

Formulario de evaluación de SagePlus



EVALUACIÓN CLÍNICA: Fecha de visita al laboratorio ____ / ____ / ____

TIPO DE EVALUACIÓN:

- EVALUACIÓN INICIAL/DE REFERENCIA
 EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (antes de 3-11 meses desde la evaluación inicial)
 REEVALUACIÓN (después de 12-18 meses desde la evaluación inicial)

FECHA DE VISITA AL CONSULTORIO (same as BP date)		NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO	ID DE ORG SAGE #	CONSULTA SAGE #	
NOMBRE		APELLIDO(S)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	
NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> Menos de 9 ^{no} grado <input type="checkbox"/> Algo de educación secundaria <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro(a) <input type="checkbox"/> Graduado(a) de secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Algo de universidad o educación superior					
ANÁLISIS DE LABORATORIO	ESTATURA _____ pies _____ pulgadas	PESO _____ libras		CINTURA _____ pulgadas	
	PRESIÓN ARTERIAL _____ / _____	COLESTEROL TOTAL _____ mg/dL HDL: _____ mg/dL LDL: _____ mg/dL TRIGLICÉRIDOS: _____ mg/dL			
	AYUNO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A1C _____ %		GLUCOSA (en ayuno) _____ mg/dL	
VALOR DE REFERENCIA ALTO	<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA* (El valor de alerta del CDC para la presión arterial es superior a 180 sistólica o 120 diastólica) * La cita de seguimiento debe completarse dentro de los 7 días		<input type="checkbox"/> Evaluación completa. Cita completada el: _____ / _____ / _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Evaluación rechazada	<input type="checkbox"/> Evaluación no completada, se perdió el seguimiento
	1. ¿Tiene hipertensión (presión arterial alta) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 2. ¿Le recetaron medicamentos para reducir su presión arterial antes de esta cita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe a. Si respondió SÍ , ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? _____ 3. Si lo sabe, ¿qué fecha se volvió a medir su presión arterial, ya sea por un proveedor de atención médica o mediante otro recurso comunitario? ____ / ____ / _____ (mm/dd/aaaa) 4. ¿Mide su presión arterial en casa o utiliza otro aparato comunitario para medir la presión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe a. Si respondió NO , ¿por qué? <input type="checkbox"/> Nunca le indicaron que la midiera <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo <input type="checkbox"/> No tiene el equipo necesario para medirla b. Si respondió SÍ , ¿con qué frecuencia mide su presión arterial en casa o con otro aparato en la comunidad? <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 <input type="checkbox"/> No está seguro(a) c. Si respondió SÍ , ¿comparte regularmente sus lecturas de presión arterial con un proveedor de atención médica para recibir comentarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SAGEPLUS

	<p>5. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado(a) por un proveedor de atención médica con alguna de las siguientes condiciones?:</p> <p>a. Hipertensión gestacional: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>b. Preeclampsia/eclampsia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p>
COLESTEROL	<p>6. ¿Tiene colesterol alto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>7. ¿Le recetaron un medicamento con estatinas para reducir su colesterol antes de esta cita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>a. Si respondió SÍ, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? _____ días</p> <p>8. ¿Le recetaron otro medicamento diferente a las estatinas para reducir su colesterol antes de esta cita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>a. Si respondió SÍ, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? _____ días</p>
DIABETES	<p>9. ¿Tiene diabetes (tipo 1 o tipo 2)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>10. ¿Le recetaron medicamentos para reducir el azúcar en la sangre antes de esta cita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>a. Si respondió SÍ, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? _____ días</p> <p>11. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado(a) por un proveedor de atención médica con diabetes gestacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p>
CORAZÓN Y DERRAME CEREBRAL	<p>12. ¿Está tomando aspirina diariamente para ayudar a prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>13. ¿Ha sido diagnosticado(a) por un proveedor de atención médica con alguna de las siguientes condiciones? Derrame cerebral/accidente isquémico transitorio (AIT): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro(a) Ataque cardíaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro(a) Enfermedad cardíaca coronaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro(a) Insuficiencia cardíaca: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro(a) Enfermedad cardíaca congénita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro(a) Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro(a)</p>
HÁBITOS SALUDABLES	<p>14. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras consume en un día promedio? _____ tazas</p> <p>15. ¿Consume pescado al menos dos veces por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. Pensando en todas las porciones de productos de grano que consume en un día típico, ¿cuántas son de granos enteros? (por ejemplo, avena, pan, arroz integral) <input type="checkbox"/> Menos de la mitad <input type="checkbox"/> La mitad <input type="checkbox"/> Más de la mitad</p>

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SAGEPLUS

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	17. ¿Consumes menos de 36 onzas (tres latas de 12 oz. de refresco equivalen a 36 oz.) de bebidas azucaradas a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	18. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) realiza en una semana? _____ minutos
	19. ¿Actualmente está controlando o reduciendo su consumo de sodio o sal ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	20. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos ? a. Poco interés o placer en hacer cosas: <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días b. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza: <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____ (mm/dd/aaaa) (N/A = rechazado o no necesario)
	21. Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol : a. En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió alguna bebida que contuviera alcohol ? _____ días b. En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume en un día en el que bebe alcohol? __ días Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____ (mm/dd/aaaa) (N/A =rechazado o no necesario)
22. ¿ Fuma (por ejemplo, cigarrillos, pipas, puros) o utiliza tabaco comercial o nicotina en cualquier forma? <input type="checkbox"/> Fumador(a) actual <input type="checkbox"/> Dejó de fumar (hace 1-12 meses) <input type="checkbox"/> Dejó de fumar (hace más de 12 meses) <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____ (mm/dd/aaaa) (N/A = rechazado o no necesario)	

EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	23. ¿Utiliza alguno de los siguientes tipos de computadoras: de escritorio/portátil, teléfono inteligente y/o tableta/u otro dispositivo inalámbrico portátil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Rechazó contestar
	Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____ (mm/dd/aaaa) (N/A = rechazado o no necesario)

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SAGEPLUS

24. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene acceso a **internet**?

- Sí—con un teléfono celular o proveedor de servicio de internet
 Sí— sin pagar a una compañía/proveedor de servicio de internet
 No tiene acceso a internet en su casa/departamento/casa móvil No sabe Prefiero no responder

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
 (N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

25. Durante los **últimos 12 MESES**, ¿hubo algún momento en el que se preocupó por quedarse sin alimentos debido a la falta de dinero u otros recursos? Sí No No sabe Prefiero no responder

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
 (N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

26. ¿Alguna vez ha faltado a una cita médica debido a falta de **transporte**?

- Sí No No sabe Prefiero no responder

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
 (N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

27. ¿**Utiliza o necesita** servicios de cuidado **infantil**? Sí No No sabe

a. Si respondió **SÍ**, ¿qué tipo? (Selecciones todas las que apliquen)

- Infante (de nacimiento a 11 meses) Niño(a) pequeño(a) (11 a 36 meses) Preescolar (3 a 5 años.)
 Cuidado después de la escuela (K-9^{no} grado) No sabe Prefiero no responder

b. Si respondió **SÍ**, ¿ha tenido alguno de estos problemas relacionados con el cuidado infantil durante el último año? (Seleccione todas las que apliquen)

- Costo Disponibilidad Ubicación Transporte Horario de atención Otro No sabe

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
 (N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

28. ¿Cuál es su situación de **vivienda** actual?

- Tengo vivienda Tengo vivienda, pero me preocupa perderla
 No tengo vivienda No sabe Prefiero no responder

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
 (N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SAGEPLUS

29. Las siguientes preguntas son sobre **su percepción de seguridad**.

a. ¿Con qué frecuencia su **pareja le causa daño físico**?

- Nunca Raramente A veces Con bastante frecuencia Frecuentemente Prefiero no responder No tiene pareja

b. ¿Con qué frecuencia su **pareja le insulta o le menosprecia**?

- Nunca Raramente A veces Con bastante frecuencia Frecuentemente Prefiero no responder No tiene pareja

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
(N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

30. ¿Toma algún **medicamento recetado**? Sí No No sabe Prefiero no responder

a. ¿Alguna vez **olvida** tomar su medicamento recetado? Sí No Prefiero no responder

b. ¿A veces es **descuidado(a)** con la toma de su medicamento? Sí No Prefiero no responder

c. Cuando se siente mejor, ¿a veces **deja** de tomar su medicamento? Sí No Prefiero no responder

d. Si a veces se siente peor cuando toma su medicamento, ¿**deja** de tomarlo?

- Sí No Prefiero no responder

Derivado por SDoH: _____ Fecha: __/__/____
(N/A = rechazado o no necesario) (mm/dd/aaaa)

31. **Referencia a los Servicios de Apoyo para Comportamientos Saludables** (seleccione uno):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consejería de Salud (<i>proporcionada por MDH</i>) | Pregunta en tu clínica sobre la disponibilidad: |
| <input type="checkbox"/> Walk with Ease-Caminar con facilidad (<i>proporcionada por MDH</i>) | <input type="checkbox"/> Terapia de medicamentos (<i>proporcionada por clínica</i>) |
| <input type="checkbox"/> Zumba (en persona en Norte Mpls) | <input type="checkbox"/> Educación nutricional (<i>proporcionada por clínica</i>) |
| <input type="checkbox"/> El (la) paciente está indeciso(a) (un(a) asesor(a) de salud del MDH se comunicará para hablar más sobre el programa) | <input type="checkbox"/> Consejería de Salud (<i>proporcionada por clínica</i>) |

HBSS

Fecha en que se completó la consejería para la reducción de riesgos: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

Nombre del personal (letra imprenta): _____

Favor de completar y enviar por fax al Programa de Evaluación de Sage: 1-877-495-7545