



**Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de la Cirugía/Lesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Persona Principal en el Seguro (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico que Deriva: \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Su lesión/condición se debe a un accidente automovilístico?  Yes  No

¿Recibe Atención Domiciliaria?  Yes  No

Opción de Recordatorio de Cita (Marque Una): \_\_\_\_\_ Llamada \_\_\_\_\_ Mensaje de Texto

**Consentimiento para la Atención Médica y de Salud Relacionada:** Doy mi consentimiento para ser admitido en Healthlink, un centro para pacientes ambulatorios de Baptist Health System, denominado "Centro", y doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos que mi médico crea que son necesarios. También entiendo que la prestación de servicios y tratamientos de atención médica puede implicar riesgos de lesiones o incluso mi fallecimiento. No se me ofrecen garantías con respecto al resultado del examen o tratamiento en Healthlink.

**Acuerdo de Pago/Asignación de Beneficios:** Acepto (en nombre del paciente y, si soy el padre de un niño menor, también en mi propio nombre) pagar todos los cargos y gastos de los servicios a las tarifas establecidas por el Centro, a menos que el contrato del Centro con mi compañía de atención administrada o seguro establezca una tarifa diferente. Entiendo que la falta de pago de estos cargos dentro de los 45 días posteriores a la facturación puede resultar en una derivación a una agencia o abogado para el cobro, en cuyo caso acepto pagar los honorarios razonables de los abogados y los costos de cobranza además del saldo de la cuenta. Acepto que, si la cuenta da como resultado un saldo a favor, este saldo se aplicará a cualquier otra deuda que tenga con el hospital y se me reembolsará el saldo.

Asigno al Centro todos (i) los derechos en beneficios o compensación que me pagaría cualquier compañía de seguros (esto incluye, sin limitarse a, cobertura de seguro médico o de salud, seguro de automóvil o de vivienda, incluida la cobertura de conductor no asegurado y protección contra lesiones personales) y cualquier otro pagador, y (ii) derechos, reclamos y causas de acción contra cualquier persona que pueda ser financieramente responsable de la lesión o enfermedad que causó o contribuyó a mi hospitalización, incluidos los fondos de cualquier liquidación. Entiendo que no es responsabilidad del Centro presentar reclamos o presentar una demanda en mi nombre. Es mi responsabilidad, dentro de los límites de tiempo aplicables, buscar todos los reembolsos del seguro, obtener todas las autorizaciones previas adecuadas, presentar cualquier demanda contra las partes financieramente responsables y apelar cualquier negación. Entiendo que mi incumplimiento de estas medidas puede resultar en la negación del reembolso o del dinero que se me adeudaría, en cuyo caso yo seguiría siendo responsable de la suma total de las facturas del Centro.



**Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**Pago de Medicare/Medicaid:** Si tengo cobertura a través de Medicare o Medicaid, certifico que la información que proporcioné al asignar el pago de Medicare o Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o Medicaid se pague directamente a este Centro en mi nombre. Autorizo a este Centro a divulgar cualquier información sobre mí que sea necesaria para actuar sobre esta solicitud de pago.

**Política de Asistencia:** Solicitamos respetuosamente una notificación con 24 horas de anticipación de las cancelaciones de citas. El cuidado constante es importante para el progreso. Si tiene tres (3) cancelaciones o dos (2) ausencias, se le dará de alta como paciente. Hable con su terapeuta si surgen circunstancias especiales.

**Enseñanza:** Los estudiantes, residentes, becarios de posgrado, enfermería y otros estudiantes clínicos pueden participar en mi cuidado como parte del programa de investigación o educación clínica del hospital o el Centro bajo la supervisión adecuada. A menos que notifique al Centro que no deseo participar en estos programas educativos, acepto que los aprendices puedan participar y/o brindarme atención mientras sea un paciente en el Centro.

**Propiedad Personal:** Como paciente, se me aconseja dejar los artículos personales en casa. El Centro me ha informado que la clínica tiene un lugar para los efectos personales. Entiendo que el Centro no es responsable por la pérdida de los efectos personales que yo u otros traigan a la clínica por mí. Libero a este Centro y sus agentes de la responsabilidad por los daños o pérdida de mis pertenencias.

**Notificación de Conversión de Cheque Electrónico:** Si proporciono un cheque como pago, autorizo a este Centro a utilizar la información de mi cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos (EFT) por única vez desde mi cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheque. Si este Centro utiliza información de un cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden retirarse de mi cuenta corriente el mismo día.

**Voluntades Anticipadas:**

El paciente tiene una voluntad anticipada o un testamento en vida:  No  Si

Si es así, ¿se proporciona una copia?  No  Si

El paciente tiene un Poder Médico Duradero:  No  Si

Si es así, ¿se proporciona una copia?  No  Si

El paciente ha designado un Sustituto de Atención Médica:  No  Si

Si es así, ¿se proporciona una copia?  No  Si

Nombre del Sustituto de Atención Médica Designado: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir más información sobre los Testamentos en Vida y otras voluntades anticipadas:  No  Si

**Derechos y Responsabilidades del Paciente:** Recibí información sobre los derechos y responsabilidades del paciente en la que se explican mis derechos y responsabilidades como paciente en este Centro, incluido cómo presentar una queja y un reclamo.

**Consentimiento para Contactar:**

Doy mi consentimiento y autorizo a este Centro, así como a cualquiera de sus sedes, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, organizadores, cobradores y otro personal contratado (cualquiera o todos estos se denominan "Proveedor") para utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto)

sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información relacionada con productos y/o servicios médicos proporcionados, intercambiar información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes de telemarketing (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o mediante un mensaje de texto que transmite un mensaje de "atención médica" hecho por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su "socio comercial", según se definen esos términos en la Norma de Privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103.

Los mensajes telefónicos pueden ser reproducidos por una máquina automáticamente cuando se contesta el teléfono, ya sea que los responda yo o alguien más. Estos mensajes también pueden ser grabados por mi contestador automático. Doy permiso al Proveedor para llamar o enviar un mensaje de texto a cualquier número de teléfono. Doy permiso al Proveedor para reproducir mensajes pregrabados o enviar mensajes de texto con información sobre mis transacciones por teléfono, y entiendo que dicha información puede no estar encriptada o segura.



**Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Aseguro que, a menos que indique lo contrario, poseo o utilizo habitualmente los números de teléfono que le doy al Proveedor. También aseguro notificar al Proveedor por escrito dentro de los 30 días si cambio los números de teléfono. Entiendo que el Proveedor continuará utilizando el número que proporcione a menos que proporcione una notificación de un cambio y, por lo tanto, no notificar al Proveedor puede resultar en comunicaciones perdidas o demoradas. También le doy permiso al Proveedor para que me comunique dicha información por correo electrónico, y entiendo que dicha información puede no estar encriptada o segura.

Acepto que el Proveedor no será responsable ante mí por ninguna llamada o comunicación electrónica, incluso si la información se comunica a un destinatario no deseado (incluidos, por ejemplo, contactos a un número anterior que no he notificado al Proveedor que ya no es utilizado por mí).

Entiendo que, cuando reciba tales llamadas o comunicaciones electrónicas, puedo incurrir en un cargo de la compañía que me brinda servicios de telecomunicaciones, inalámbricos y/o de Internet. Acepto que el Proveedor no tiene ninguna responsabilidad por dichos cargos. Entiendo que el consentimiento para recibir llamadas/mensajes no es una condición para recibir servicios médicos.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento para contactarme en cualquier momento contactando directamente al Proveedor o utilizando la cláusula de exclusión voluntaria que se identificará en la comunicación correspondiente.

He leído y puedo solicitar una copia del presente formulario. Soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy autorizado por el paciente como agente general del paciente para actuar en su nombre y aceptar los términos del presente formulario. Entiendo y acepto los términos del presente formulario de Consentimiento para Tratamiento. Si tengo alguna pregunta, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier asunto que no entienda.

Nombre en Letra de Molde del Paciente	Firma del Paciente/Agente o Representante del Paciente	Fecha	Horario
Fecha de Nacimiento del Paciente	Representante de la Clínica/Empleado #	Fecha	Horario

Traductor: He leído de forma precisa y completa el documento al paciente o al representante del paciente en el idioma solicitado por el paciente o el representante del paciente.

Traductor \_\_\_\_\_

Fecha / Horario \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha / Horario \_\_\_\_\_



**RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NPP)**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Se proporciona una **Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP)** a todos los pacientes. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo se puede utilizar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) su derecho a presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y es el paciente o el representante personal del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**SÓLO PARA USO INTERNO**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

Si corresponde, motivo por el que no se pudo obtener el reconocimiento por escrito del paciente:

- El paciente no pudo firmar.
- El paciente se negó a firmar.
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_- (Versión: Como se señaló en la NPP)      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Fecha: Como se señaló en la NPP)



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) A MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Puede autorizarnos a comunicarnos con un miembro de su familia con respecto a su atención médica o asuntos financieros. Esto es para reconocer que usted autoriza a HEALTHLINK a divulgar su PHI a las siguientes personas (marque todas las que correspondan):

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Información:  Recordatorios de Citas  Financiera  Otra:

De acuerdo para ser contactado por:  Teléfono  Dejando un Mensaje de Voz  Email Seguro  Otro:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Información:  Recordatorios de Citas  Financiera  Otro:

De acuerdo para ser contactado por:  Teléfono  Dejando un Mensaje de Voz  Email Seguro  Otro:

Nombre en Letra de Molde del Paciente	Firma del Paciente/Agente o Representante del Paciente	Fecha	Horario
Fecha de Nacimiento del Paciente	Representante de la Clínica/Empleado #	Fecha	Time

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

PATIENT NAME: _____
AGE: _____ DOB: _____ SEX: _____
<b>PATIENT LABEL</b>
MEDICAL RECORD # _____
ACCOUNT # _____

Por este medio autorizo a Healthlink Cardiac Rehab a divulgar la información durante toda la duración del programa de especificada a continuación con relación al siguiente período de servicios: rehabilitación cardíaca.  
MÉDICO / CENTRO DE SALUD MES / AÑO DE TRATAMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Se divulgará a: \_\_\_\_\_ con el fin de \_\_\_\_\_  
CENTRO / PERSONA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN  
cuidado cardíaco continuo

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA:**

- |                                                                                    |                                                                |                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoja de información general del paciente/historia clínica | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas sobre el tratamiento respiratorio                        |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación/ Información financiera          | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos              | <input type="checkbox"/> Notas de evolución                                             |
| <input type="checkbox"/> Reporte de consultas                                      | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería                   | <input type="checkbox"/> Registro de fisioterapia/terapia de rehabilitación/ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica                                    | <input type="checkbox"/> Reporte de operaciones                | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología                                         |
| <input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencias                  | <input type="checkbox"/> Registro de paciente ambulatorio      | <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____                                      |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> Instrucciones del médico              |                                                                                         |

Entiendo que al divulgar la información seleccionada arriba, ésta podría estar sujeta a divulgación posterior por parte del receptor de la información. Baptist Health System no se responsabilizará si esta información se vuelve a divulgar. Los registros que se entregarán o revisarán incluyen información referente a mi historia clínica y el tratamiento, los exámenes o la hospitalización, incluyendo, entre otros, toda información relacionada con los estudios, el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o trastornos asociados, si hubiera. Yo, el abajo firmante, entiendo que esta información podría incluir la referencia a tratamiento psiquiátrico o estudios, evaluación o tratamiento por abuso de sustancias. Se exime de responsabilidad al hospital, los empleados y al médico por la divulgación de estos registros.

**IMPORTANTE — Si el paciente fallece, marque una de las casillas a continuación:**

- |                                                                                                            |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soy el administrador/albacea del difunto y he incluido las cartas testamentarias. | <input type="checkbox"/> El tribunal no designó a ningún administrador/ albacea y soy el pariente más cercano. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ESPECIFIQUE LA RELACIÓN CON EL DIFUNTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL ASIGNADO DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA

RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

Usted ha recibido esta información de los registros en donde la confidencialidad está protegida por la ley federal. Los reglamentos federales (parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales) prohíben la divulgación posterior de esta información sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien le pertenece dicha información o según lo permitan dichos reglamentos. Una fotocopia tendrá el mismo efecto que el original.

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento con excepción y hasta el grado en que ya se haya actuado al respecto. Todas las peticiones de revocación deberán hacerse por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud. Esta autorización vencerá una vez que esta información se haya divulgado para el fin mencionado arriba ó a los 180 días (seis meses) de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

Uso interno exclusivo:  Registros revisados  Copias entregadas

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

# EL ÍNDICE DE ESTADO DE ACTIVIDAD DE DUKE

Evaluación

18<sup>th</sup> Sesión

Descarga

<b>Encierre en un círculo S (sí) o N (no) a las siguientes preguntas:</b>		<b>Si o No</b>	<b>Peso</b>
1.	¿Ya puede cuidar de sí mismo, es decir, comer, vestirse, bañarse o ir al baño?	<b>Si No</b>	2.75
2.	¿Ya puede caminar en interiores, como alrededor de la casa?	<b>Si No</b>	1.75
3.	¿Ya eres capaz de caminar una o dos cuadras en terreno llano?	<b>Si No</b>	2.75
4.	¿Puede subir un tramo de escaleras o subir una colina sin detenerse?	<b>Si No</b>	5.50
5.	¿Eres capaz de correr una distancia corta?	<b>Si No</b>	8.00
6.	¿Ya puede hacer trabajos livianos en la casa como quitar el polvo o lavar los platos?	<b>Si No</b>	2.70
7.	¿Ya puede hacer trabajos moderados en la casa como pasar la aspiradora, barrer pisos o cargar las compras?	<b>Si No</b>	3.50
8.	¿Ya puede hacer trabajos pesados en la casa, como fregar pisos o levantar o mover muebles pesados?	<b>Si No</b>	8.00
9.	¿Ya puede hacer trabajos de jardinería como rastrillar hojas, desmalezar o empujar una cortadora de césped eléctrica?	<b>Si No</b>	4.50
10.	¿Tiene relaciones sexuales?	<b>Si No</b>	5.25
11.	¿Ya puede participar en actividades recreativas moderadas como golf, bolos, baile, tenis de dobles o lanzar una pelota de béisbol o fútbol?	<b>Si No</b>	6.00
12.	¿Ya puede participar en deportes extenuantes como natación, tenis individual, fútbol, baloncesto o esquí?	<b>Si No</b>	7.50
<b>PUNTUACIÓN (El personal calculará por usted):</b>			

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Firma del personal clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

**Functional Capacity in METs = (DASI score) x 0.43 + 9.6 then divide by 3.5 = \_\_\_\_\_ METs 50% \_\_\_\_\_ METs 70% \_\_\_\_\_ METs**

## PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9) (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

(Marque con un " O " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING  0  +      +      +       
=Total Score:    

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

⑤

Un poco difícil

⑤

Muy difícil

⑤

Extremadamente difícil

⑤

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Firma del personal clínico: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_



## ♥CALIFIQUE SU PLATO♥

Piense en su forma de alimentación habitual. Para cada elección de alimentos, coloque una marca de verificación en la columna A, B o C.

	A	B	C
1. <b>CORTES DE CARNE*</b> <i>fresca de vaca, de cerdo, de cordero, de ternera</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> cortes magros del cuarto trasero, lomo o pata; jamón. O, <b>casi nunca consume carne.</b>	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> cortes con mayor contenido de grasa, tales como cuarto delantero, costillas, pechuga, carne sin huesos, costilla de primera calidad.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo consume:</b> cortes con mayor contenido de grasa. <sup>23</sup>
2. <b>POLLO, PAVO*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> sin piel.	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> con piel.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> con piel.
3. <b>CARNE ROJA Y DE AVE PICADA*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 5-7 % de grasa (93-95 % sin grasa); pechuga de pavo picada. O, <b>casi nunca consume esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 10-15 % de grasa; carne de pavo picada (carne oscura y blanca).	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo consume:</b> carne picada común, con 20 % de grasa o más.
4. <b>CARNE ROJA Y DE AVE PROCESADA*</b> <i>embutidos, perritos calientes (hot dogs), salchichas, carnes para el desayuno.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> opciones con menos grasa de carne magra o de ave; desayunos vegetarianos. O, <b>casi nunca consume esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> opciones con mayor contenido de grasa, tales como salames, mortadela, perritos calientes (hot dogs), tocino, salchichas.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo consume:</b> opciones con mayor contenido de grasa.
5. <b>TAMAÑO DE LAS PORCIONES DE CARNE ROJA Y DE AVE cocida o procesada</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> porciones pequeñas ( $\leq 3$ oz). tamaño de una baraja de cartas	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> porciones medianas (46 oz).	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo consume:</b> grandes porciones (7 oz o más).
6. <b>PESCADOS, MARISCOS*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> dos veces por semana o más, especialmente pescados grasos, tales como salmón, arenque o sardinas.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> cualquier clase, una vez por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> cualquier clase, menos de una vez por semana.
7. <b>MÉTODO DE COCCIÓN*</b> <i>para carne de ave, pescados, carne roja.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente:</b> cocina sin grasa agregada o utiliza aceite vegetal en aerosol.	<input type="checkbox"/> <b>A veces:</b> cocina con grasa agregada o fríe en aceite abundante.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo:</b> cocina con grasa agregada o fríe en aceite abundante.
8. <b>COMIDAS SIN CARNE</b> <i>hamburguesas vegetarianas, verduras o sopas de frijoles, salsa de espaguetis sin carne, tofu,</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> dos o más veces por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> menos de dos veces por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Rara vez consume:</b> comidas sin carne.

\* Si ustedes vegetariano(a) escoja la columna A para estos (\*) temas

<i>arroz y frijoles</i>			
<b>9. HUEVOS ENTEROS*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 3 o menos por semana O sustitutos del huevo O solamente claras de huevo.	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> 4 o más por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 4 o más por semana.
<b>10. LECHE</b> <i>incluye yogur, crema</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> 1 % o leche descremada, yogur sin grasa o con bajo contenido graso, sin grasa mitad y mitad.	<input type="checkbox"/> <b>A veces utiliza:</b> 2 % o leche entera, yogur entero, normal mitad y mitad.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> 2 % o leche entera, yogur entero, crema dietética.
<b>11. QUESOS*</b> <i>incluye queso para pizza, sándwiches, refrigerios, platos combinados, etc.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> reducido en grasa o parcialmente descremado.  O, casi nunca consume esto.	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> queso común, como cheddar, suizo y estadounidense.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> queso común.
<b>12. PRODUCTOS LÁCTEOS</b> <i>1 porción = 1 taza de leche o yogur, 1½ oz de queso</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume o bebe:</b> 2 o más porciones por día.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume o bebe:</b> 1 porción por día.	<input type="checkbox"/> <b>Rara vez consume o bebe esto.</b>
<b>13. GRANOS ENTEROS</b> <i>1 porción = rodaja de pan de 1 oz; ½ panecillo inglés; 1 taza de cereal; ½ taza de arroz, pastas; 5 galletas; tortilla; rosquilla (mini bagel), 3 tazas de palomitas de maíz dietéticas.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> <b>3 o más porciones por día,</b> 100 % de pan de trigo integral y pastas, arroz integral, cereales de grano entero, es decir, avena, salvado con pasas, Wheaties <sup>®</sup> .	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> 1 o 2 porciones por día.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> granos refinados en su mayoría, es decir, pan blanco, arroz blanco, galletas saladas, crocantes de maíz, Rice Krispies <sup>®</sup> , Special K <sup>®</sup> .
<b>14. FRUTAS Y VERDURAS</b> <i>incluye legumbres 1 taza = fruta entera mediana o papa, tomate grande o mazorca de maíz, 2 tazas de verduras de hoja verde crudas.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 4-5 tazas por día.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 2-3 tazas por día.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 0-1 taza por día.
<b>15. MÉTODO DE COCCIÓN</b> <i>para verduras, pastas, arroz</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente prepara:</b> sin grasa ni salsas O utiliza aceite vegetal en aerosol.	<input type="checkbox"/> <b>A veces prepara:</b> con salsa, manteca, margarina, aceite.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente prepara:</b> con salsa, manteca, margarina, aceite.
<b>16. TIPO DE GRASA AL COCINAR</b> <i>incluye hornear</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> aceite de oliva o de canola. O, generalmente cocina sin grasa agregada.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> otros aceites, margarina en pote.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> manteca, grasa de tocino, margarina en barra, manteca de cerdo, mantequilla para preparar masas.
<b>17. SAL DE ALIMENTOS PROCESADOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>Siempre/generalmente:</b> <i>compara y elige opciones bajas en sodio.</i>	<input type="checkbox"/> <b>A veces:</b> <i>considera el contenido de sodio.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Rara vez/nunca:</b> <i>considera el contenido de sodio.</i>

<b>18. PASTAS UNTABLES</b> <i>agregadas sobre el pan, las papas, las verduras, las tortas, los sándwiches, etc.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> margarina en aerosol o dietética en pote.  <input type="checkbox"/> <b>O, casi nunca utiliza esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> margarina común en pote.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> manteca o margarina en barra.
<b>19. ADEREZOS PARA EÑSALADAS, MAYONESA</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> aderezos para ensaladas y mayonesa sin grasa o de bajo contenido graso. <input type="checkbox"/> <b>O, casi nunca utiliza esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> Aderezos para ensaladas y mayonesa dietética.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente utiliza:</b> Aderezos para ensaladas y mayonesa común.
<b>20. REFRIGERIOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> pretzels, palomitas de maíz dietéticas, papas fritas horneadas. <input type="checkbox"/> <b>O, casi nunca consume esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> papas fritas y palomitas de maíz comunes, pretzels saborizados.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo consume:</b> papas fritas y palomitas de maíz comunes.
<b>21. NUECES, SEMILLAS</b> <i>incluye cremas de frutos secos tamaño de la porción = 1/4 taza de nueces, 2 cucharadas de mantequilla de maní.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 3 o más porciones por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 1-2 porciones por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> 1 porción o menos por semana.  <input type="checkbox"/> <b>O, casi nunca consume esto.</b>
<b>22. POSTRES CONGELADOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> helados de agua, jugos de frutas en barra, helados de bajo contenido graso o yogur helado. <input type="checkbox"/> <b>O, casi nunca consume esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> helado común, helado en barras/sándwiches.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume afuera:</b> helado común, helado en barras/sándwiches.
<b>23. DULCES, REPOSTERÍA, GOLOSINAS</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente consume:</b> bizcochuelo liviano, productos de bajo contenido graso o sin grasa. <input type="checkbox"/> <b>O, casi nunca consume esto.</b>	<input type="checkbox"/> <b>A veces consume:</b> donas, galletas dulces, tortas, pasteles, masas o golosinas de chocolate.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente/A menudo consume:</b> donas, galletas dulces, tortas, pasteles, masas o golosinas de chocolate.
<b>24. SALIR A COMER</b> <i>comer en el lugar o para llevar, cualquier comida</i>	<input type="checkbox"/> <b>Casi nunca sale a comer.</b> <input type="checkbox"/> <b>O, generalmente elige elementos del menú con menos grasa.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente sale a comer:</b> 1-2 veces por semana.	<input type="checkbox"/> <b>Generalmente sale a comer:</b> 3 o más veces por semana.

## Vea su puntaje de calificación de su plato:

Total de marcas de verificación en la columna A = \_\_\_\_\_ x 3 = \_\_\_\_\_  
Total de marcas de verificación en la columna B = \_\_\_\_\_ x 2 = \_\_\_\_\_  
Total de marcas de verificación en la columna C = \_\_\_\_\_ x 1 = \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

### Si su puntaje es:

58 - 72: Elige muchas opciones saludables.

41 - 57: Existen algunas opciones que puede considerar para que sus hábitos alimenticios sean más saludables.

24 - 40: Existen muchas opciones que puede considerar para que sus hábitos alimenticios sean más saludables.

### Mire sus respuestas en la calificación de su plato.

¿Tiene alguna respuesta en la columna A? Si es así, ¡excelente! Ya está eligiendo algunas opciones saludables para el corazón. Mire sus respuestas en las columnas B y C. Lo que marcó en la columna C, ¿puede empezar a cambiarlo por la comida de la columna B? Con el tiempo, avance hacia la columna A.

### Piense en hacer cambios. Anote los cambios alimenticios que está dispuesto a considerar.

Cambio n.º 1: \_\_\_\_\_

Cambio n.º 2: \_\_\_\_\_

Cambio n.º 3: \_\_\_\_\_

**Empiece hoy.** Efectúe los cambios de a poco por vez. Permita que su nueva forma de comer se convierta en un hábito saludable.

**Establezca objetivos.** Luego de analizarlo con su médico, anote los cambios alimenticios que esté **dispuesto a realizar.**

Objetivo 1: \_\_\_\_\_

Objetivo 2: \_\_\_\_\_

Objetivo 3: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/Tiempo: \_\_\_\_\_

EP/RN Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Tiempo: \_\_\_\_\_