

Educación Crónica de Autogestión

Registro de Taller



Toda la información se mantendrá confidencial.

Primer Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Condado _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Nombre de mi Doctor _____

Nombre del consultorio de mi Doctor _____

Ciudad/Pueblo de mi Doctor _____

¿Cómo se enteró de la clase? (Por favor seleccione todas las que aplique)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro para personas mayores | <input type="checkbox"/> Mi Doctor | <input type="checkbox"/> Un amigo o miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> El edificio donde vivo | <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Poster, volante, o correo |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en revista o periódico | <input type="checkbox"/> Otro (díganos qué) _____ | |

Género Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento _____
(Mes, día, año) Ejemplo: 01/16/1965

Por favor identifique su raza (opcional)

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano Nativo |
| <input type="checkbox"/> Americano de Hawai u Otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Por favor identifique su origen étnico (opcional)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino |
|---|--|

¿Habla un idioma que no sea inglés en casa?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | En caso de sí, qué idioma _____ |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

Por Favor Seleccione Uno

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tengo una Condición Crónica | <input type="checkbox"/> Soy un(a) Cuidador(a) |
|--|--|

(Por favor seleccione todas las que aplique)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer o demencia relacionada | <input type="checkbox"/> Artritis / enfermedad reumática | <input type="checkbox"/> Respiración / Enfermedad Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastornos de depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos (como la retinopatía) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis (baja densidad ósea) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Otra condición crónica | | |

¿Cómo calificaría su calidad de vida en general? (Por favor seleccione solo uno)

Mala Calidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente Calidad

En general, ¿cómo describirías tu salud? (Por favor seleccione solo uno)

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pobre | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Muy Buena |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

Primer Nombre _____

Apellido _____

Fecha _____

Nos gustaría saber qué tan seguro está de hacer ciertas actividades. Para cada una de las siguientes preguntas, elija el número que corresponda a su confianza de que puede realizar las tareas regularmente en este momento.

- 1. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que la fatiga causada por su enfermedad interfiera con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>									<i>Totalmente seguro(a)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 2. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que la incomodidad física o el dolor de su enfermedad interfieran con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>									<i>Totalmente seguro(a)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 3. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que la angustia emocional causada por su enfermedad interfiera con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>									<i>Totalmente seguro(a)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 4. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que cualquier otro síntoma o problema de salud que tenga interfiera con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>									<i>Totalmente seguro(a)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 5. ¿Qué tan seguro está de que puede hacer las diferentes tareas y actividades necesarias para controlar su estado de salud a fin de reducir su necesidad de ver a un médico?**

<i>Nada seguro(a)</i>									<i>Totalmente seguro(a)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 6. ¿Qué tan seguro está de que puede hacer otras cosas además de tomar medicamentos para reducir cuánto afecta su enfermedad a su vida diaria?**

<i>Nada seguro(a)</i>									<i>Totalmente seguro(a)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10