

Horizon Family Medicine, PA

Evaluación de la visita de bienestar anual de Medicare

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

de Telefono de Casa: _____ # de Telefono de Cel: _____

Comportamientos de salud				
Consumo de tabaco: O Nunca O Dejar / cuando O Fumador actual Si es fumador actual, cuántos paquetes por día / durante cuántos años _____				
Consumo de alcohol: O Sí O No Si es así, cuántas bebidas / con qué frecuencia				
Uso de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, esteroides) O Nunca O Pasado O Actual Si el uso de drogas pasado o actual, describa:				
Exposición al humo de segunda mano	O Si O No			
Consuma una dieta rica en frutas y verduras.	O Si O No			
Haga 30 minutos de ejercicio 5 veces a la semana	O Si O No			
Usa el cinturón de seguridad	O Si O No			
Ver a un dentista al menos una vez al año	O Si O No			
Usar protector solar	O Si O No			
Evaluación de la incontinencia urinaria				
¿Experimenta fugas en las siguientes situaciones?	No	Un poco	Aveces	Siempre
Durante las actividades diarias (trabajo, tareas del hogar)				
Durante actividades físicas (caminar, hacer ejercicio)				

Durante actividades recreativas (películas, pasatiempos)				
Durante actividades sociales (con amigos, visitas familiares)				
Durante los viajes en coche				
Detección de riesgo de caída				
En los últimos 12 meses te has caído?	O Si O No O No se			
Si es así, ¿cuántas veces?	O 1	O 2	O 3	O 4 O 5+
¿Se lesionó como resultado de esta caída?	O Si O No O No es			
Evaluación funcional				
¿Necesita ayuda en las siguientes áreas?	No	Un poco	A veces	Siempre
Bañarse, vestirse y arreglarse				
Actividades diarias (cocinar, limpiar)				
Caminar o conducir				
Comunicar necesidades y sentimientos				
Entender las direcciones				
Cumplir con las citas				
Tomando medicamentos				
Realizar otros tratamientos médicos				
En caso afirmativo a alguna de estas preguntas, ¿quién ayuda con estas actividades?				
Examen de estado de ánimo				
El estado de ánimo de una persona puede tener una gran influencia en su estado de salud y bienestar general. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?				
Poco interés o placer en hacer cosas.	Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza			
O Para nada	O Para nada			
O Varios días	O Varios días			
O Mas de la mitad del día	O Mas de la mitad del día			
O Casi todos los días	O Casi todos los días			

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____