Formulario de evaluación de Sage*Plus*



EVALUACIÓN CLÍNICA: Fecha de visita al laboratorio

	E EVALUACIÓN: .LUACIÓN INICIAL/DE REFERENC							-	2 meses	
		NÚMERO DE F			ID DE ORG SAGE #		CONSULTA SAGE #			
NOMBRE AF		APELLIDO(S	APELLIDO(S)				HA DE NACIMIENTO n/dd/aaaa)			
NIVEL	MÁS ALTO DE EDUCACIÓN □ N □ G	_	ado □ Algo de secundaria o eq					está seguro(a lucación supe		
	ESTATURA		PESO C			INTURA				
ANÁLISIS DE LABORATORIO	piespies	pulgadas	COLESTERO	libras			pulgadas			
ÁLISI: ORAT	T RESIGN ANTENNAL	1	TOTAL —		mg/dL					
AN, LABC		/		ng/dL LDL				CÉRIDOS:	mg/dL	
	AYUNO: Sí No PRESIÓN ARTERIAL ELEVAD	Λ*	A1C	_%		GLUCOS		yuno) Evaluaciór	mg/dL	
VALOR DE REFERENCIA ALTO	(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		☐ Evaluación completa. Cita completada el:(mm/dd/aaaa)		□ Evaluación rechazada		0	completada, se perdió el seguimiento		
NÇ.	a. Si respondió SÍ , ¿cuán 3. Si lo sabe, ¿qué fecha se mediante otro recurso c	entos para red l No sabe tos días tomó volvió a medi omunitario? _	lucir su presión el medicamen r su presión ar	to recetado terial, ya sea (mm/dd/a	es de esta en los últi por un pr aaa)	mos 7 d oveedo	r de at		ica o	
HIPERTENSIÓN	 4. ¿Mide su presión arterial en casa o utiliza otro aparato comunitario para medir la presión? □ Sí □ No □ No sabe a. Si respondió NO, ¿por qué? □ Nunca le indicaron que la midiera □ No sabe cómo hacerlo □ 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? □ Varias veces al día □ Diariamente □ Varias veces a la semana □ Semanalmente □ Mensualmente □ No está seguro(a) 									
	c. Si respondió SÍ , ¿comparte regularmente sus lecturas de presión arterial con un proveedor de atención médica para recibir comentarios? \square Sí \square No \square No sabe									

	5. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado(a) por un proveedor de atención médica con alguna de las siguientes				
	condiciones?:				
	a. Hipertensión gestacional: b. Preeclampsia/eclampsia: □ Sí □ No □ No sabe □ Sí □ No □ No sabe				
	6. ¿Tiene colesterol alto?				
COLESTEROL	7. ¿Le recetaron un medicamento con estatinas para reducir su colesterol antes de esta cita? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe				
	a. Si respondió SÍ, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? días				
	8. ¿Le recetaron otro medicamento diferente a las estatinas para reducir su colesterol antes de esta cita? □ Sí □ No □ No sabe				
	a. Si respondió SÍ, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? días				
	9. ¿Tiene diabetes (tipo 1 o tipo 2)? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe				
S	10. ¿Le recetaron medicamentos para reducir el azúcar en la sangre antes de esta cita?				
EE	□ Sí □ No □ No sabe				
DIABETES	a. Si respondió SÍ , ¿cuántos días tomó el medicamento recetado en los últimos 7 días? días				
D	11. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado(a) por un proveedor de atención médica con diabetes gestacional?				
	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe				
	12. ¿Está tomando aspirina diariamente para ayudar a prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral?				
ш	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe				
ΑM					
ERR	13. ¿Ha sido diagnosticado(a) por un proveedor de atención médica con alguna de las siguientes condiciones?				
/ DE	Derrame cerebral/accidente isquémico transitorio (AIT): ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/ No está seguro(a)				
AZÓN Y DER	Ataque cardíaco: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/ No está seguro(a)				
ΔZζ					
ORAZĆ	Insuficiencia cardíaca: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/ No está seguro(a)				
CORAZÓN Y DERRAME CEREBRAI					



	14. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras consume en un día promedio? tazas							
	15. ¿Consume pescado al menos dos veces por semana? ☐ Sí ☐ No							
	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)							
HÁBITOS SALUDABLES	☐ Menos de la mitad ☐ La mitad ☐ Más de la mitad							
	17. ¿Consume menos de 36 onzas (tres latas de 12 oz. de refresco equivalen a 36 oz.) de bebidas azucaradas a							
	la semana? □ Sí □ 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 ? ☐ Sí ☐ 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:							
	☐ En absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días							
S S	b. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza:							
Ď	☐ En absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días							
ÁBI	Derivado por SDoH: Fecha: (mm/dd/aaaa)							
H,	(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:							
	(N/A =rechazado o no necesario)							
	22. ¿Fuma (por ejemplo, cigarrillos, pipas, puros) o utiliza tabaco comercial o nicotina en cualquier forma?							
	☐ Fumador(a) actual ☐ Dejó de fumar (hace 1-12 meses) ☐ Dejó de fumar (hace más de 12 meses)							
	□ Nunca ha fumado							
	Derivado por SDoH: Fecha: (mm/dd/aaaa)							
	$(N/\Lambda = recharado o no necesario)$							



EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

	23. ¿Utiliza alguno de los siguientes tipos de computadoras: de escr	itorio/por	tátil, teléfono int	eligente y/o			
	tableta/u otro dispositivo inalámbrico portátil? 🗆 Sí	□ No	☐ No sabe	□ Rechazó			
	contestar						
	Derivado por SDoH:	F	echa:	(mm/dd/aaaa)			
	(N/A = rechazado o no necesario)						
	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						
SALUD	☐ No tiene acceso a internet en su casa/departamento/casa mo responder	óvil □ No	o sabe 🔲 Pre	efiero no			
AS	Derivado por SDoH:	F	echa:	(mm/dd/aaaa)			
LA !	(N/A = rechazado o no necesario)						
	25. Durante los últimos 12 MESES, ¿hubo algún momento en el que	e se preoc	upó por quedars	e sin alimentos			
DE	debido a la falta de dinero u otros recursos? ☐ Sí ☐ No ☐	-		ro no responder			
DETERMINANTES SOCIALES	Derivado por SDoH: (N/A = rechazado o no necesario)	F	echa:	(mm/dd/aaaa)			
7	26. ¿Alguna vez ha faltado a una cita médica debido a falta de transporte ?						
20		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					
S	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ Prefiero no responder						
Ë	Derivado por SDoH:	F	echa:	(mm/dd/aaaa)			
A	(N/A = rechazado o no necesario)	. –					
Z	27. ¿ Utiliza o necesita servicios de cuidado infantil ? Sí Sí	NO LI	No sabe				
Σ	a. Si respondió SÍ , ¿qué tipo? (Selecciones todas las que apliquen)						
Ë	\square Infante (de nacimiento a 11 meses) \square Niño(a) pequeño(a) (11 a 36 meses) \square Preescolar (3 a 5 años.)						
ĒΤ	☐ Cuidado después de la escuela (K-9 ^{no} grado) ☐ No sabe	□ P	refiero no respon	der			
	b. Si respondió Sí , ¿ha tenido alguno de estos problemas relacionad	dos 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:	F	echa:	(mm/dd/aaaa)			
	(N/A = rechazado o no necesario)						
	28. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?						
	 □ Tengo vivienda □ No tengo vivienda □ No tengo vivienda □ No tengo vivienda □ No tengo vivienda □ Prefiero no responder 						
	o	•					
	Derivado por SDoH:	F	echa:	(mm/dd/aaaa)			
	(14/7 - Iccliazado o 110 liecesario)						



EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

	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: (mm/dd/aaaa) (N/A = rechazado o no necesario)					
	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: (mm/dd/aaaa)					
	31. Nivel de interés en SagePlus y referencia a los Servicios de Apoyo para Comportamientos Saludables (seleccione uno):					
HBSS	☐ Educación nutricional ☐ Asesoría de salud ☐ Walk with Ease (Caminar con facilidad)					
HB	□ Otro					
	☐ El (la) paciente está indeciso(a) (un(a) asesor(a) de salud del MDH se comunicará para hablar más sobre el programa)					
Fe	cha en que se completó la consejería para la reducción de riesgos: (mm/dd/aaaa)					
No	ombre del personal (letra imprenta):					
Fa	Favor de completar y enviar por fax al Programa de Evaluación de Sage: 1-877-495-7545					

