



Visita de bienestar de Medicare Evaluación de riesgos de la salud

Gracias por completar este formulario antes de su visita de Medicare. Traiga este formulario a su cita. Si necesita ayuda para completar este formulario, el personal de la clínica podrá ayudarle.

OFFICE USE ONLY

ABN form signed? Yes No

Financial waiver signed for Medicare replacement plans? Yes No

- ¿**Actualmente** está consultando a algún otro médico?
 Sí No (Si la respuesta es afirmativa, indíquelos a continuación)

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

- ¿Qué compañía utiliza, si corresponde, para suministros médicos como jeringas, pañales para adultos, suministros de seguridad en el hogar, suministros de oxígeno y dispositivos como un andador o bastón?

Nombre de la compañía: _____

GENERAL

1. ¿Cómo le ha ido en las últimas cuatro semanas?

- Muy bien; difícilmente podría estar mejor
- Bastante bien
- Algunas cosas bien y otras mal por igual
- Bastante mal
- Muy mal; no podría ser peor

2. ¿Cómo calificaría su salud física?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

3. ¿Cuán seguro está de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?

- Muy seguro
- Relativamente seguro
- No muy seguro
- No tengo problemas de salud

DEPRESIÓN

4. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió deprimido o desesperanzado?

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

5. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o placer por hacer cosas que solía disfrutar?

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

SEGURIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

6. ¿Se siente a salvo del abuso en su casa?

- Sí
- No

7. ¿Tiene dificultades para manejar su auto?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- No
- No manejo un auto

8. ¿Se abrocha siempre el cinturón de seguridad cuando está en un auto?

- Sí, habitualmente
- Sí, a veces
- No

9. ¿Se ha caído una o más veces en el último año?

- Sí
- No

10. ¿Tiene miedo a caerse?

- Sí
- No

11. ¿Usa alguno de los siguientes elementos?

- Bastón, silla de ruedas, andador
- Abrazadera ortopédica o prótesis
- Aparato auditivo
- Dentaduras postizas
- Anteojos (lentes)
- Asiento de inodoro elevado, barras para tina (bañera) o barras para inodoro
- Dispositivos para vestirse, comer o bañarse
- Sistema de alerta de emergencia
- No uso ninguno de estos elementos

12. ¿Se le ha dado alguna información para ayudarle a llevar un registro de sus medicamentos?

- Sí
- No

13. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para tomar medicamentos de la manera en que se lo han indicado?

- No tengo que tomar medicamentos
- Siempre los tomo como me lo indicaron
- A veces los tomo como me lo indicaron
- Rara vez los tomo como me lo indicaron

HÁBITOS Y COMPORTAMIENTOS

14. ¿Es fumador?

- No
- Sí, y podría dejar el hábito
- Sí, pero no estoy preparado para dejar el hábito

15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántas copas de vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas tomó?

- 10 o más por semana
- 6-9 copas por semana
- 2-5 copas por semana
- Una copa o menos por semana
- No tomo alcohol

16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuál fue el nivel más intenso de actividad física que pudo hacer durante al menos dos minutos?

- Muy intenso
- Intenso
- Moderado
- Ligero
- Muy ligero

17. ¿Tiene un programa de ejercicios regular?

- Sí
- No

18. ¿Hace ejercicio alrededor de 20 minutos tres o más días a la semana?

- Sí, la mayoría del tiempo
- Sí, algunas veces
- No, por lo general no hago tanto ejercicio

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y REVISIÓN SOCIAL

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿su salud física o emocional ha limitado las actividades sociales con su familia, amigos, vecinos o grupos?

- Nunca
- Levemente
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

20. ¿Necesita ayuda con algo de lo siguiente?

- Ir sin ayuda a lugares a los que se puede llegar caminando
- Ir a comprar alimentos o ropa
- Preparar su propia comida
- Tareas del hogar
- Manejar su propio dinero
- Necesidades de cuidado personal:
 - Comer
 - Bañarse
 - Vestirse
 - Trasladarse
 - Usar el baño
 - Caminar
 - Continencia urinaria (controlar la orina)
- No necesito ayuda en la casa

PREGUNTAS DE SALUD

21. En las últimas cuatro semanas, ¿le ha molestado algo de lo siguiente?

- Mareos al ponerse de pie
- Problemas para comer bien
- Problemas con los dientes o la dentadura postiza
- Cansancio o fatiga
- Problemas para ver
- Problemas de los pies
- Dificultad para pensar o recordar
- Dificultad para dormir
- No me ha molestado ninguno de estos problemas

22. ¿Tiene dificultad para escuchar la televisión o la radio cuando otras personas no la tienen?

- Sí
- No

23. ¿Tiene dificultades o problemas para escuchar o comprender conversaciones?

- Sí
- No

24. En los últimos seis meses, ¿ha tenido pérdidas de orina, también llamadas en ocasiones problemas de control de la vejiga?

- Sí
- No

FINAL DE LA VIDA

25. Si tuviera una enfermedad que le impidiese hablar por usted mismo, ¿quién decidiría por usted sobre su tratamiento médico?

- Familiar: _____
- Amigo: _____
- Mi médico: _____
- Otros: _____
- No estoy seguro

26. ¿Ha completado una Voluntad Anticipada?

- Sí
- No

27. ¿Ha completado una orden médica de tratamiento para el sustento de vida (POLST)?

- Sí
- No