Perfil de Riesgo de Salud General AUTO-ADMINISTRADO

(Sample* Self Administered Comprehensive Health Risk Profile)

Nombre:_____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento:_____ **Edad:**_____**Hombre**___ **Mujer**___ **Lugar de Nacimiento**_____ **ID#:** _____

Favor de responder con una **X** en cada declaración que esté de acuerdo con su caso. Si usted no sabe la respuesta de una pregunta, favor de marcarla con signo de interrogación y una persona se la explicará. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a los médicos y enfermeras a preparar un plan del cuidado de su salud que muestre cómo el estar sana puede ayudarle a prevenir el cáncer, diabetes y hasta un ataque al corazón o derrame cerebral *(stroke)*.

Key to organization acronyms: ACS – American Cancer Society, ADA – American Diabetes Association, NCEP – National Cholesterol Education Program, USPSTF – U.S. Preventive Services Task Force

Favor de NO escribir en las áreas sombreadas.

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed.**T**
1. **Peso** ___**No es aplicable en mi caso.** ___**Peso más de lo que debería de acuerdo con mi estatura.**	Wt: _____Ht:_____ BMI: _____	**Y N**	
2. **Presión arterial** ___**No es aplicable en mi caso.** ___**Casi nunca hago ejercicio físico ni 30 minutos durante la semana.** ___**Un familiar o yo tiene alta presión arterial.** **) Quién?**_____	Blood Pressure_____/_____ ___BP $140/90 ___Moderate to extreme obesity	**Y N**	
3. **Colesterol** (NCEP) ___**No es aplicable en mi caso.** ___**Soy mayor de 20 años y hace más de 5 años desde mi último examen normal o** ___**Tiene más de un año que los resultados de mis exámenes son anormales.** ___***Tengo presión arterial alta, o** ___***Fumo cigarrillos o puros.** ___***Tengo diabetes (tengo niveles altos de azúcar en la sangre)** ___***Alguien de mi familia tiene problemas con el corazón.** **) Quién? _____) A que edad comenzó? ____**	Date last tested:_____ Total Chol: _____ ____>200mg/dL? ____ HDL:_____ *2 or more risks for heart disease + [ ]*HDL <35 mg/dl [ ]*Male =>45 [ ]*Female =>55 Date next due: _____	**Y N**	
4. **Uso del Tabaco** ___**No es aplicable en mi caso.** ___**Fumo/uso productos de tabaco ahora o** ___**Los fumé/usé en el pasado.** **) Cuántos fumaba/consumía?** _____ **) cuánto tiempo?** _____ **Tipo: [ ] Cigarrillos [ ] Puro o pipa**	Readiness: ___Not thinking about quitting? ___Thinking about quitting? ___ Trying to quit? ___ Has quit? When? _____	**Y N**	

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed.**T**
[ ] Tabaco masticable/snuff	Previous meds? _____		
5. **Diabetes** (ADA) **___No es aplicable en mi caso.** **___Yo tuve diabetes cuando estuve embarazada/tuve un bebé que pesó más de 9 libras al nacer.** **___Alguien de mi familia o yo tiene diabetes.** **) Quién? _____** **(Ejemplo: madre, padre, hermana o hermano).**	Date/result last test: _____ _ ___Triglycerides>250mg/dL ___HDL<35mg/dL ___ High risk ethnicity ___>45 or __ overweight or _ HTN Date next due:_____	**Y N**	
6. **Inmunizaciones o vacunaciones** (USPSTF) **___No es aplicable en mi caso.** **___Tiene más de 10 años que me vacunaron contra el tétanos o nunca me han vacunado.** **___Tengo problemas de diabetes, pulmones o del corazón. Explique:_____** **___Soy trabajador del cuidado de la salud, o trabajo en una escuela o una cárcel.** **___Nunca me han vacunado contra la Hepatitis (infección del hígado).** **___Nunca he padecido Rubéola (German measles) ni me han vacunado contra ella.**	___ >65 y/o ___ Female of child-bearing age Needed: ___ Pneumovax ___ Td. ___ Influenza (flu season) ___ Hepatitis B ___ MMR ___Other: _____ _____	**Y N**	
7. **Cáncer Colorrectal** (ACS) **___No es aplicable en mi caso.** **___Alguien en mi familia inmediata ha tenido cáncer en el intestino recto o colon.) Quién? _____** **(ejem. madre, padre, hermana, hermano).** **___*Edad cuando apareció, si tenía menos de 55 años.** **___*He tenido la enfermedad del intestino inflamarorio** *(bowel inflamatory)***.**	Date last test(s):_____ ___ >35y/o and >5yrs since colonoscopy, and at least ONE risk factor*. ___50y/o, >1 yr since FOBT, or ___>5yrs since sigmoidoscopy Date(s) next due: _____ Test(s): _____	**Y N**	
8. **Examen del Seno realizado por un doctor o enfermera** (mujer, ACS). **___No es aplicable en mi caso.** **___Tengo entre 20-39 años y mi último examen fue hace más de tres años.** **___Tengo más de 40 años y tiene más de un año desde mi último examen.**	Date last CBE:_____ Normal: Y N If no, result: _____ Date next due: _____	**Y N**	
9. **Mamograma** (mujer, ACS) **___No es aplicable en mi caso.** **___Tengo más de 40 años y mi último mamograma fue hace más de un año.**	Date last Mamm:_____ Normal: Y N Date next due:_____	**Y N**	

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed.**T**
10. **Papanicolaou** **___No es aplicable en mi caso.** *"Pap smear"* (mujer, ACS) **___Tiene más de un año desde mi último examen del Papanicolaou.**	Date last test: _____ Normal: Y N 3rd consecutive normal? Y N Date next due: _____	**Y N**	
11. **Cáncer de la Próstata** **___No es aplicable en mi caso.** (hombre, ACS) **___Tengo más de 50 años y mi último examen contra el cáncer de próstata fue hace más de un año.** **___Tengo menos de 50 años y mi último examen contra el cancer de próstata fue hace más de un año, y** **[ ] Soy africano-americano o** **[ ] Alguien de mi familia tiene cáncer de la próstata.**	Date last PSA: _____ Result: _____ Date next due: _____ Date last DRE: _____ Date next due:_____	**Y N**	
12. **Reemplazo de hormonas** **___No es aplicable en mi caso.** (mujer) **___Mi madre tuvo osteoporosis.** **___He comenzado la menopausia y no tomo hormonas.** **___No tomo calcio extra ni vitamina D diariamente.**	Test date/type/result: _____ ___Asian or Caucasian ___Low body weight ___Sedentary lifestyle ___Hx. of excessive ETOH use	**Y N**	
13. **Infección de Tuberculosis** **___No es aplicable en mi caso.** (USPSTF) **___Vivo con o paso mucho tiempo con alguien que tiene tuberculosis.** **___Trabajo en el cuidado de la salud, una cárcel u otro lugar donde hay mucha gente.** **___Vine a Estados Unidos hace menos de 5 años y soy de SE Asia, África o América Latina.**	Date last test: _____ ___Medically under-served or has risk related to residential arrangements. ___Medical or behavioral risk. ___Diabetes, ESRD or other medical risk.	**Y N**	
14. **Nutrición y Actividad Física** **___No es aplicable en mi caso.** **___No como las 5 porciones diarias de frutas frescas o vegetales.** **___No hago 30 minutos o más de ejercicio, tres veces a la semana.**	___Above or significantly below ideal body weight. ___ >30% calories from fat	**Y N**	
15. **Higiene /Salud Oral** **___No es aplicable en mi caso.** **___Tengo 20-39 años de edad y tiene más de 3 años que no veo a un dentista (ACS)** **___Tengo más de 40 años y tiene más de un año que no veo a un dentista (ACS)** **___No me cepillo los dientes diariamente ni me paso el hilo dental o fumo o uso tabaco.**	Date last dental exam: _____ Date next due: _____	**Y N**	
16. **Examen de la piel** **___No es aplicable en mi caso.**		**Y N**	

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed.**T**
___Yo o alguien de mi familia inmediata tiene cáncer de la piel. **___Tengo muchas verrugas *(moles)* o tengo una mole diferente y está cambiando de color.** **___Paso mucho tiempo bajo el sol (trabajo/juegos) o he tenido muchas quemaduras por el sol.** **___Tengo entre 20-39 años de edad, hace más de 3 años tuve mi examen de la piel. (ACS)** **___Tengo más de 40 años y hace más de un año de mi último examen dela piel (ACS)**	___Immuno-suppressed ___Light skin, hair, and eye color or freckles		
17. **Enfermedades Venéreas** **___No es aplicable en mi caso.** **o transmisibles sexualmente (STD) e infección del VIH** (Gonorrea, Clamidia, Hepatitis, Sífilis, herpes genital, SIDA) **___Me identifico por lo menos con uno de los siguientes: (tengo "sexo" oral o anal) con** *Previos STD múltiples compañeros sexuales *Sexo sin protección* Agujas compartidas	Date/Test: _____ _____ _ Results: _____ Date/Test: _____ _____ Results: _____	**Y N**	
18. **Embarazos no Intencionados** **___No es aplicable en mi caso.** **(mujer en edad reproductiva o adulto masculino de cualquier dad)** **___Tengo vida sexual activa.** **___Yo/Nosotros no estamos listos para tener un bebé y no estamos usando un control de la natalidad confiable.**	Type of birth control: _____ _	**Y N**	
19. **Uso del Alcohol y Drogas** **___No es aplicable en mi caso.** **___Bebo alcohol casi todos los días.** **Qué tipo?_____Cantidad:_____** **___He usado "drogas de la calle".** **Nombre?_____) Cuándo?_____** **___Todavía estoy tomando medicina para el dolor o "para los nervios" sin estar enfermo.** **___He tenido problemas con la familia o en el trabajo debido al alcohol o las drogas.**	___Male: 2 or more drinks/day ___Female: 1 or more drinks/day ___Responds positively to a standard screening tool, such as CAGE.	**Y N**	
20. **Heridas y Accidentes** **___No es aplicable en mi caso.** **___No siempre uso el cinturón del auto, ni el casco para andar en bicicleta.** **___Hay medicinas, venenos o armas en mi casa al alcance de los niños.** **___No tengo detector de incendios funcionando en mi casa.** **___Mi(s) hijo(s) o yo hemos sido abusados últimamente (física, verbal o sexualmente).**	___Has frequent/multiple trauma with no plausible explanation. ___Presents repeatedly with somatic complaints.	**Y N**	

*La inclusion/omission no implica que el Departamento de Salud de Texas apruebae o rechaz una recomendacion especifica una opinion de

autoridad.

Favor de escribir preguntas para su doctor o enfermera quí:_____

_____

____

Client's Name: _____ Date:

_____ Clinician review with client: _____

Date: _____

Put Prevention Into Practice-PPIP

www.tdh.state.tx.us/ppip/index.htm

(512) 458-7534

Stock No. D-20A AHP-3/99

Sample* Preventive Care Flow Sheet: Self-Administered Comprehensive Health Risk Profile

Name: _____ ID#:_____ Date: _____

Check if applicable:	**Initials/Date(s) of education/counseling**:	**Check if applicable**:	**Initials/Date(s) of education/counseling**:
‘ Weight	_____ _____ _____	‘ Colorectal Cancer	_____ _____ _____
‘ Blood Pressure	_____ _____ _____	Female Only:	
‘ Cholesterol	_____ _____ _____	‘ Clinical Breast Exam	_____ _____ _____
‘ Tobacco use	_____ _____ _____	‘ Mammogram	_____ _____ _____
‘ Diabetes	_____ _____ _____	‘ Pap Smear	_____ _____ _____
‘ Immunizations	_____ _____ _____	Male Only:	
‘ _____	_____ _____ _____	‘ Prostate Cancer	_____ _____ _____

Suggested Result Codes: N=Results Normal A=Results Abnormal R=Refused P=Pending

Screening test/exam	**Freq.**		**Yr. Age**	**Yr. Age**	**Yr. Age**	**Yr. Age**	**Yr. Age**
Weight	q 1 yr.	Date/ Result					
Blood Pressure	q2yr	Date/ Result					
Cholesterol	q1-5yr	Date/ Result					
Diabetes	q1-3yr	Date/ Result					
Fecal Occult Blood	q1yr >50	Date/ Result					
Sigmoid/	q5yr	Date/					

Screening test/exam	Freq.		Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age
Colon-oscopy	>35/50	Result					
Clinical Breast Exam	q1-3yr >20	Date/ Result					
Mammogram	q1 >40	Date/ Result					
Pap Smear	q1-3yr	Date/ Result					
Digital Rectal Exam (male)	q1yr >50	Date/ Result					
PSA	q1yr >/<50	Date/ Result					

Immunizations	Freq.	Vac. I.D.	Date/Site/Initials	Date/Site/Initials	Date/Site/Initials	Date/Site/Initials
Tetanus	q10yr					
Influenza Vaccine	q1yr </>65					
Pneumococcal Vaccine	x1 </>65					
Hepatitis B	Series					
MMR	x1:&, child-bearing age					

Sample* **Preventive Care Flow Sheet: Self-Administered Comprehensive Health Risk Profile**

Name: _____ ID#: _____ Date: _____

Check if applicable:	**Initials/Date(s) of education/counseling**:	**Check if applicable**:	**Initials/Date(s) of education/counseling**:
‘ HRT	_____ _____ _____	‘ Alcohol/Drug Use	_____ _____ _____
‘ TB infection	_____ _____ _____	‘ Injury/Accidents	_____ _____ _____
‘ Nutrition/Physical Act.	_____ _____ _____	‘ _____	_____ _____ _____
‘ Oral Health/Hygiene	_____ _____ _____	‘ _____	_____
‘ Skin Cancer	_____ _____ _____	‘ _____	_____ _____ _____
‘ STD/HIV	_____ _____ _____	‘ _____	_____ _____ _____
‘ Unintended Pregnancy	_____ _____ _____	‘ _____	_____ _____ _____

Suggested Result Codes: N=Results Normal A=Results Abnormal R=Refused P=Pending

Screening test/exam	Freq.		Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age
Oral Health and Hygiene	q1-3yr	Date/ Result					
		Date/					

Screening test/exam	Freq.		Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age	Yr. Age
Skin Exam	q1-3yr	Result					
TB infection/ P.P.D.	q1-3yr	Date/ Result					
STD/HIV	q1yr	Date/ Result					
		Date/ Result					
		Date/ Result					

Referrals:	Date	Result
Diabetic Education		
Nutritional Education		
Smoking Cessation Program		
Dental Examination		

*Inclusion/omission does not imply that the Texas Department of Health endorses or rejects a specific recommendation or authority opinion.

Put Prevention Into Practice-PPIP

www..tdh.state.tx.us/ppip/index.htm

(512) 458-7534

Use with forms D-20 and D-20A

AHP-3/99