Programa WISEWOMAN de Illinois. Formulario de información de la paciente. Página 1 de 3

Non	nbre de la participante:	Fecha de / / / nacimiento:
Corr	nerstone ID # (FOR OFFICE USE ONLY):	Fecha de la visita al / consultorio:
1.	¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa?InglésEspañolÁrabeChinoFrancJaponésCoreanoPolacoRusoTagalCreolePortuguésHmong	
2.	¿Cuáles de las siguientes condiciones usted tiene? (Marque todas las opciones de Lipertensión Colesterol alto Diabetes	que correspondan).
3.	¿Usted ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que condiciones?) (Marque tod	
4.	Indique si le recetaron medicamentos para bajar: (Marque todas las que corres la presión arterial el colesterol (estatina) el colesterol (otro medicamento recetado) el azúcar en la sangre	spondan).
5.	¿Usted está tomando aspirina para prevenir un ataque cardíaco o una apoplejía Sí No No sé/no estoy segura	n?
6.	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados par Presión arterial alta (la respuesta debe ser entre 0 y 7) Colesterol alto (la respuesta debe ser entre 0 y 7) Nivel alto de azúcar en la sangre (la respuesta debe ser entre 0 y 7)	ra las siguientes condiciones?
7∗:	¿Usted se mide su presión arterial en casa o utiliza otros recursos calibrados? Sí No, nunca me dijeron que me tomara la presión arterial No, no sé cómo tomarme la presión arterial No aplica	

Programa WISEWOMAN de Illinois. Formulario de información de la paciente. Página 2 de 3

Nombre de la participante:		Fecha de nacimiento: / /		
	Cornerstone ID # (FOR OFFICE USE ONLY):	Fecha de la visita al consultorio: / /		
	8. ¿Con qué frecuencia usted se mide la presión arterial en casa o utiliz Varias veces al día Diariamente Algunas veces a la semana Semanalmente Mensualmente No aplica	ando otros recursos calibrados?		
	 ¿Usted comparte regularmente sus lecturas de la presión arterial concomentarios? Sí No No aplica 	n un proveedor de atención médica para recibir		
	10. ¿Cuántas tazas de frutas y vegetales usted come en un día normal? Número de tazas Ninguna			
	11. ¿Usted come pescado al menos dos veces a la semana? Sí No			
	 12. Piense en todas las porciones de productos de granos que usted con integrales? Menos de la mitad Aproximadamente la mitad Más de la mitad 	ne en un día normal, ¿cuántas porciones son de grano		
	13. ¿Usted bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas azucarada Sí No	s a la semana?		
	14. ¿Usted está actualmente vigilando o reduciendo su consumo de sod Sí No	o o sal?		
	15. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia usted tomó una bebida co Número de días (la respuesta debe ser entre 1 y 7) Ninguna	n alcohol?		
	16. En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas usted consume el día que Cantidad de bebidas (escriba un número)	e toma?		
	17. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) usted hace en una se ——— Cantidad de minutos (entre 0 y 1700)	mana?		

Programa WISEWOMAN de Illinois. Formulario de información de la paciente. Página 3 de 3

Nombre de la participante:		Fecha de nacimiento:	/	/
Cornerst	one ID # (FOR OFFICE USE ONLY):	Fecha de la visita al consulto	orio: /	/
18. ¿Ust	ed Fuma? Esto incluye cigarrillos, pipas o puros (fumó tabaco e Actualmente fumo Dejé de fumar hace 1 a 12 meses Dejé de fumar hace más de 12 meses Nunca he fumado	n cualquier forma)		
19. En la	s últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia a usted le ha preo Nunca Varios días Más de la mitad del tiempo Casi todos los días No deseo responder	cupado que tiene poco interés c	placer en	hacer cosas
	s últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia a usted le ha preorranza? Nunca Varios días Más de la mitad del tiempo Casi todos los días	cupado que se siente desanima	da, deprimi	da o sin