

Para Su Salud (Mujer) (For Your Health (Female))

Nombre (Name): _____ No. de Seguro Social (SS#): _____ Fecha (Date): _____

Nota: Por favor complete **SOLAMENTE** las preguntas correspondientes a su grupo de edad.

(Note: Please complete questions **ONLY** under your appropriate age group.)

Mujer (18-39 años) (Female (18-39 years))

¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos (2) dos años? Sí (Yes) No
(Have you had a pap smear within the last (2) two years?)

¿Se le ha hecho un análisis de colesterol en los últimos (4) cuatro años? Sí (Yes) No
(Have you had a cholesterol check within the last (4) four years?)

¿Ha recibido la vacuna contra el tétano en los últimos (10) diez años? Sí (Yes) No
(Have you had a tetanus shot within the last (10) ten years?)

Mujer (40-49 años) (Female (40-49 years))

¿Ha tenido una mamografía durante los últimos (2) dos años? Sí (Yes) No
(Have you had a mammogram within the last (2) two years?)

¿Ha recibido la vacuna contra el tétano en los últimos (10) diez años? Sí (Yes) No
(Have you had a tetanus shot within the last (10) ten years?)

¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos (2) dos años? Sí (Yes) No
(Have you had a pap smear within the last (2) two years?)

¿Se le ha hecho un análisis de colesterol en los últimos (4) cuatro años? Sí (Yes) No
(Have you had a cholesterol check within the last (4) four years?)

Mujer (50-64 años) (Female (50-64 years))

¿Ha tenido una mamografía durante el último año? Sí (Yes) No
(Have you had a mammogram within the last year?)

¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos (2) dos años? Sí (Yes) No
(Have you had a pap smear within the last (2) two years?)

¿Ha tenido un DEXA o examen de densidad ósea en los últimos (2) años? Sí (Yes) No
(Have you had a DEXA or bone density test in the last (2) two years?)

¿Ha tenido un examen de vista por un oftalmólogo u optómetra en los últimos (2) años? Sí (Yes) No
(Have you had an eye exam by an ophthalmologist or optometrist in the last (2) two years?)

¿Se le ha hecho un análisis de colesterol en los últimos (4) cuatro años? Sí (Yes) No
(Have you had a cholesterol check within the last (4) four years?)

¿Ha recibido la vacuna contra el tétano en los últimos (10) diez años? Sí (Yes) No
(Have you had a tetanus shot within the last (10) ten years?)

¿Se ha hecho el estudio de la tarjeta de hemocultivo (materia fecal) cada año, o Sí (Yes) No
una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia durante los últimos (5) años?
(Have you had a hemocult card (stool) yearly, or flexible sigmoidoscopy or colonoscopy in the last (5) five years?)

CONTINUADO AL DORSO

Mujer (Más de 65 años) (Female (65 years and over))

¿Ha tenido una **mamografía** durante el último año? Sí (Yes) No
(Have you had a mammogram within the last year?)

¿Ha tenido una **prueba de Papanicolaou** en los últimos (2) dos años? Sí (Yes) No
(Have you had a pap smear within the last (2) two years?)

¿Ha tenido un **DEXA o examen de densidad ósea** en los últimos (2) años? Sí (Yes) No
(Have you had a DEXA or bone density test in the last (2) two years?)

¿Ha tenido un **examen de vista** por un oftalmólogo u optómetra en los últimos (2) años? Sí (Yes) No
(Have you had an eye exam by an ophthalmologist or optometrist in the last (2) two years?)

¿Se le ha hecho un análisis de **colesterol** en los últimos (4) cuatro años? Sí (Yes) No
(Have you had a cholesterol check within the last (4) four years?)

¿Ha recibido la **vacuna contra la pulmonía** en los últimos (5) años? Sí (Yes) No
(Have you had a pneumonia shot within the last (5) five years?)

¿Ha recibido la **vacuna contra el tétano** en los últimos (10) diez años? Sí (Yes) No
(Have you had a tetanus shot within the last (10) ten years?)

¿Se ha hecho el estudio de la **tarjeta de hemocultivo (materia fecal)** cada año, Sí (Yes) No
o una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia durante los últimos (5) años?
(Have you had a hemocult card (stool) yearly, or flexible sigmoidoscopy or colonoscopy in the last (5) five years?)