

Caminos de Salud NM: Técnicas para Vivir Mejor

Programas educacionales en cómo tomar control de sus enfermedades crónicas

- Tomando Control de su Salud
- Programa de Manejo Personal de la Diabetes
- Programa de Manejo Personal del Dolor Crónico
- Cáncer: Triunfando y Sobreviviendo



Forma de Registro

1	Nombre <i>(Nombre, Apellido)</i>		Fecha / /
	Dirección	Ciudad	Código Postal
	Condado	Estado	Ubicación de este taller
	Teléfono <i>(Casa)</i> ()		Fecha de nacimiento / /
	Teléfono <i>(Otro)</i> ()		Correo electrónico
	Seguro de Salud actual		
	¿Cómo se enteró acerca de este programa?		
Por favor, marque si está inscrito actualmente en <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid/Centennial Care <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Ninguno			
Ultimos cuatro dígitos de su Numero de Seguro Social _____			
Estado civil: <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Union Libre <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Viudo(a)			

2	¿Hoy, cuántas personas viven en su hogar, incluyendo usted? _____	
	Por favor marque cual indica el ingreso MENSUAL de su hogar	
	<input type="radio"/> menos de \$1,005/mes	<input type="radio"/> entre \$2,398 y \$2,746/mes
	<input type="radio"/> entre \$1,005 y \$1,352/mes	<input type="radio"/> entre \$2,747 y \$3,094/mes
<input type="radio"/> entre \$1,353 y \$1,701/mes	<input type="radio"/> entre \$3,095 y \$3,442/mes	
<input type="radio"/> entre \$1,702 y \$2,049/mes	<input type="radio"/> \$3,443 o más/mes	
<input type="radio"/> entre \$2,050 y \$2,397/mes		
¿Es usted la jefe (a) de la familia? <i>(dueño (a) de casa o paga arrendamiento)</i> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Por favor díganos si usted es		
<input type="radio"/> Cuidador <input type="radio"/> Veterano <input type="radio"/> Miembro del New Mexico Retiree Health Care Authority Marque todas las que apliquen		

Forma de Registro

3 Si usted tiene 60 años o más O está casado(a) con alguien de 60 años o más, ¿está interesado en aprender acerca de servicios adicionales? Sí No

¿Tiene una discapacidad atribuible a una deficiencia mental o física, o una combinación de impedimentos mentales o físicos, que resultan en limitaciones funcionales sustanciales en una o más de las siguientes áreas de actividad importante de la vida: (A) auto cuidado, (B) lenguaje receptivo y expresivo, (C) aprendizaje, (D) movilidad, (E) autodirección, (F) capacidad de independencia, (G) autosuficiencia económica, (H) funciones mentales, y (I) ajuste emocional?

Sí No No seguro(a) ¿Es sordo(a)? ¿Es ciego(a)?

Durante el año pasado, ¿Cuidó usted o dio asistencia regularmente a un amigo (a) o miembro de la familia que tiene un problema de salud de larga duración o una discapacidad? Sí No

En general, usted diría que su salud es

Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre

¿Tiene ó ha tenido?

Prediabetes Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2 Diabetes Gestacional

Si usted tiene prediabetes o diabetes, ¿cuándo le dijo su médico o proveedor de salud que usted tiene diabetes o pre-diabetes?

Hace menos de un año Hace menos de tres años Hace cuatro años o más
 Hace menos de dos años Hace menos de cuatro años No sé/No recuerdo

¿Alguna vez ha tomado un curso o clase sobre cómo controlar la diabetes? Sí No

¿Tiene enfermedades de ojos (retinopatía, etc.)? Sí No

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces su médico o enfermera ha **examinado sus pies**? _____ Veces

¿Usted fuma? Sí No

4 **¿Habla un idioma distinto al español en el hogar?** Sí No

Si habla otro idioma, ¿cuál es ese idioma?

Inglés Chino Coreano Vietnamita Otro _____

¡Gracias por su ayuda!