



# Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

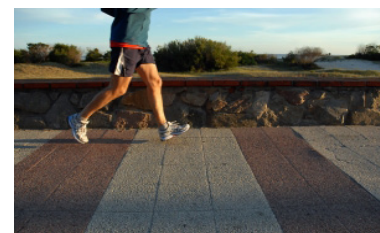
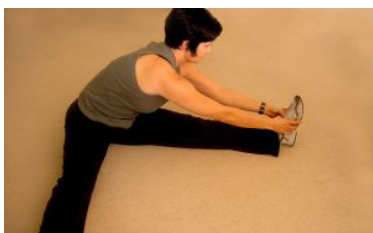
Por favor complete la siguiente forma. El llenar este formato le ayudará a Cada Mujer Importa (CMI) y al Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP por sus siglas en Inglés) a determinar qué servicios son mejores para usted.

Aún si usted no es elegible para recibir los servicios, puede recibir educación sobre la salud.

## LO QUE NECESITA SABER:

- Por favor responda **TODAS** las preguntas. De lo contrario, le llamaremos o tendremos que enviarle la forma de nuevo para que la complete, y esto podría retrasar exámenes médicos importantes.
- Por favor **ESCRIBA** con letra de molde y de manera clara. Utilice una pluma de tinta negra o azul. No use lápiz'
- Esta **NO** es la tarjeta que utilizará para realizar sus estudios médicos. Por favor NO vaya a sacar una cita con su médico hasta que cuenta con una Tarjeta de Exámenes Médicos.

¡Gracias por dedicarle este tiempo a su salud!



# Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

- Deberá leer las **páginas 2 y 3** para poder formar parte del programa Cada Mujer Importa y/o del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska.
- **NO podrá inscribirse hasta que todas las páginas hayan sido completadas.**

## CADA MUJER IMPORTA (PARA MUJERES)

Quiero formar parte del programa Cada Mujer Importa (CMI). Sé que:

- Debo tener entre 40 y 74 años de edad para poder recibir los servicios.
- Mi nivel de ingresos no puede rebasar a los estándares de ingreso indicados.
- Si cuento con seguro médico, CMI sólo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo pertenecer al género femenino (según lo establecido por la ley Federal)
- Debo de notificar a CMI si ya no deseo formar parte del programa.
- Sé que si tengo entre 40 y 74 años de edad, podría calificar para todos los servicios de evaluación médica que podría incluir: exámenes médicos para la detección de cáncer cervical y de mama, evaluación de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad, de acuerdo a las pautas establecidas por el "US Preventive Services Task Force" y a las del Programa CMI.
- Entiendo que podría tener que incrementar mi nivel de actividad física y realizar cambios a mi dieta como parte de la educación que el programa me ofrece. Entiendo que antes de que realice estas actividades y/o cambios a mi dieta, es recomendable hablar primero con mi proveedor de servicios de salud para aclarar cualquier duda o pregunta que tenga.
- Ya he hablado con la clínica sobre la forma en que voy a pagar los exámenes médicos y servicios que no sean cubiertos por el programa CMI.

## PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE COLON DE NEBRASKA (PARA MUJERES Y HOMBRES)

Quiero formar parte del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP por sus siglas en Inglés). Sé que:

- Debo tener entre 50 y 74 años de edad para poder recibir los servicios (sin excepción alguna).
- Mi nivel de ingresos no puede rebasar a los estándares de ingreso indicados.
- Si cuento con seguro médico, NCP solo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo de inscribirme en NCP cada año.
- Debo de tener un médico de cabecera.
- Debo de notificar a NCP si ya no deseo formar parte del programa.
- Debo ser residente de Nebraska.
- Si soy elegible para participar, entiendo que NCP revisara mi historial médico y me dirá para cuales exámenes califico.
- De acuerdo a mi historial médico y a qué tipo de examen soy elegible, se que NCP podría suministrarme con un kit de utensilios para tomar la muestra de materia fecal en casa (FOBT por sus siglas en Inglés), y/o ayudarme a pedir una cita para una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo el kit de FOBT por parte del programa y el resultado de dicho examen es positivo, se le dará seguimiento con una colonoscopia.
  - Si recibo una colonoscopia a través de NCP, entiendo que tal vez tenga que pagar el 10% del costo de dicho examen.
- Entiendo que mis pagos ayudarán a otros que necesiten colonoscopias a través de NCP.
- Hablaré con mi proveedor de salud acerca de las evaluaciones de diagnostico de cáncer de colon para informarme sobre los posibles efectos secundarios o molestias que se puedan presentar.
- Hablaré con mi proveedor de salud sobre la forma de pago de los exámenes que no sean cubiertos por NCP.
- Entiendo que NCP no pagará el tratamiento si soy diagnosticado con cáncer de colon. El personal de NCP me ayudará a buscar recursos para el tratamiento.

## Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

Sé que:

- ◆ Tal vez me proporcionen información para aprender a como cambiar mi dieta, incrementar actividad física, y/o dejar de fumar. CMI/NCP podría recordarme cuando es tiempo de programar mis exámenes médicos y enviarme información en el correo para ayudarme a aprender más sobre mi salud.
- ◆ De acuerdo a mi historial personal y médico, puede que reciba exámenes y/o materiales de educación en materia de salud. Sé que si me cambio de casa sin hacérselo saber a CMI/NCP, puede que no reciba los recordatorios de las evaluaciones médicas y materiales de educación. Asumo toda la responsabilidad de darle seguimiento a cualquier consejo que mi proveedor de servicios médico me ofrezca.
- ◆ Mi proveedor de servicios médicos, laboratorio, clínica, unidad de radiología, y/u hospital, puede proporcionar los resultados de mis evaluaciones de cáncer de mama y/o colon, enfermedades del corazón, colesterol, de seguimiento, colorrectal, exámenes de diagnóstico y/o tratamientos, a CMI/NCP.
- ◆ Para ayudarme a una mejor toma de decisiones relacionada con mi salud, CMI/NCP podría compartir información clínica o de salud, incluyendo resultados de laboratorio e historial médico, con mi proveedor de servicios de salud.
- ◆ Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de seguro social y/u otra información personal, será utilizada solamente por CMI/NCP. Puede ser utilizada para hacerme saber si necesito evaluaciones de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones si es necesario recibir algún tratamiento.
- ◆ Otros datos podrían ser utilizados para exámenes aprobados por CMI/NCP y/o por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en Inglés), para ser utilizados por investigadores externos para aprender más acerca de la salud de los hombres y las mujeres. Estos exámenes no utilizarán mi nombre ni otros datos personales.

**Para poder calificar para CMI/NCP, usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero calificado de acuerdo al Acta Federal de Migración y Ciudadanía. Por favor indique qué opción aplica en su caso:**

**Para efectos de cumplir con lo indicado en Neb. Rev. Stat. §§ 4-108 al 4-114, doy fe de que:**

- Soy un ciudadano de los Estados Unidos
- Soy un extranjero calificado bajo el Acta Federal de Migración y Ciudadanía. He adjuntado una copia por ambos lados de mis documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés) también conocidos como tarjeta de permanente residente.

A través de este medio, declaro que mis respuestas e información provista en esta forma y en cualquier solicitud relacionada con la obtención de beneficios públicos, es verdadera, completa y precisa, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

Por favor escriba su nombre (*Nombre, Segundo Nombre, Apellido*)

Firma

month / day / year

month / day / year

Fecha en la que firmó

Su fecha de nacimiento

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: Febrero 2016

INFORMACION DEMOGRAFICA

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero:  Femenino  Masculino # de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Forma preferida de contacto?:  Fijo  Trabajo  Celular

Teléfono fijo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sí, quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo : \_\_\_\_\_

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Relación:  Pareja  Familiar/Amigo  Otro \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Fijo  Trabajo  Celular

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Es usted de origen **Latino/Hispano**?  Sí  No  No sé País de origen: \_\_\_\_\_

Cuál es el idioma principal que se **habla en casa**?  Ingles  Español  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_

¿ A que **raza o etnia pertenece**?

- Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu \_\_\_\_\_
- Negro/Afro-Americano
- México-Americano
- Blanco
- Asiático
- Isleño del Pacifico/Hawaiano Nativo
- Otro \_\_\_\_\_
- No se

¿ Es usted **Refugiado**?  Sí  No  No sé. En caso de serlo, de donde es usted \_\_\_\_\_

Grado de **educación** completado:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12

13  14  15  16  16+  GED  No sea  No deseo contestar

Cómo **escucho** acerca del programa:  Doctor/Clínica  Familiar/Amigo  Agencia

Periódico/Radio/TV  Soy/Fui Paciente  Trabajador de Salud

Otro \_\_\_\_\_

INGRESO Y SEGURO MEDICO

Quando el staff del programa me contacte, será necesario que les muestre prueba de mis ingresos para asegurarnos que estén dentro de los estándares de ingreso indicados. Si mis ingresos rebasan dichos estándares, seré responsable de cubrir el costo de los servicios que reciba.

¿Cuál es su **ingreso familiar**, antes de impuestos?  Semanal  Mensual  Anual Ingreso : \$ \_\_\_\_\_  
**Por favor note que: Aquellas personas con su propio negocio necesitan indicar su ingreso neto, después de impuestos.**

¿Cuántas **personas** viven de este ingreso?  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12

¿Tiene **seguro de gastos** médicos?  Sí  No/No cubre esto En caso de Si:  Medicare (personas mayores de 65)  
 Parte A y B  Solo parte A  
 Medicaid (cobertura individual total)  
 Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid \_\_\_\_\_

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: Febrero 2016

CANCER DE MAMA Y CERVICAL

## \*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:  
Papanicolaou  Sí  No  No sé Fecha del más reciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultados:  Normal  Anormal  No sé  
Mamografía (breast x-ray)  Sí  No  No sé Fecha del más reciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultados:  Normal  Anormal  No sé
2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz)  No  Sí  No sé  
 2a. ¿La **Histerectomía** se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?  No  Sí  No sé
3. ¿Su **madre, hermana o hija**, han padecido de **cáncer de mama**?  No  Sí  No sé
4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**?  No  Sí  No sé Cuando: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**?  No  Sí  No sé Cuando: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CANCER DE COLON

1. ¿Cuántos **familiares de 1er grado, sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos)** han sido diagnosticados con **cáncer de colon o cáncer rectal**?  0  1  2  3+  No sé
2. ¿Cuántos de esos familiares con **cáncer de colon** tenían **menos de 60 años**?  0  1  2  3+  No sé
3. ¿Cuántos **familiares de 1er grado, sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos)** han sido diagnosticados con **pólipos en el colon**?  0  1  2  3+  No sé
4. ¿Cuántos de esos familiares con **pólipos** tenían **menos de 50 años**?  0  1  2  3+  No sé
5. ¿Cuántos **familiares de 1er grado, sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos)** han sido diagnosticados con **otros tipos de cáncer**?  0  1  2  3+  No sé  
 5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían? \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez lo(a) han diagnosticado **pólipos** en el colon?  Sí  No  No sé  
 6a. ¿Qué **tipo de pólipos** le diagnosticaron? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos tenía? \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: *(Fechas y resultados necesitan dedo marcado)*  
Prueba de Sangre Oculta en Heces  Sí  No  No sé Fecha más reciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado:  Normal  Anormal  
Sigmoidoscopia  Sí  No  No sé Fecha más reciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado:  Normal  Anormal  
 ¿Le removieron los pólipos?  Sí  No  No sé  
Colonoscopia  Sí  No  No sé Fecha más reciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado:  Normal  Anormal  
 ¿Le removieron los pólipos?  Sí  No  No sé  
Enema de Bario de Doble Contraste  Sí  No  No sé Fecha más reciente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado:  Normal  Anormal
8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:  
 Enfermedad de Crohns  Sí  No  No sé  
 Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés)  Sí  No  No sé  
 Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés)  Sí  No  No sé  
 Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés)  Sí  No  No sé  
 Colitis Ulcerosa  Sí  No  No sé
9. ¿Se encuentra **usted** actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas?  Sí  No  No sé
10. ¿En los últimos **30 días** ha tenido **sangrado rectal**?  Sí  No  No sé  
 10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del **sangrado rectal**? \_\_\_\_\_
11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con **cáncer de colon o cáncer rectal**?  Sí  No  No sé
12. Mi médico de cabecera o el médico que utilizo para Cada Mujer Importa es: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: Febrero 2016

## DIETA Y ACTIVIDAD FISICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) \_\_\_Tazas  No sé  N/C\*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) \_\_\_Tazas  No sé  N/C\*
3. ¿Consumes 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete)  Sí  No  No sé  N/C\*
4. ¿Consumes 3 o más onzas de **granos enteros** al día?  
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz)  Sí  No  No sé  N/C\*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?  
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas)  Sí  No  No sé  N/C\*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**?  Sí  No  No sé  N/C\*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?  
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) \_\_\_Minutos  No sé  N/C\*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?  
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) \_\_\_Minutos  No sé  N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

## COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**?  Sí  No  No sé  N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**?  Sí  No  No sé  N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
 Costo - se me olvido  
 Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
 No quiero tomaria  Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

## PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**?  Sí  No  No sé  N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**?  Sí  No  No sé  N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
 Costo - se me olvido  
 Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
 No quiero tomaria  Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud?  Sí  No  No sé  N/C\*
- 5a. Porque no se la chequea:  Nunca me dijeron que me la chequeara  No se cómo  No tengo la máquina
- 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares?  
 Varias veces el día  A diario - semanal  
 Unas cuantas veces a la semana  
 No se  Prefiero no contestar
- 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea?  Sí  No  No sé  N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

## DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**?  Sí  No  No sé  N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**?  Sí  No  No sé  N/C\*  
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? \_\_\_Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?  
 Costo - se me olvido  
 Los efectos secundarios no me gustan-no tenia  
 No quiero tomaria  Otro \_\_\_\_\_

\*N/C = Prefiero No Contestar

# Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: Febrero 2016

## CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones?  Sí  No  No sé  N/C\*
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio        | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular             | <input type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

\*N/C = Prefiero No Contestar

## CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)  Soy fumador  
 Dejé el tabaco (hace 1-12 meses)  
 Dejé el tabaco (hace +12 meses)  
 Nunca he fumado  N/C\*
2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo (snuff) o "snus"?**  Diariamente  Algunos días  
 Nunca  N/C\*
3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?** \_\_\_\_\_ Horas  Menos de 1  
 Ninguna  N/C\*

\*N/C = Prefiero No Contestar

## VIDA DIARIA

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuantos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien?** \_\_\_\_\_ Días  No sé  N/C\*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien?** \_\_\_\_\_ Días  No sé  N/C\*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? \_\_\_\_\_ Días  No sé  N/C\*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?  Sí  No  No sé  N/C\*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?  Sí  No  No sé  N/C\*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene?  Emocional  Intelectual  
 Física  Sensorial

\*N/C = Prefiero No Contestar

## SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?  Nunca  N/A\*  
 \_\_\_ Días  No sé  N/C\*
2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?  Nunca  N/A\*  
 \_\_\_ Días  No sé  N/C\*
3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?**  No  Sí  No sé  N/C\*
4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?**  No  Sí  No sé  N/C\*
5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **inseguro ahora?**  No  Sí  No sé  N/C\*
6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro?  Siempre  Casi Siempre  
 A veces  Casi nunca  
 Nunca  N/C\*
7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?**  No  Sí  No sé  N/C\*
- 7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué \_\_\_\_\_
8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?**  No  Sí  No sé  N/C\*
9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo?  1 vez en el último año  
 1 vez en los últimos 2 años  
 Hace más de 2 años  
 Nunca  No sé  N/C\*
10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista?  1 vez en el último año  
 1 vez en los últimos 2 años  
 Hace más de 2 años  
 Nunca  No sé  N/C\*

\*N/A = No Aplica \*N/C = Prefiero No Contestar

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Felicidades! Ya ha terminado! ----> 7

# Dedíquele Tiempo a su Salud. Hágalo por USTED y por su Familia.

Entérese de qué tipo de exámenes o evaluaciones son los más adecuados para usted llenando esta forma.



**Correo electrónico:** [dhhs.ewm@nebraska.gov](mailto:dhhs.ewm@nebraska.gov) (Every Woman Matters)  
[dhhs.nccsp@nebraska.gov](mailto:dhhs.nccsp@nebraska.gov) (Nebraska Colon Program)

**Sitios Web:** [www.dhhs.ne.gov/womenshealth](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth)  
[www.dhhs.ne.gov/crc](http://www.dhhs.ne.gov/crc) or [www.StayInTheGameNE.com](http://www.StayInTheGameNE.com)

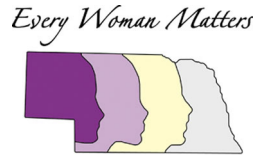
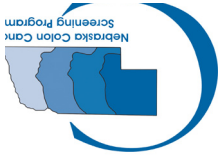
**Larga distancia sin costo:** 800-532-2227  
**En Lincoln:** 402-471-0929  
**Fax:** 402-471-0913

Programas de Salud de Mujeres y Hombres de Nebraska  
301 Centennial Mall South ~ P.O. Box 94817  
Lincoln, NE 68509-4817

**Si tiene preguntas, por favor contacte a los Programas de Salud de Mujeres y Hombres de Nebraska:**



Cada Mujer Importa y el Programa de Detección de Cáncer de Colon, le ofrecen evaluaciones de salud muy importantes!



Los fondos de este proyecto fueron provistos a través de los Centros de Control y Prevención, del Programa Detección Temprana de Cáncer de Mama y de Colon, de Evaluaciones Integradas para Mujeres a través de la Nación, y los Acuerdos de Cooperación del Programa de Detección de Cáncer Colorrectal con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. #5NU58DP003928-04/#5NU58DP004863-03

Version: Febrero 2016