

Nombre del paciente: _____ Numero de archivo medico: _____ Fecha: _____

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:

NINGUNO N/A

- 1) _____ Afeccion: _____
- 2) _____ Afeccion: _____
- 3) _____ Afeccion: _____
- 4) _____ Afeccion: _____
- 5) _____ Afeccion: _____

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

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

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

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Salud general: Marque la respuesta apropiada

- 1. En general, ¿diría que su salud es: 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 Mareo Secreción
- 7. ¿Ha tenido un examen de los ojos recientemente? Sí No

Nombre del proveedor del examen de los ojos (Oftalmólogo): _____ Fecha del último examen de los ojos: _____

Nutrición

- 8. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales comió típicamente cada día? _____ porciones al día
(Una porción = 1 taza de vegetales frescos, 1/2 taza de vegetales cocidos, o 1 trozo mediano de fruta)
- 9. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o altos en grasa comió típicamente cada día? _____ porciones al día
(Los ejemplos incluyen pollo o pescado frito, tocino, papas fritas, hojuelas de papa frita, donas, alimentos que contienen crema)
- 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
- 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: 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

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

Depresión

14. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió poco interés o alegría en hacer cosas?
 Casi todos los días Mas de la mitad de los días Varios días Nunca
15. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió abatido, deprimido o desesperanzado?
 Casi todos los días Mas de la mitad de los días Varios días Nunca

Seguridad En El Hogar

16. ¿Tiene su casa lo siguiente?: Alfombras en los pasillos Sí No Pasamanos en las escaleras Sí No
Barras para sujetarse en el baño Sí No Buena iluminación Sí No

Actividades De La Vida Diaria

17. 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: _____
18. 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: _____
19. ¿Necesita ayuda para girar cheques o manejar sus finanzas Sí No
20. ¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? Sí No Algunas veces
21. ¿Se ha caído dos o más veces durante el último año? Sí No
22. ¿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
23. ¿Acualmente tiene algun dolor?
 Sin dolor Dolor muy leve Dolor leve Dolor moderado Dolor intenso
¿Qué toma o hace para manejar su dolor? _____
¿Toma más medicamento de lo que le recetan? Sí No

Además del examen preventivo gratuito de Medicare, me gustaría que el proveedor tratara lo siguiente, de haber tiempo. Entiendo que se aplicará mi copago personal regular, deducible o coseguro, ya que lo indicado a continuación son visitas facturables por separado. Tenga en cuenta que la evaluación de nuevos síntomas, condiciones crónicas, un examen físico completo y/o inquietudes adicionales pueden estar sujeto a cargos adicionales.

Condiciones cronicas:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Pedido para resurtir medicamentos actuales:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Problemas nuevos: Por favor incluya los sintomas y la duracion

- 1) _____
- 2) _____

- 3) _____
- 4) _____

Por favor firme aquí reconociendo lo anterior:

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si firma una persona que no es el paciente, indique la relacion: _____

Nombre Impreso (Representante Legal): _____

Reviewed by (Provider): _____ Date: _____ Time: _____