

Tomando Control de su Salud

Información del participante

(Participantes deben llenar ésto durante su primera sesión)

Gracias por llenar esta hoja. No es necesario poner su nombre.
Esta información nos ayudará a evaluar y expandir el programa en Oregon.

1. ¿En qué CONDADO vive? _____

2. Sexo _____ Masculino _____ Femenino

3. ¿Cuál es su edad? _____ años

4. ¿Qué condición(es) padece usted?

_____ Artritis _____ Enfermedad crónica pulmonar _____ Diabetes _____ Presión alta

_____ Asma _____ Dolor crónico _____ Fibromialgia _____ Esclerosis Múltiple

_____ Cáncer _____ Depresión _____ Enfermedad del corazón _____ Embolia

_____ Colesterol alto

_____ Otro – favor de anotar _____

_____ Ninguno – aquí para apoyar a familia o amistad

5. ¿Cuál es su raza / grupo étnico? (*marque todos los que apliquen*)

_____ Negra _____ Indígena americano/Nativo de Alaska

_____ Asiática/Nativo de las Islas del Pacífico _____ Hispano/Latino

_____ Blanca _____ Otro – por favor anote _____

6. ¿Tiene usted algún tipo de seguro de gastos médicos? (*marque todos los que apliquen*)

_____ Medicare _____ Seguro privado o del trabajo _____ No tengo seguro de gastos médicos

_____ Oregon Health Plan/Medicaid _____ Otro tipo de seguro de grupo

7. ¿Es la primera vez que asiste a este programa? Sí _____ No _____

8. ¿Cómo se enteró de este programa?

_____ A través del consultorio del doctor o enfermera _____ De una póster

_____ De un aviso en el trabajo _____ De una amistad

_____ Periódico _____ Otro: _____

Gracias por tomar el tiempo de llenar este cuestionario.