|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-01219S (09/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Bureau of Community Health PromotionChronic Disease Prevention and Cancer Control Section |
| EVALUACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO DEl programa WISEWOMANwisewoman health history assessment |
| SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE Y EL PROVEEDOR |
| 1. Nombre de la agencia proveedora
 | 2. Escriba el nombre del proveedor ejecutante en letra de molde | 3. Fecha de contacto |
|       |       |       |
| 4. Nombre del cliente (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | 5. Fecha de nacimiento | 6. Número de identificación del cliente |
|       |       |       |
| **SECCIÓN 2: HISTORIAL MÉDICO PERSONAL** | Sí | No | No sabe o no está seguro | No corresponde |
| 1. Indique si ha padecido algunas de las siguientes:
 |
| * 1. Enfermedad coronaria
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| * 1. Ataque al corazón
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| * 1. Insuficiencia cardíaca
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| * 1. Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica)
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| * 1. Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (AIT)
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| * 1. Cardiopatías congénitas y defectos
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1. ¿Toma aspirina todos los días para ayudar a prevenir un ataque al corazón o derrame cerebral?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Ha padecido hipertensión gestacional?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Ha padecido diabetes gestacional?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Ha padecido preeclampsia o eclampsia?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Tiene el colesterol alto?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1. ¿Le recetaron medicamentos **(estatinas)** para bajar su colesterol?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. **¿Le recetaron medicamentos (que no sean estatinas) para reducir el colesterol?**
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. Durante los últimos siete días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados para reducir su colesterol?

Cantidad de días       | [ ]  |
| 1. ¿Sufre de diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1. ¿Le recetaron medicamentos para bajar el azúcar en la sangre (para la diabetes)?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. Durante los últimos siete días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados para disminuir el azúcar en la sangre (para la diabetes)? Cantidad de días:
 | [ ]  |
| 1. ¿Sufre de hipertensión (presión arterial alta)?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1. ¿Le recetaron medicamentos para bajar su presión arterial?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. Durante los últimos siete días, ¿por cuántos días tomó medicación recetada (incluidos diuréticos o píldoras de agua) para bajar la tensión arterial? Número de días:
 |
| 1. ¿Mide su presión arterial en casa o utiliza otras fuentes calibradas en la comunidad (por ejemplo, una farmacia o una clínica gratuita para tomar la presión arterial)?

[ ]  Sí [ ]  No**Si responde no, marque todas las opciones que correspondan:**[ ]  Nunca me dijeron que midiera mi presión arterial [ ]  No sé cómo medir la presión arterial[ ]  No tengo equipo para medir la presión arterial [ ]  No corresponde |
| 1. ¿Con qué frecuencia mide su presión arterial en casa o utiliza otras fuentes calibradas por la comunidad?

[ ]  Varias veces al día [ ]  Diariamente [ ]  Unas pocas veces a la semana [ ]  Semanalmente[ ]  Mensualmente [ ]  Nunca [ ]  No corresponde |
| 1. ¿Comparte regularmente las lecturas de su presión arterial con un proveedor de atención médica para que le dé su opinión?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |