|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-01219S (09/2024) | | **STATE OF WISCONSIN**  Bureau of Community Health Promotion  Chronic 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? | | | |  | |  | |  | |  |