

Participantes deben llenar esto durante su primera sesión.

## **Tomando Control de su Salud** **Información del participante**

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? (*marque todos los que apliquen*)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis                                       | <input type="checkbox"/> Dolor crónico             |  |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Presión alta        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/sobreviviente                           | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA            |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                                | <input type="checkbox"/> Fibromialgia              | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica<br>pulmonar                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad del<br>corazón | <input type="checkbox"/> Embolia             |
| <input type="checkbox"/> Otro – favor de anotar _____                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ninguno – aquí para apoyar a familia o amistad |  |  |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Negra  | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino                  |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de<br>Alaska       | <input type="checkbox"/> Blanca                          |
| <input type="checkbox"/> Asiática/Nativo de las Islas del<br>Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro – por favor anote<br>_____ |

6. ¿Tiene usted algún tipo de seguro de gastos médicos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

7. ¿Usted ahora utilice el tabaco (cigarros, cigarrillos, tabaco sin humo)?

- \_\_\_ Todos los días \_\_\_ Algunos días \_\_\_ Nunca

8. ¿Cómo se enteró de este programa? (*marque todos los que apliquen*)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Doctor, enfermera, u otro consultorio médico                             |   |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria o de la iglesia/organización de la tercera edad |   |
| <input type="checkbox"/> De un aviso en el trabajo  | <input type="checkbox"/> Periódico/radio/televisión |
| <input type="checkbox"/> Un amigo/miembro de familia  | <input type="checkbox"/> Internet                   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |

¿Preguntas? Llame al 1-888-576-7414.

Updated 12/5/08