



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Visita Anual de Medicare

¿Cómo han estado yendo las cosas para usted?

- Muy bien
- Bien
- Mas o menos
- Bastante mal
- Muy mal

¿Cómo calificaría su salud?

- Excelente
- Muy bien
- Buena
- Fera
- Pobre

¿Qué seguro es para manejar sus problemas de salud?

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

¿Se ha sentido deprimido en las últimas 2 semanas?

- No
- Varios dias
- Mas de la mitad del tiempo
- Casi todo los dias

¿Ha tenido días en que no tiene interés en hacer cosas que suele disfrutar en las últimas 2 semanas?

- No
- Varios dias
- Mas de la mitad del tiempo
- Casi todo los dias

¿Te sientes seguro en tu propia casa? SÍ / NO

¿Tiene problemas para conducir su coche?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- No
- No llevo coche

¿Siempre abrocha el cinturón de seguridad?

- Sí, de costumbre
- Sí, a veces
- No

¿Se ha caído en el último año? SÍ / NO

¿Tiene miedo de caer? SÍ / NO

¿Cuál de las siguientes utiliza?

- Bastón, silla de ruedas, andador
- Ortesis o prótesis
- Prótesis de oído
- Prótesis dentales
- Gafas
- Asiento de inodoro levantado, bañera bares, barras de baño
- Dispositivos para vestirse, comer o bañarse
- Sistema de alerta de urgencias
- No utilizo dispositivos de carácter

¿Utiliza algo para ayudarle a seguir sus medicamentos? SÍ / NO

¿Con que frecuencia tiene problemas para tomar sus medicamentos?

- No tomo medicamentos
- Siempre tomo medicamentos como indicado
- A veces tomo medicamentos como indicado
- Rara vez tomo medicamentos según lo prescrito

¿Es usted un fumador?

- No
- Sí, y estoy listo para dejar de fumar
- Sí, y no estoy listo para dejar de fumar

¿Cuántas bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc) ha tenido en las últimas 4 semanas?

- 10 o mas por semana
- 6-9 por semana
- 2-5 por semana
- 1 o menos por semana

¿Cuál fue la actividad física más difícil que has hecho en las últimas 4 semanas?

- Muy pesado
- Pesado
- Moderada
- Ligero
- Muy ligero

¿Hace ejercicio de rutina?

- Sí
- No

¿Hace ejercicio por lo menos 20 minutos, 3 o más dias por semana?

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No suelo hacer tanto ejercicio

Visita Anual de Medicare continuado

¿Su salud física o emocional limita sus actividades sociales?

- Nunca
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

¿Necesita ayuda con cualquiera de los siguientes:

- Salir a lugares un poco lejos
- Las compras de comestibles o ropa
- Preparar tus comidas
- Tareas domésticas
- Manejo de dinero
- Necesidades de cuidado personal
- No necesito ayuda alrededor de la casa

¿Le ha molestado alguna de las siguientes problemas en las ultimas 4 semanas?

- Caída o mareo al ponerse de pie
- Problemas para comer bien
- Problemas de dientes o dentadura
- Cansancio o fatiga
- Orinar o mojarse
- Problemas para ver
- Problemas en los pies
- Problemas para pensar o recordar
- Problemas para dormir

¿Tiene dificultad para escuchar la televisión cuando otros no tienen problema? Sí / NO

¿Tiene que esforzarse para escuchar o entender conversaciones? Sí / NO

¿En los últimos 6 meses, ha tenido problemas de control de la vejiga? Sí / NO

¿Si se enfermo demasiado para hablar por si mismo, quien podría tomar decisiones médicas por usted?

- Miembro de la familia
- Amigo
- Mi doctor
- Otros
- No estoy seguro

¿Ha completado una directiva avanzada? Sí / NO

¿Ha completado un POLST? (órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital) Sí / NO

Gracias por tomar el tiempo para completar esta hoja. Nos permitirá atenderle más eficazmente en su próxima visita con nosotros. Aquí hay una lista de lo que necesita llevar con usted a su cita.

- Lista completa de los medicamentos que esté tomando
- Lista completa de los médicos que ayudan con su salud
- Esta hoja para dar a la asistente médica al llegar a la clinica