



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

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

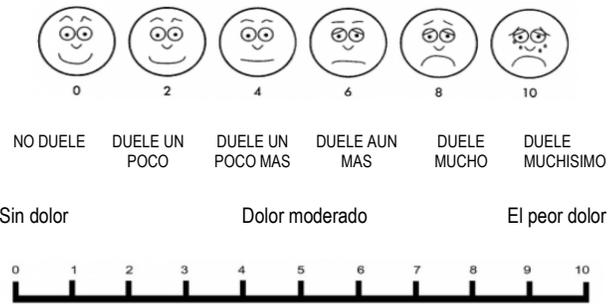
## EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD DURANTE LA VISITA ANUAL DE BIENESTAR DE MEDICARE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa?	Inglés    Español    Otro: _____		
¿Cómo describiría su estado de salud general?	Excelente    Bueno    Regular    Malo		
¿Cuáles son sus principales inquietudes en relación con el manejo de su salud? <b>Marque todas las opciones que correspondan.</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna. No tengo inquietudes. <input type="checkbox"/> Vivo en un entorno inseguro. <input type="checkbox"/> Transporte para ir a las citas. <input type="checkbox"/> Tengo dificultades financieras para pagar los servicios o medicamentos. <input type="checkbox"/> Tengo dificultades para tomar o recordar mis medicamentos. <input type="checkbox"/> Tengo dificultades para leer o entender instrucciones. <input type="checkbox"/> Estoy solo o no tengo mucho apoyo en casa. <input type="checkbox"/> A menudo, me siento muy cansado. <input type="checkbox"/> Siento mucho estrés o enojo.		
¿Cómo es su situación en materia de vivienda? <b>Marque todas las opciones que correspondan.</b>	<input type="checkbox"/> Vivo con uno o más hijos/as o dependientes. <input type="checkbox"/> Vivo con mi cónyuge o pareja. <input type="checkbox"/> Vivo en un centro de asistencia. <input type="checkbox"/> Vivo en un hogar de ancianos. <input type="checkbox"/> Vivo solo. <input type="checkbox"/> Actualmente, tengo casa, pero me preocupa perderla en el futuro. <input type="checkbox"/> No tengo casa (estoy viviendo con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque). <input type="checkbox"/> La pintura o las tuberías contienen plomo. <input type="checkbox"/> La calefacción es inadecuada. <input type="checkbox"/> El horno o la cocina no funcionan. <input type="checkbox"/> No hay detectores de humo (o hay, pero no funcionan). <input type="checkbox"/> Hay pérdidas de agua.		
¿Se siente seguro en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál de estos elementos tiene en su casa?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Alfombrillas  <input type="checkbox"/> Barandales en el baño               </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Iluminación adecuada  <input type="checkbox"/> Barandales en las escaleras  <input type="checkbox"/> No hay escaleras en la casa.               </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Alfombrillas <input type="checkbox"/> Barandales en el baño	<input type="checkbox"/> Iluminación adecuada <input type="checkbox"/> Barandales en las escaleras <input type="checkbox"/> No hay escaleras en la casa.
<input type="checkbox"/> Alfombrillas <input type="checkbox"/> Barandales en el baño	<input type="checkbox"/> Iluminación adecuada <input type="checkbox"/> Barandales en las escaleras <input type="checkbox"/> No hay escaleras en la casa.		

<p>¿Para realizar cuál de las siguientes actividades necesita ayuda?</p>	<input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Hacer tareas domésticas <input type="checkbox"/> Lavar ropa	<input type="checkbox"/> Administrar las finanzas <input type="checkbox"/> Conducir o usar el transporte público <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos <input type="checkbox"/> Cocinar <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de sillas, etc. <input type="checkbox"/> Comprar comestibles  <input type="checkbox"/> Ninguna. Puedo hacer todas estas actividades sin ayuda.
<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted?  <b>Marque todas las opciones que correspondan.</b></p>	<input type="checkbox"/> Tengo una familia que me contiene. <input type="checkbox"/> Tengo amigos que me contienen.	<input type="checkbox"/> Participo en la iglesia, clubes u otros grupos. <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica.
<p>¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?</p>	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca
<p>¿Usa algún dispositivo sensorial?</p>	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> No uso dispositivos, pero me preocupa: <input type="checkbox"/> La audición <input type="checkbox"/> La visión	
<p>¿Usted o sus familiares tienen inquietudes relacionadas con su memoria?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>Muchas personas sufren pérdidas de orina, algo que también se conoce como "incontinencia urinaria". En los últimos 6 meses, ¿sufrió pérdidas de orina?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuando toso o estornudo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé.
<p>En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió dolor?</p>	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
<p>Use la siguiente escala para calificar su dolor:</p> 	<p>Describe en qué parte del cuerpo siente dolor y cómo lo trata:</p>	

¿Cuál de estos dispositivos de apoyo usa? <b>Marque todas las opciones que correspondan.</b>	<input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica.
¿Sufrió alguna caída el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí, 1 vez <input type="checkbox"/> Sí, 2 o más veces <input type="checkbox"/> No, no me caí el año pasado	
¿Tiene miedo de caerse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si usa algún producto del tabaco, ¿le interesa dejarlo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde. No uso productos del tabaco.	
¿Cuántos días a la semana consume alcohol?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7	
¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas consume en una semana típica?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> 10 o más	
¿Usa alguna droga ilegal?	<input type="checkbox"/> Sí (mencione cuál): <input type="checkbox"/> No	
¿Toma algún medicamento recetado que no le hayan indicado a usted?	<input type="checkbox"/> Sí (mencione cuál): <input type="checkbox"/> No	
¿Usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un vehículo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No viajo en vehículos.	
¿Tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con sus necesidades alimenticias o su nutrición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuántos días a la semana hace actividad física?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> más de 5 <input type="checkbox"/> No lo sé.	
¿Qué intensidad tiene la actividad física que realiza?	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Muy alta	<input type="checkbox"/> No lo sé. <input type="checkbox"/> No hago actividad física.
¿Cuántas horas duerme normalmente?	<input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/> 10+ <input type="checkbox"/> No lo sé.	
¿Ronca? ¿Alguna vez le dijeron que ronca o usa actualmente un dispositivo de control del sueño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé.	
¿Ha tenido algún problema con sus dientes o su dentadura postiza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene algún problema sexual que le gustaría comentar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (PHQ-2)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestaron los siguientes problemas?	Nunca:	Muchos días:	Más de la mitad de los días:	Casi todos los días:
Falta de interés o de placer al hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3

Puntuación total:

### INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

¿Sus familiares o amigos saben qué desea que se haga en una situación de emergencia o si no puede hablar?

**Marque todas las opciones que correspondan.**

*Si tiene alguno de los siguientes documentos, sería útil que nos proporcionara una copia para adjuntarla a su registro médico.*

No

Sí, y completé:

- Un testamento vital (Directivas anticipadas)
- Un poder notarial para la atención de la salud
- Una orden médica de tratamiento para mantener la vida (POLST) (en algunos estados, se conoce como POST, MOST, MOLST, TPOPP)
- Un testamento Five Wishes

<b>Nombre completo (en letra de imprenta):</b>	<b>Relación con el/la paciente:</b>
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

*Sansum Clinic no discrimina ni discriminará por raza, color, nacionalidad, ascendencia, edad, sexo, orientación sexual, estado civil, religión, discapacidad o cualquier otra característica protegida por las leyes. Obtenga más información en [SansumClinic.org](http://SansumClinic.org).*