



CUESTIONARIO ANUAL DE MEDICARE PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Sírvase completar esta lista de verificación antes de ver a su doctor o enfermero.

Sus respuestas nos ayudarán a proporcionarle una mejor atención. También le haremos un examen de la vista.

Lista de los proveedores que lo atienden actualmente:

Ninguna N/A

- 1. _____ Afección: _____
- 2. _____ Afección: _____
- 3. _____ Afección: _____
- 4. _____ Afección: _____
- 5. _____ Afección: _____

Lista de los proveedores actuales de equipo médico: (oxígeno, máquina CPAP, etc.) Ninguna N/A

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Lista de los suplementos actuales incluyendo las dosis: Ninguna N/A

- 1. _____ 4. _____
- 2. _____ 5. _____
- 3. _____ 6. _____

General Health (marque la respuesta apropiada)

- 1. Salud general: Marque la respuesta apropiada: Excelente Muy buena Buena Razonable Deficiente
- 2. ¿Tiene problemas dentales que no han recibido atención apropiada? Sí No
- 3. ¿Cuántas horas duerme usualmente cada noche? _____ horas
- 4. ¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca? Sí No
- 5. ¿Ha notado que tiene dificultad para oír? Sí No
- 6. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas: Zumbido en el oído Mareos Secreción
- 7. ¿Ha tenido un examen de los ojos recientemente? Sí No

Nutrición

- 8. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales comió típicamente cada día? (una porción = 1 taza de vegetales frescos, 1/2 taza de vegetales cocidos, o 1 trozo mediano de fruta) _____ porciones al día
- 9. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o altos en grasa comió típicamente cada día? (los ejemplos incluyen pollo o pescado frito, tocino, papas fritas, hojuelas de papa frita, donas, limentos que contienen crema) _____ porciones al día
- 10. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de bebidas endulzadas con azúcar (no de dieta) bebió típicamente cada día? _____ porciones al día

Ejercicio

- 11. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días hizo ejercicios? _____ días por semana
- 12. En los días en que hizo ejercicios, ¿por cuánto tiempo los hizo? _____ horas al día _____ minutos al día
- 13. ¿Cuál fue la intensidad de un ejercicio típico?
 - Ligero (como estiramientos o caminar lentamente) Moderado (como caminar a paso ligero)
 - Vigoroso (como trotar o nadar) Muy intenso (como correr velozmente o subir escaleras)
 - No estoy haciendo ejercicios actualmente

Alcohol

- 14. Durante las cuatro semanas pasadas, ¿cuál es el promedio de vasos de vino, cerveza u otra bebida alcohólica que ha bebido? Ninguno 1 o menos 2 a 5 por semana 6 a 9 por semana 10 o más por semana
- 15. ¿Cuántas veces ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día durante el último año? Nunca Algunas veces al año Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario

Tabaco

- 16. En los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco? Fumé: Sí No Productos de tabaco sin humo: Sí No
- 17. ¿Estaría interesado en dejar de usar tabaco en el transcurso del próximo mes? Sí No



CUESTIONARIO ANUAL DE MEDICARE PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Depresión

18. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió abatido, deprimido o desesperanzado?

- Casi todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Casi nunca

19. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió poco interés o alegría en hacer cosas?

- Casi todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Casi nunca

Seguridad en el hogar:

20. ¿Tiene su casa lo siguiente?
- | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|---|
| Alfombras en los pasillos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pasamanos en las escaleras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Barras para sujetarse en el baño | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Buena iluminación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Actividades de la vida diaria

21. Durante los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda con actividades diarias como sentarse, vestirse, arreglo personal, bañarse, caminar o usar el baño?

- Sí No
- Si respondió que sí, ¿en cuál de estas áreas?: _____

22. Durante los pasados 7 días, ¿necesitó ayuda con tareas como lavar ropa, labores domésticas, actividades bancarias, hacer compras, preparación de alimentos, transportarse o tomar sus medicamentos?

- Sí No
- Si respondió que sí, ¿en cuál de estas áreas?: _____

23. ¿Necesita ayuda para girar cheques o manejar sus finanzas? Sí No

24. ¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? Sí No

25. ¿Se ha caído dos o más veces durante el último año? Sí No

26. ¿Tiene directivas adelantadas de salud o un formulario POLST? Sí No

a. Si respondió que sí, ¿ha habido algún cambio? Sí No

b. Si respondió que no, ¿quiere recibir información adicional? Sí No

Además del examen preventivo gratuito de Medicare, quisiera que el proveedor se ocupe de lo siguiente:

Entiendo que se aplicará mi copago personal regular, deducible o coseguro, ya que lo indicado a continuación son visitas facturables porseparado.

- Sí, por favor, revise la siguiente información.
- No, No, gracias, no en este momento. No tengo otras preocupaciones sobre

Afecciones crónicas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Pedido para resurtir medicamentos actuales:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Problemas nuevos: Por favor, incluya los síntomas y la duración:

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

Firma del paciente (si es menor, firma del responsable) _____
Fecha

Firma del representante personal _____
Fecha

Nombre del representante personal (letra de imprenta) _____
Relación con el paciente

Firma de Provider _____
Fecha