FORMULARIO DE EVALUACIÓN GENERAL DE SALUD

Complete esta evaluación de salud para ayudarnos a determinar si podría beneficiarse de cualquiera de nuestros Programas de Salud y Bienestar (Diabetes en control, el asma importa, vida saludable, corazón saludable y Mente saludable). Sus respuestas también nos ayudarán a satisfacer mejor sus necesidades y le conectarán con recursos comunitarios gratuitos y de bajo costo. Después de revisar su formulario completo, un educador de salud de Community First se comunicará con usted.

Nombre del Miembro: :

Fecha de nacimiento:

ID del Miembro:

Correo electrónico:

Dirección:

Dirección línea 2:

Ciudad:

Estado/provincia/región:

Código postal:

Altura:

pies

pulgadas

Peso:

libras

¿Cómo debemos comunicarnos con usted?

Correo electrónico

Teléfono

HISTORIAL CLÍNICO

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?:

Artritis

Insuficiencia cardíaca

Asma

Hipertensión (presión arterial alta)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/enfisema

Afección relacionada con el peso
(sobrepeso, obesidad o bajo peso)

Enfermedad de la Arteria Coronaria (EAC)

No

Diabetes

No lo sé/No estoy seguro

FACTORES DE RIESGO

¿Tiene alguno de los siguientes factores de riesgo para una afección crónica?*

Presión arterial alta en el límite

Estilo de vida sedentario

Nivel de azúcar en la sangre (prediabetes) en el límite

Fumar

Consumo excesivo de alcohol

Uso de sustancias/adicción

Exposición a toxinas, sustancias químicas o contaminantes

Otros

Colesterol alto o lípidos (dislipidemia)

Ninguno

Antecedentes de exposición al sol

No lo sé / No estoy seguro

Obesidad

MEDICAMENTOS

¿Toma algún medicamento recetado, de venta libre o a base de hierbas/suplementos?* SI NO

ATENCIÓN PREVENTIVA - VACUNAS

¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas? Marque todas las que aplican.*

Hepatitis A	Tdap (o refuerzo en los últimos 10 años)
Hepatitis B	Varicela
VPH	Zoster
Influenza (durante el último año)	Otro
Sarampión, paperas, rubéola (MMP)	Ninguna
Meningococo	No lo sé/No estoy seguro
Neumococo (en los últimos 5 años)	

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

¿Dónde vive actualmente?

Casa/Departamento	No
No tengo vivienda (personas sin hogar, viviendo con otros, en un hotel, en un refugio)	Prefiero no contestar esta pregunta

¿Cuál es el máximo nivel educativo que ha completado?

Menos de un diploma de escuela secundaria	Más de un diploma de escuela secundaria/GED
Diploma de escuela secundaria/GED	Prefiero no responder esta pregunta

¿Necesita ayuda para conseguir comida o para ir a la tienda de abarrotes?

Sí	Prefiero no responder esta pregunta
No	

¿Necesita ayuda con el transporte a lugares como el trabajo, las citas médicas o la tienda de abarrotes?

Sí	Prefiero no responder esta pregunta
No	

AUTOGESTIÓN

¿Está recibiendo tratamiento actualmente por alguna afección o enfermedad médica?

Sí
No

¿Entiende su plan de tratamiento actual?

Sí	No lo sé / No estoy seguro
No	N/A

¿Tiene alguna inquietud o pregunta actual con respecto a su (s) condición(es)?

Sí	No lo sé / No estoy seguro
No	N/A

¿Entiende la importancia de manejar su (s) condición(es) de salud y monitoreo para reducir su riesgo de complicaciones?

Sí	No lo sé / No estoy seguro
No	

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse triste, deprimido o desesperado?

Para nada	Más de la mitad de los días
Varios días	Casi todos los días

ODurante las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer al hacer las cosas?

Para nada	Más de la mitad de los días
Varios días	Casi todos los días

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL MIEMBRO

¿Acepta que Community First comunique información electrónicamente a través de un sistema seguro diseñado para mantener su información segura? Se le notificará por correo electrónico o SMS cuando haya información segura para que la revise. El mensaje de correo electrónico o SMS proporcionará un enlace que le llevará al sitio seguro. Después de hacer clic en el enlace, se le pedirá que inicie sesión para acceder a su información.*

Sí

No