



Tipo de Clase:	Fecha de Clase:	Fecha de Evaluación:
-----------------------	------------------------	-----------------------------

Evaluación Inicial del Paciente

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Condado:		Numero de Seguro Social:	
Numero de Teléfono: Casa:	Trabajo:	Celular:	
Contacto de Emergencia:			
Nombre:		Numero de telefono:	Relación

Lenguaje: Inglés Español Lenguaje de Señas Otro: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Retirado: Si No

Educación: Ninguna GED Preparatoria Asociado Licenciatura Maestría Doctorado

Tiene problemas con:

Problemas Visuales Problemas con el sentido del oído Problemas para leer

¿Tiene algún otro problema que puede hacer su aprender dificultoso: _____

Género: Hombre Mujer Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Rasa/Etnia: Anglo Hispano Afroamericano Asiático Otro

¿Quién te ayuda si necesitas ayuda? _____

Mi Historia de Salud: Yo tengo: Diabetes Cardiopatía Cáncer Hipertensión

¿Qué tipo de diabetes tiene? Tipo 1 Tipo 2 Pre-diabetes Gestacional No sé

He tenido diabetes _____ Meses / _____ Años No sé

¿Tiene glucómetro? Si No ¿Que marca? _____ ¿Mide su nivel de azúcar en la sangre? Si No

¿Ha participado en las siguientes clases ? Clase de diabetes ¿De ser así, hace cuánto tiempo asistió? _____ Clase para controlar el peso Clase para monitorizar la glucosa Clase de ejercicio Consejería para dieta Clase para dejar de fumar

Verifique de los siguientes pruebas o procedimientos que ha tenido en los últimos 12 meses:

examen de ojos dilatados prueba de la orina de proteína auto examen del pie con un profesional de la salud

examen dental examen de la presión arterial peso colesterol Hemoglobina A1c vacuna contra la gripe

vacuna contra la neumonía Perfil lipídico Perfil cardiaco

¿Fuma? Si No ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Cuántos paquetes de cigarrillos por día? _____

¿Toma alcohol? Si No ¿Cuántas bebidas por semanas? _____

¿Qué es lo más importante que quiere aprender en esta clase? _____

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimineto:	Fecha de Clase:
---------------------	----------------------	-----------------



Nutrición:

¿Le gustan las frutas y verduras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuántas frutas y verduras se comen en un día típico? (Circule uno)	0	1 - 2	3 - 4	5 +	No Se

Actividad Física

¿Cuántos minutos estuvo físicamente activo ayer? _____ Minutos
¿Qué tipo de ejercicio hace?
¿Hay alguna razón por la cual no puede hacer ejercicio? De ser así, listar:

Fuente de referencia: Médico Amigo/a o Familia Internet Folleto Evento de Salud _____
 Nombre de Médico: _____ y/o Clínica/Hospital: _____

Proveedor de Aseguranza:

Seguro Privado: _____ Medicare Medicaid Nueces County Health District
 Pagar por sí mismo Otro: _____ No tengo **Si no tiene seguridad, favor de contestar las preguntas siguientes:**

Se ha inscrito en el Programa de Obama : Sí No Si No, porque? _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____ ¿Cuál es su ingreso anual? _____ y/o ¿Ingreso mensual? _____

¿Cómo valora su salud general? Excelente Bueno Justo Pobre

Historia Familiar: Mis padres, abuelos, hermanos o hermanas tienen o tuvieron:

Diabetes Cardiopatía Cáncer Presión Arterial Alta

Favor de describir la razón por toda estancia en el hospital y sala de emergencia en este año pasado:

Permanencia de noche en el hospital: _____

Visita a la sala de emergencias: _____

¿Ha tenido días perdidos en el trabajo a causa de la diabetes? Si No

¿Ha tenido azúcares bajos? Si No Explique: _____

Yo aquí protejo y descargo de cualquier responsabilidad a TAMHSC, Coastal Bend Health Education Center y cualquier programa participando con Coastal Bend Health Education Center junto con dichos agentes, empleados, asociados, voluntarios, sucesores, asignados y afiliados de o para cualquier responsabilidad, indemnizaciones o causas de acción legal de cualquier índole a partir de lo cual o resultando de, lesiones, pérdida o daños externos, incluyendo muerte, que me podría incurrir como resultado de, o en conexión con, el rendimiento de dichos exámenes/pruebas de detección, o de datos derivados.

Firma: _____ Fecha: _____