UTAH DEPARTMENT OF HEALTH
Utah Arthritis Program

TOMANDO CONTROL DE SU SALUD
FORMA INDIVIDUAL DEL PARTICIPANTE

Por favor escriba claramente la información del taller abajo

Por favor escriba sus inciales y numero de lista	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	¿Cuál es su código postal?
#	/ /	

¿Cuál es su sexo?

☐ Hombre ☐ Mujer

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Epañol?

☐ Si ☐ No ☐ No sé

¿Cuál es su raza? ***(Marque todas las que apliquen)***

☐ Indio Americano
☐ Asiático/Asiático Americano
☐ Negro/Afroamericano
☐ Islas del Pacífico
☐ Blanco

¿Un médico le ha dicho que tiene alguna de estas enfermedades crónicas?

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN.

☐ Alzheimer's/Demencia
☐ Artritis
☐ Asma/Respiración
☐ Bronquitis
☐ Cancer/Sobreviviente
☐ Cancer de pulmón
☐ Colesterol alto
☐ COPD (Obstruccion crónica pulmonar)
☐ Depresión o Ansiedad
☐ Derrame cerebral
☐ Dolor crónico
☐ Dolor crónico de las articulaciónes
☐ Diabetes
☐ Enfermedad del corazón
☐ Enfermedad de riñon
☐ Enfisema
☐ Esclerosis múltiple
☐ Fibromialgia
☐ Osteoporosis
☐ Presión arterial alta
☐ Ninguno (***No codiciones crónicas***)
☐ Otra condición(s): _____
_____

Durante el año pasado usted ha proveído cuidado regular o asistencia a un amigo o familiar que tiene un problema de salud o discapacidad a largo plazo?

☐ Si ☐ No

¿ Se limita de algún modo en algunas actividades debido a un problema físico, mental o emocional?

☐ Si ☐ No

Hoy, cuantas personas viven en su hogar incluyendolo a usted? (***Número de personas***)

¿Cuál es el más alto grado o año de la educación completado?

☐ Menos de la Preparatoria
☐ Graduado de la Preparatoria o Diploma de education general (GED)
☐ Algo de Colegio o Escuela Tecnica
☐ Grado de licenciatura o superior

¿Usted usa tabacco ahora? (***cigarrillos, cigarros, o tabacco sin humo***)

☐ Todo los dias ☐ Algunos dias ☐ No en absoluto

Updated April 2, 2014 1:06 PM