MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES

Show Me Healthy Women

WISEWOMAN Assessment and Screening Form

Primera página para ser completada por el cliente
(Front page completed by client)

Back page for clinic staff only

Provider Name				
Apellido (s)	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social

A. Evaluación de Salud (marque con una ☑ la respuesta apropiada)

1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que su colesterol se encuentra elevado?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

2. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que usted tiene la presión alta?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que usted diabetes?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

4. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que usted ha tenido algo de lo siguiente: un ataque al corazón (también llamado infarto al miocardio), angina de pecho, enfermedad coronaria, o embolia?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades: artritis, artritis reumática, gota, lupus o fibromialgia?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

6. ¿La Artritis le causa síntomas de dolor, comezón o rigidez en las articulaciones o alrededor de ellas? ¿Esta usted ahora limitado ha hacer su actividades cotidianas por causa de la artritis o problemas en sus articulaciones?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

B. Historia de Salud Familiar (marque con una ☑ la respuesta apropiada)

7. ¿Le ha dado a su papa, a su hermana o a su hija una embolia o un ataque al corazón antes de los 55 años de edad?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

8. ¿Le ha dado a su mamá, a su hermana o a su hija una embolia o un ataque al corazón antes de los 65 años edad?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

9. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud a alguno de sus padres, hermano o hermana, hija que él/ella tiene diabetes?

   ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

C. Medicamentos (marque con una ☑ la respuesta apropiada)

10. ¿Está usted tomando actualmente medicina para el colesterol alto?

    ☐ **Sí, según lo prescrito** ☐ **Sí, pero no me la tome hoy** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

11. ¿Está usted tomando actualmente medicina para la presión alta?

    ☐ **Sí, según lo prescrito** ☐ **Sí, pero no me la tome hoy** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

12 ¿Está usted tomando actualmente medicina para la diabetes?

    ☐ **Sí, según lo prescrito** ☐ **Sí, pero no me la tome hoy** ☐ **No** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

D. Hábitos de Fumar (marque con una ☑ la respuesta apropiada)

13. ¿Fuma usted cigarrillos actualmente?

    ☐ **Todos los días** ☐ **Algunos días** ☐ **Para nada** ☐ **No sé** ☐ **No quiero contestar**

This page for clinic staff only

Services: ❑ **Initial Screening** ❑ **Annual Screening** ❑ **15 min Diagnostic** ❑ **30 min Diagnostic** ❑ **Lab Only** ❑ **LSI Ed Only**

NAME:	SSN:	WW SERVICE DATE:

E. CLINICAL MEASUREMENTS

Ht (ft) (in)	BP 1st reading _____ / _____	Lab Work – Fasting Status (9-12 hrs) ❑ Yes ❑ No
Wt (lbs)	BP 2nd reading _____ / _____	❑ Fasting Lipid Panel ❑ BG Strip
BMI	Average _____ / _____	❑ Total Col. ❑ Glucose Qt.
		❑ HDL ❑ A1C

Commends:	Total Col. mg/dL)	HDL-C. (mg/dL)	LDL-C. (mg/dL)
	Triglyceridos (mg/dL)	Glucose (mg/dL)	A1C

F. HEART DISEASE RISK CALCULATION (Circle as appropriate)

	YES	NO
1. Age: if ≥ 55 years of age	1	0
2. Family history of premature coronary heart disease	1	0
3. Current cigarette smoking	1	0
4. Hipertension: yes, if ≥ 140/90 mmHg or on antihypertensive med	1	0
5. Low HDL-Cholesterol: yes, if <40 mg/dL	1	0
6. Diabetes mellitus	1	0
7. High HDL-Cholesterol: yes, if ≥ 60 mg/dL *(protective factor that reduces risk score by 1 point)*	-1	0
Total Number of Risk Factors* (Sum of items circled yes in 1-7)	_____	

**If risk factors total 2 or more, Fasting Lipid Panel is recommended*.*

G. DIAGNOSTIC OFFICE VISIT JUSTIFICATION: ❑ Blood Pressure ❑ Cholesterol/Lipids ❑ Glucose

H. RISK CLASSIFICTION AND ALERT VALUE – ABNORMAL FOLLOW-UP

Risk Factor(s) Check risk factor(s) identified	Alert Value/Abnormal Follow-up			
	RPC Notified	**Evaluation Visit Date**	**Type of Treatment**	**Status of Work-up**
Blood Pressure mm/Hg ❑ Prehypertensive SBP120-139 or DBP 80-89 ❑ Stage 1 SBP>140 –159 or DBP>90-99 ❑ Stage 2 SBP ≥ 160 or DBP≥ 100 ❑ **Alert SBP>180 or DBP>110**	**Y / N**	_____ ≤ 7 days for Alert	1. Meds added 2. Therapeutic Lifestyle Changes (TLC) 3. Both meds and TLC 4. Nothing prescribed 5. Already on meds 6. Not an alert reading 7. No value recorded 8. Client refused treatment 9. Not completed-client lost to follow-up	1. Pending 2. Complete 3. Not medically indicated; client being treated. 6. Not an alert reading 7. No value recorded 8. Client refused treatment 9. Not completed, client lost to follow-up
Cholesterol mg/dL ❑ Borderline High >200 ❑ High >240 ❑ **Alert >400**	**Y / N**	_____ ≤ 7 days for Alert	_____ Answer # From Above	_____ Answer # From Above
Glucose mg/dL ❑ Elevated ≥126 ❑ **Alert >375**	**Y / N**	_____ ≤ 7 days for Alert	_____ Answer # From Above	_____ Answer # From Above

I. PHYSICAL ACTIVITY CLEARENCE:

Check if patient is **not** medically cleared to begin a physical activity program. ☐

J. Lifestyle Intervention Record

Description	Individual (Date)	Group (Date)	Length of Session in Minutes				Education Description			
			15	30	45	60	Nutrition	Phys. Act	Face to-Face	Phone
Lifestyle Intervention Session										
Community Lifestyle Education										

Linked to Community-Based Nutrition Resources ❑**Yes** ❑**No**	Linked to Community-Based Physical Activity Resources ❑**Yes** ❑**No**
Linked to Proactive Tobacco Quit Line ❑**Yes** ❑**No**	Linked to Community-Based Tobacco Cessation Resources ❑**Yes** ❑**No**