

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

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

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

### INFORMACIÓN PERSONAL

¿Cuál es el principal idioma que habla en el hogar?	Inglés	Español	Otro:
---	--------	---------	-------

### SALUD GENERAL

¿Cómo está su salud general?	Excelente	Buena	Regular	Mala	
¿Cuán seguro está de que puede manejar la mayoría de sus problemas de salud?	Seguro	Algo seguro	No muy seguro	No tengo ningún problema de salud	
¿Cuáles son sus mayores preocupaciones sobre el manejo de su salud? <b>Marque todas las que correspondan</b>	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Vivo en un ambiente inseguro <input type="radio"/> Transporte a las citas <input type="radio"/> Dificultades financieras para pagar los servicios o los medicamentos <input type="radio"/> Tengo dificultades para consumir mis medicamentos <input type="radio"/> Dificultades para leer o entender las instrucciones <input type="radio"/> Estoy solo o no tengo mucho apoyo en el hogar <input type="radio"/> A menudo estoy muy cansado <input type="radio"/> A menudo estoy muy estresado o enojado <input type="radio"/> Me caigo mucho en casa				
¿Cuántas veces en los últimos seis meses ha ido a la sala de emergencias?	0	1-2	3-4	Más de 5	No lo sé
¿Cuántas veces en los últimos seis meses ha sido hospitalizado?	0	1-2	3-4	Más de 5	No lo sé
Indique cualquier nuevo proveedor de atención médica que haya visto desde su última visita con nosotros.					
¿Cuántos medicamentos recetados diferentes está consumiendo?	0-3	4-6	7-10	Más de 10	No lo sé
Indique cualquier medicamento nuevo que haya comenzado a consumir desde su última visita con nosotros.					
¿Ha tenido algún problema con sus dientes o dentaduras postizas?	Sí	No			
¿Tiene algún problema sexual que le gustaría discutir?	Sí	No			
¿Le preocupa a usted o a sus familiares su memoria?	Sí	No			
Indique cualquier actualización de los antecedentes médicos familiares (afecciones familiares de las que probablemente su médico no sepa):					

### USO DE TABACO Y ALCOHOL

¿Utiliza algún producto de tabaco? (Cigarrillos, tabaco para masticar, tabaco en polvo, pipas, cigarros)	Sí	No			
Si marcó "sí", ¿está interesado en dejar el tabaco?	Sí	No	No uso tabaco		
¿Cuántas veces en el último año ha tomado cuatro o más bebidas en un día?	Diario veces Nunca	Semanal	Mensual	Un par de	
¿Usa drogas ilegales o toma medicamentos que no se le han recetado?	Sí (por favor describa):  No				

### ALIMENTACIÓN

¿Sigue alguna dieta especial? (baja en sodio/colesterol/grasa)	Sí	No			
¿Utiliza algún suplemento dietético, incluidas las bebidas de sustitución de comidas?	Sí	No			
En los últimos siete días, ¿cuántas bebidas endulzadas con azúcar (no dietéticas) consumió normalmente cada día?	0	1-2	3-4	No lo sé	

### ACTIVIDAD FÍSICA

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio?	0	1-2	3-4	Más de 5	No lo sé
¿Qué tan intenso es el ejercicio?	Liviano No sé	Moderado No hago ejercicio	Pesado	Muy pesado	

### DESCANSO

¿Cuántas horas de descanso suele tener?	0-3	4-6	7-10	Más de 10	No lo sé
¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca?	Sí	No	No lo sé		
En los últimos siete días, ¿con qué frecuencia se ha sentido somnoliento durante el día?	Muchas veces Nunca	A vece	Casi nunca		
¿Le han diagnosticado alguna vez apnea del sueño u otros trastornos del sueño?	Sí	No	No lo sé		
¿Utiliza actualmente o ha utilizado C-PAP/Bi-PAP?	Sí	No			

### DEPRESIÓN PHQ-2

En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces los siguientes problemas fueron la causa de su enojo?	Nunca:	Varios días:	Más de la mitad de esos días:	Casi todos los días:
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse abatido, deprimido o desesperado	0	1	2	3

Puntaje total:

### EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

**Actividades de la vida diaria (*Activities of daily living, ADL*).** Marque con un círculo las que correspondan.

¿Cuál de las siguientes actividades puede hacer por su cuenta sin ayuda?

Bañarse   Vestirse   Comer   Caminar   Usar el baño  
Sentarse/levantarse de sillas, etc.   Ninguna

¿Recibe ayuda de alguien en casa?  
Si la respuesta es "sí", indique el nombre del cuidador:

Sí   No   Cónyuge   Hijos   Otro:  
N.º de ayudante/cuidador:

Muchas personas experimentan pérdidas de orina, también llamadas incontinencia urinaria. En los últimos seis meses, ¿ha experimentado pérdidas de orina?

Sí   Cuando tose o estornuda  
No   No lo sé

**Actividades instrumentales de la vida diaria (*Instrumental activities of daily living, IADL*).** Marque con un círculo las que correspondan.

¿Cuál de las siguientes actividades puede hacer por su cuenta sin ayuda?

Comprar alimentos   Usar el teléfono  
Tareas domésticas   Manejar las finanzas  
Conducir/utilizar el transporte público   Consumir medicamentos  
Hacer las comidas  
Ninguna

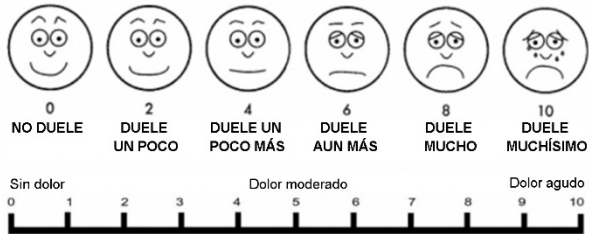
### HOGAR/ SEGURIDAD

¿Cuál es su situación en la vivienda?  
**Marque todas las que correspondan**

- Vive con uno o más hijos o dependientes
- Vive en un centro de vivienda asistida
- Vive en un centro de enfermería
- Vive solo
- Tengo vivienda hoy, pero me preocupa perderla en el futuro
- No tengo vivienda (me estoy quedando con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un auto, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque)

<p>¿Tiene algún problema con alguno de las siguientes situaciones en su casa?  <b>Marque todas las que correspondan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Plaga de insectos</li> <li><input type="radio"/> Moho</li> <li><input type="radio"/> Pintura o tuberías a base de plomo</li> <li><input type="radio"/> Calefacción inadecuada</li> <li><input type="radio"/> El horno o la estufa no funcionan</li> <li><input type="radio"/> No tiene los detectores de humo o estos no funcionan</li> <li><input type="radio"/> Goteras de agua</li> <li><input type="radio"/> Ninguna de las anteriores</li> </ul>
¿Se siente seguro en su casa?	Sí No
¿Su casa tiene alarmas de humo que funcionan?	Sí No No lo sé
¿Tiene alfombras en el piso?	Sí No
¿Tienes pasamanos en el baño?	Sí No
¿Tiene una iluminación adecuada en su casa?	Sí No
¿Tiene pasamanos en las escaleras?	Sí No No tengo escaleras
¿Se abrocha el cinturón de seguridad en los vehículos?	Sí No No viajo en vehículos

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido dolor?	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido dolor?						
<p>Califique su dolor en la siguiente escala:</p> 	¿Dónde siente dolor?						
¿Cómo trata el dolor?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Medicamento</td> <td>Descanso</td> <td>Con calor/frío</td> </tr> <tr> <td>Terapia</td> <td>No trato mi dolor</td> <td></td> </tr> </table>	Medicamento	Descanso	Con calor/frío	Terapia	No trato mi dolor	
Medicamento	Descanso	Con calor/frío					
Terapia	No trato mi dolor						

### RIESGO DE CAÍDAS

<p>¿Cuál de estos dispositivos de asistencia utiliza?  <b>Marque con un círculo todo lo que corresponda.</b></p>	Bastón	Andador	Silla de ruedas
	Muletas	Otro	Ninguno
¿Tiene problemas con el equilibrio?	Sí	No	
¿Se ha caído dos o más veces o ha tenido una caída con lesión en el último año?	Sí	No	
¿Tiene miedo de caerse?	Sí	No	
¿Tiene alguna amputación?	Sí	No	Si marcó "sí", ¿dónde?

### HABILIDADES SENSORIALES (marque con un círculo todas las que correspondan)

¿Tiene problemas de visión? Nombre del oculista:	Sí No Si marcó "sí", indique: Legalmente ciego Cataratas Retinopatía diabética Otro:
¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?	Sí No
¿Tiene problemas de audición? Nombre del especialista en audición y otorrinolaringología:	Sí No Si marcó "sí", indique: Pérdida parcial de la audición Sordo TTY Otro:
¿Utiliza audífonos u otros dispositivos que le ayuden a oír?	Sí No
<b>APOYO SOCIAL/EMOCIONAL</b> ( <i>marque con un círculo todas las que correspondan</i> )	
¿Cuál de las siguientes situaciones se aplican a usted? <b>Marque todas las que correspondan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo una familia que me apoya</li> <li>• Tengo amigos que me apoyan</li> <li>• Participo en la iglesia, clubes u otros grupos</li> <li>• Ninguna</li> </ul>
¿Con qué frecuencia sale y se reúne con su familia y amigos?	Muchas veces A veces Casi nunca Nunca
Describa su situación de vida actual.	Soltero Cónyuge Con hijos Sin hogar Centro de vivienda asistida No tiene un hogar estable
<b>DIRECTIVAS ANTICIPADAS</b>	
¿Sabe su familia o amigos lo que quiere en una situación de emergencia o si no puede hablar por su cuenta? <b>Marque todas las que correspondan</b>  <i>Si tiene alguno de los siguientes documentos, sería útil que nos proporcionara una copia para su expediente médico.</i>	<input type="checkbox"/> Sí, tengo un testamento vital <input type="checkbox"/> Sí, tengo un poder notarial <input type="checkbox"/> Sí, tengo un MOLST <input type="checkbox"/> Sí, tengo un POLST <input type="checkbox"/> Sí, he completado cinco deseos <input type="checkbox"/> No
¿Desea más información?	Sí No No estoy seguro