

# Examen de Bienestar

Toda la información es confidencial

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Soltera de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información Médica

¿Historia Familiar de Diabetes? **Si / No**

¿Historia Familiar de Enfermedad Cardíaca o Presión Arterial Alta? **Si / No**

¿Le han diagnosticado alguna vez diabetes o prediabetes, incluida la diabetes limítrofe? **Si / No**

En caso afirmativo, ¿cuál? **Diabetes Tipo 1    Diabetes Tipo 2    Diabetes Gestacional    Diabetes Limítrofe**

¿Tiene un marcapasos o algún tipo de dispositivo médico electrónico implantado? **Si / No**

¿Está embarazada? **Si / No**

¿Tiene algún otro problema de salud? **Si / No**

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Tratamiento y Aviso de Privacidad

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta. Doy mi consentimiento para que se solicite el examen de salud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el examen, que fueron respondidas a mi satisfacción. **LIBERÓ AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL SUROESTE DE UTAH Y A SUS EMPLEADOS, DE TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE DICHOS EXÁMENES.**

Me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede utilizar mi información.

¿Desea información sobre clases o eventos de vida saludable en línea o en persona? **Si / No**

En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted en relación con estas clases o eventos?      **Llamada Telefónica      Correo Electrónico      Texto**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Visite [swuhealth.org/diabetes](http://swuhealth.org/diabetes) para más información.

*IMPORTANTE: Estos resultados no están diseñados para diagnosticar. Por favor consulte con su proveedor de salud.*



# Examen de Bienestar

Toda la información es confidencial

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

*Esta sección será completada por una enfermera de salud pública.*

Peso: \_\_\_\_\_ libras

Altura: \_\_\_\_\_ pulgadas

Edad: \_\_\_\_\_ años

## Hemoglobina A1C

Normal	Prediabetes	Diabetes	Sus Resultados
< 5.7	5.7 - 6.4	6.5 +	

*Este procedimiento evalúa los niveles de azúcar en sangre de los últimos 3 meses.*

## Presión Arterial

	Normal	Prehypertension	Hypertension	Sus Resultados
Sistólica	< 120	120 - 139	140 +	
Diastólica	< 80	80 - 89	90 +	

*La cafeína, el tabaco, los medicamentos para el resfriado, el ejercicio y el estrés pueden provocar un aumento temporal de la presión arterial. La hipertensión constante puede dañar los vasos sanguíneos y restringir el flujo sanguíneo a los órganos vitales.*

## Circunferencia de Cintura

	Normal	Sus Resultados
Hombres	< 40 pulgadas	
Mujeres	< 35 pulgadas	

*El perímetro de la cintura se utiliza como indicador de salud del riesgo asociado al exceso de grasa corporal que rodea los órganos. Un perímetro de cintura elevado se asocia a un mayor riesgo de enfermedades cardíacas y diabetes tipo 2.*

## Índice de Masa Corporal

Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obeso	Sus Resultados
< 18.5	18.5 - 24.9	25 - 29.9	30 +	

*El Índice de Masa Corporal puede utilizarse para detectar categorías de peso que pueden provocar problemas de salud, pero no es un diagnóstico de la grasa corporal o de la salud de un individuo.*

## Porcentaje de Grasa Corporal

	Atlético	Apto	Normal	Obeso/Sobrepeso	Sus Resultados
Hombres	6-13%	14-17%	18-24%	25% +	
Mujeres	14-20%	21-24%	25-31%	32% +	

*El porcentaje de grasa corporal es una estimación de su nivel física y está correlacionado con resultados de salud.*

Visite [swuhealth.org/diabetes](http://swuhealth.org/diabetes) para más información.

*IMPORTANTE: Estos resultados no están diseñados para diagnosticar. Por favor consulte con su proveedor de salud.*