigilando o reduciendo actualmente el consumo de sodio o sal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. En los últimos siete días, ¿con qué frecuencia ha tomado alguna bebida que contuviera alcohol? _____ Cantidad de días <input type="checkbox"/> Ningún día</p> <p>7. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en promedio durante un día que bebe? _____ Cantidad de bebidas <input type="checkbox"/> Ninguna</p>
Actividad física	<p>1. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) realiza a la semana? _____ Cantidad de minutos <input type="checkbox"/> Ninguno</p>
Actividad social	<p>1. ¿Utiliza alguno de los siguientes tipos de dispositivos electrónicos?</p> <p>a. Computadora de escritorio/portátil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Smartphone <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c. Tableta/Otra computadora portátil inalámbrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Tiene usted o algún miembro de su grupo familiar acceso a Internet? <input type="checkbox"/> Sí, a través de un servicio pago con una empresa de telefonía móvil o un proveedor de servicios de Internet. <input type="checkbox"/> Sí, sin pagar a una empresa de telefonía móvil o proveedor de servicios de Internet. <input type="checkbox"/> No, no hay acceso a Internet en esta casa, apartamento o caravana estática.</p> <p>3. Durante los últimos 12 meses, ¿en algún momento le preocupó quedarse sin comida por falta de dinero u otros recursos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Ha faltado alguna vez a una consulta médica por problemas de transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. Tipo de servicios de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Bebés (desde el nacimiento hasta los 11 meses) <input type="checkbox"/> Niños pequeños (de 11 a 36 meses) <input type="checkbox"/> Preescolar (de 3 a 5 años) <input type="checkbox"/> Cuidado infantil extracurricular (K - 9° grado) <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>6. ¿Ha tenido alguno de estos problemas relacionados con el servicio de cuidado infantil durante el último año? (Seleccione todas las opciones que correspondan). <input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> Disponibilidad <input type="checkbox"/> Ubicación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Horario de atención <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>7. ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda? <input type="checkbox"/> Tengo vivienda. <input type="checkbox"/> Tengo vivienda, pero me preocupa perderla. <input type="checkbox"/> No tengo vivienda.</p> <p>8. Las siguientes preguntas tienen que ver con el grado de seguridad que siente:</p> <p>a. ¿Con qué frecuencia recibe agresión física de su pareja? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Bastante a menudo <input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p>b. ¿Con qué frecuencia le insulta o le habla con menosprecio su pareja? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Bastante a menudo <input type="checkbox"/> Frecuentemente</p>

	<p>9. Estos cuatro ítems están relacionados con el grado en que la paciente cumpla con la toma de su medicamento:</p> <p>a. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. ¿Se descuida a veces a la hora de tomar el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c. Cuando se siente mejor, ¿deja a veces de tomar el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d. Alguna vez, si se siente peor cuando toma su medicamento, ¿deja de tomarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Qué servicio(s) social(es) necesita? Identificación del servicio social _____</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de la computadora <input type="checkbox"/> Acceso a Internet <input type="checkbox"/> Inseguridad alimentaria <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Cuidado infantil</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Violencia de pareja <input type="checkbox"/> Cumplimiento con la toma de medicamentos <input type="checkbox"/> Salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> Traducción de idiomas <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias</p> <p>Fecha de derivación al servicio social: ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____</p> <p>Fecha de utilización de los servicios y ayudas sociales: ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____</p>
<p>Otras preguntas:</p>	<p>1. ¿Usted fuma? Incluye cigarrillos, pipas, cigarros o cigarrillos electrónicos (tabaco fumado en cualquier forma) <input type="checkbox"/> Fumador actual <input type="checkbox"/> Dejé de fumar (hace entre 1 y 12 meses) <input type="checkbox"/> Dejé de fumar (hace más de 12 meses) <input type="checkbox"/> Nunca he fumado</p> <p>2. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia...</p> <p>a. ha tenido poco interés o sentido poco placer en hacer las cosas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de la semana <input type="checkbox"/> Casi todos los días</p> <p>b. se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de la semana <input type="checkbox"/> Casi todos los días</p> <p>3. En los últimos 12 meses, me preocupó el hecho de que se me acabara la comida antes de tener dinero para comprar más. <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>4. En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos no alcanzaba, y no teníamos dinero para comprar más. <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca</p>