

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____



Evaluación de Riesgos de Salud en la Visita Anual de Bienestar

Información personal

1. Farmacia preferida: _____
2. Laboratorio preferido: _____
3. Lugar preferido para estudios de imagen/radiografías: _____

Equipo de Atención

Especialidad	Nombre del médico	Última vez visto
Cardiología		
Dermatología		
Dentista		
Otorrinolaringología (Oído, Nariz y Garganta)		
Endocrinología		
Oftalmología / Optometría (ojo)		
Gastroenterología		
Ginecología		
Hematología/Oncología		
Nefrología		
Neurología		
Ortopedia		
Podología		
Neumología		
Psiquiatría / Psicología		
Reumatología		
Urología		
Otro:		

¿Has visto a un dentista en los últimos 6 meses:	Sí	No
--	----	----

Evaluación del dolor

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido dolor?

Nunca	Casi nunca	A veces	Mayoría de las veces	Casi todo el tiempo
-------	------------	---------	----------------------	---------------------

¿Dónde está el dolor? _____

Califique su dolor en la siguiente escala:

1 😊 | 2 😊 | 3 😊 | 4 😊 | 5 😊 | 6 😊 | 7 😊 | 8 😊 | 9 😊 | 10 😊

Alergias – Medicamentos, Alimentos, Medio ambiente

Medicamentos: Incluya medicamentos recetados, vitaminas/suplementos y medicamentos de venta libre (OTC)

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis

Historia personal y familiar (marque las columnas que correspondan)

	Ninguno	Propio	Padres	Hermano	Hermana	Hijo(a)
Insuficiencia cardíaca congestiva						
Diabetes						
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) o Asma						
Hipertensión						
Accidente cerebrovascular						
Enfermedad renal						
Obesidad						
Enfermedad del hígado						
Trastorno Bipolar o Esquizofrenia						
Demencia						
Cancer						
Depresión						
Cirugías importantes						

Evaluación del Estado Funcional

¿Es capaz de cuidarse de manera independiente?	Sí	No	Nota:
¿Es ciego o tiene dificultad para ver?	Sí	No	Nota:
¿Usa gafas o lentes de contacto?	Sí	No	Nota:
¿Es sordo o tiene serias dificultades para oír?	Sí	No	Nota:
¿Usa audífonos u otros dispositivos?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para vestirse, bañarse, arreglarse o usar el baño?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para hacer sus mandados solo?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultades con el transporte?	Sí	No	Nota:

Actividad física

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio?	0	1-2	3-4	5+	No lo sé	
¿Qué tan intensa es su actividad física?	Ligera	Moderada	Intensa	Muy Intensa	No lo sé	No hago ejercicio

Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas

¿Usa algún producto de tabaco? (Cigarrillos, tabaco para masticar, pipas, puros, etc)	Sí	No
---	----	----

Si respondió "sí", ¿está interesado en dejar el tabaco?	Sí	No	No uso tabaco
---	----	----	---------------

En el último año, ¿cuántas veces ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Número de días:
---	-------	---------	----------------	-----------------

¿Usa alguna droga ilegal o toma algún medicamento recetado que no le haya sido prescrito?	No	Sí (por favor describa):
---	----	--------------------------

Directrices Anticipadas

¿Su familia o amigos saben lo que usted desea en una situación de emergencia o si no pudiera hablar por sí mismo?

No | Sí, he completado lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Testamento en vida (<i>Directiva anticipada</i>)
<input type="checkbox"/>	Orden de No Reanimar (DNR)
<input type="checkbox"/>	Poder notarial para atención médica
<input type="checkbox"/>	POLST (en algunos estados conocido como: POST, MOST, MOSLST, TPOPP)
<input type="checkbox"/>	Cinco deseos

¿Le gustaría recibir más información?

Sí	No	No estoy seguro
----	----	-----------------

Inicio/Seguridad

¿Cuál es su situación de vivienda? (marca todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/>	Vivo con uno o más hijos o dependientes
<input type="checkbox"/>	Vivo en una residencia asistida
<input type="checkbox"/>	Vivo solo
<input type="checkbox"/>	Tengo vivienda hoy, pero me preocupa perderla en el futuro
<input type="checkbox"/>	No tengo vivienda (me quedo con otras personas, en la calle, en un coche, en un edificio abandonado, o en estaciones/parques)

Apoyo social/emocional

¿Cuál de los siguientes se aplica a usted? (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/>	Tengo una familia que me apoya
<input type="checkbox"/>	Tengo amigos que me apoyan
<input type="checkbox"/>	Participo en la iglesia, en clubes u otros grupos
<input type="checkbox"/>	Ninguno de los mencionados

¿Le gustaría recibir más información?

Sí	No	No estoy seguro
----	----	-----------------

Dormir

¿Cuántas horas duerme normalmente cada noche?	0-3	4-6	7-10	No lo sé
¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca?	Sí	No	No lo sé	
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido somnoliento durante el día?	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño u otro trastorno del sueño?	Sí	No	No lo sé	
¿Está utilizando actualmente o ha utilizado C-PAP/Bi-PAP?	Sí	No		

Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-2)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas:	Para nada	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 deprimido, decaído o sin esperanza	0	1	2	3

Puntuación total: _____

Riesgos de caídas (marque todo lo que corresponda):

Sí	No	
		Me he caído en el último año
		Uso o me han aconsejado usar un bastón o un andador para moverme con seguridad
		A veces me siento inestable cuando camino
		Me apoyo en los muebles para mantener el equilibrio cuando camino dentro de casa
		Me preocupa caerme
		Necesito empujar con las manos para levantarme de una silla
		Tengo un poco de dificultad para subir a la acera/Banqueta
		A menudo tengo que correr al baño
		He perdido algo de sensibilidad en mis pies
		Tomo medicamentos que a veces me hacen sentir mareado o más cansado de lo habitual
		Tomo medicamentos para ayudarme a dormir o mejorar mi estado de ánimo
		A menudo me siento triste o deprimido

Puntuación total: _____

¿Tiene algún problema con lo siguiente en su hogar? (marque todo lo que corresponda):

	Infestación de insectos		
	Moho o humedad en paredes/techos		
	Pintura con plomo o tuberías de plomo		
	Calefacción que no calienta lo suficiente		
	Horno o estufa que no funcionan		
	Detectores de humo que no funcionan o están ausentes		
	Fugas de agua		
	Ninguno de los anteriores		
¿Se siente seguro en su casa?	Sí	No	
¿Tiene su hogar detectores de humo en funcionamiento?	Sí	No	No sé
¿Tiene alfombras o tapetes pequeños en el piso donde pueda tropezar?	Sí	No	
¿Tiene barras de apoyo en el baño?	Sí	No	
¿Tiene iluminación adecuada en tu hogar?	Sí	No	
¿Tiene barandales o agarraderas en las escaleras de su casa?	Sí	No	No tengo escaleras
¿Se abrocha el cinturón de seguridad en los vehículos?	Sí	No	No viajo en vehículos