

# EVALUACIÓN DE CONTROL



AGENCY OR SITE	CHART #	Follow-up Assessment ___/___/___	eCaST ID
LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH	

**CLINICIAN INSTRUCTIONS: Please fill in each part below. (This FORM is to be filled out 4 WEEKS AFTER HEALTH COACHING/DPP COMPLETION)**

**COLESTEROL**

¿Tiene **colesterol alto**?  Sí  No  NS\*

▶ ¿Toma medicamentos para reducir el **colesterol**?.....  Sí  No  NS\*

▶ Si es así, en los últimos 7 días (incluso hoy), ¿cuántos días tomó el medicamento recetado para reducir el **colesterol**?..... \_\_\_\_\_ días

▶ Si no es así, ¿no ha podido obtener el medicamento recetado para reducir el **colesterol**?.....  Sí  No

*\*NS: no sabe/no está seguro*

**HIPERTENSIÓN**

¿Tiene **hipertensión (alta presión arterial)**?.....  Sí  No  NS\*

▶ ¿Toma medicamentos para reducir la **hipertensión** ?.....  Sí  No  NS\*

▶ Si es así, en los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado (incluso diuréticos o píldoras para eliminar agua) para reducir la **hipertensión**?..... \_\_\_\_\_ días

▶ Si no es así, ¿no ha podido obtener el medicamento recetado para reducir la **hipertensión**?  Sí  No

▶ ¿Se toma la **presión arterial** en casa o usa otros instrumentos calibrados ?.....  Sí  No  NS\*

▶ Si no es así, mencionar el motivo:

Nunca le dijeron que se la tomara  No sabe cómo tomarla  No tiene un aparato para tomarla

▶ Si es así, ¿cuán a menudo se toma la **presión arterial** en casa o usando otros instrumentos calibrados?

Varias veces al día  A diario  Varias veces por semana  Semanalmente  Mensualmente  NS\*

▶ ¿Comparte regularmente las lecturas de **presión arterial** con un proveedor de atención médica para saber qué opina?.....  Sí  No  NS\*

*\*NS: no sabe/no está seguro*

**DIABETES**

¿Tiene **diabetes**? (ya sea tipo 1 o tipo 2).....  Sí  No  NS\*

▶ ¿Toma medicamentos para reducir la **glicemia (por la diabetes)**?.....  Sí  No  NS\*

▶ Si es así, en los últimos 7 días (incluso hoy), ¿cuántos días tomó el medicamento recetado para reducir la **glicemia (por la diabetes)**?..... \_\_\_\_\_ días

▶ Si no es así, ¿no ha podido obtener el medicamento recetado para reducir la **glicemia**?.....  Sí  No

*\*NS: no sabe/no está seguro*

**INFARTO**

¿El proveedor de atención médica le ha diagnosticado alguno de los siguientes trastornos?: cardiopatía isquémica o dolor torácico, infarto, insuficiencia cardíaca, derrame cerebral o accidente isquémico transitorio, vasculopatía, cardiopatías congénitas. ....  Sí  No  NS\*

*\*NS: no sabe/no está seguro*



AGENCY OR SITE	CHART #	Follow-up Assessment ___/___/___	eCaST ID
LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH	

**CLINICIAN INSTRUCTIONS: Please fill in each part below. (This FORM is to be filled out 4 WEEKS AFTER HEALTH COACHING/DPP COMPLETION)**

**DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA**

¿Cuánta **fruta** come en un día promedio?..... \_\_\_\_\_ tazas

¿Cuántas **verduras** come en un día promedio?..... \_\_\_\_\_ tazas

¿Come 2 o más porciones de **pescado** por semana?.....  Sí  No

¿Come 3 o más onzas de **cereal integral** por día?.....  Sí  No

¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de **bebidas con azúcares añadidos** por semana?.....  Sí  No

¿En la actualidad está controlando o reduciendo su consumo de **sodio o sal**?.....  Sí  No

¿Cuánta **actividad física moderada** realiza en una semana?..... \_\_\_\_\_ minutos

¿Cuánta **actividad física vigorosa** realiza en una semana?..... \_\_\_\_\_ minutos

**CONDICIÓN DE FUMADOR**

¿**Fuma**? Incluso cigarrillos, pipas o cigarros (tabaco de cualquier forma)

Fuma en la actualidad  Dejó de fumar (1-12 meses)  Dejó de fumar (más de 12 meses)  Nunca fumó

¿Aproximadamente cuántas horas promedio al día se encuentra en la misma habitación o vehículo con **otro fumador**?

\_\_\_\_\_ horas  Menos de una  Ninguna

► **Actividad para dejar de fumar completada.**

Sí. Completó la actividad para dejar de fumar.  No. Completó parcialmente la actividad para dejar de fumar.

No. Rehusó hacer la actividad para dejar de fumar.  No. No se lo pudo ubicar para hacer la actividad para dejar de fumar.

**CALIDAD DE VIDA**

Al pensar en su **salud física**, incluso enfermedades y lesiones físicas; ¿en cuántos de los últimos 30 días sintió que su **salud física** no era buena?..... \_\_\_\_\_ días  NS\*

Al pensar en su **salud mental**, incluso estrés, depresión y problemas emocionales; ¿en cuántos de los últimos 30 días sintió que su **salud mental** no era buena?..... \_\_\_\_\_ días  NS\*

¿En aproximadamente cuántos de los últimos 30 días una mala **salud física o mental** supuso un obstáculo para realizar **actividades normales**, como **cuidado personal, trabajo o recreación**?... \_\_\_\_\_ días  NS\*

\*NS: no sabe/no está seguro