

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 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 para más información.

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