

Evaluación de Riesgos de Salud de la Visita de Bienestar de Medicare

Fecha de Hoy:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

En general, diría usted que su salud es	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
¿Qué es lo que más le importa de su salud? Por favor explique:	
¿Le preocupa su visión?	Sí No
¿Le preocupa su audición?	Sí No
¿Cómo describiría el estado de su boca y sus dientes, incluidas las dentaduras postizas?	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
¿Usted o sus familiares tienen alguna preocupación sobre su memoria? Sí No Si contesta que sí, favor de explicar:	
Medicamentos	
¿Ha comenzado a tomar algún medicamento nuevo o ha tenido cambios en sus medicamentos desde su última visita con nosotros?	Sí No Si contesta que sí, que medicamentos:
Uso De Tabaco Y Alcohol	
¿Alguna vez ha usado algún producto de tabaco? (Cigarrillos, masticables, tabaco, pipas, puros, cigarrillos electrónicos, vapeo)	Sí Si contesta que sí, que tipo de tabaco: No
Si consume tabaco actualmente o anteriormente, ¿cuántos cigarrillos/paquetes por día?	Uso por día: Años usados: Fecha que lo dejo:
¿Está interesado(a) en dejar el tabaco?	Sí No
¿Usted toma alcohol?	Sí Si es si, frecuencia: Ocasional Diario No

Riesgo De Caídas

¿Usa dispositivos de asistencia para caminar? Si No	Por favor circule lo que corresponda
Si dijo que si, ¿cuál de estos dispositivos de asistencia utiliza?	Bastón Andador Silla de Ruedas Muletas Otro: Ninguno
¿Ha tenido alguna caída en el último año?	Si No

Actividades de la Vida Diaria

En los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda de otras personas para realizar actividades cotidianas como comer, vestirse, asearse, bañarse, caminar o ir al baño?	Si (Por favor explique) No
---	---------------------------------

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

En los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda de otras personas para ocuparse de cosas como lavar la ropa y las tareas domésticas, realizar operaciones bancarias, ir de compras, usar el teléfono, preparar alimentos, transportarse o tomar sus medicamentos?	Si (Por favor explique) No
¿Alguien le ayuda en casa?	Si No Si contesta que sí, proporcione el nombre y la relación de su cuidador:

Planificación Anticipada de la Atención Médica

¿Tiene una persona que tome decisiones médicas por usted en caso de que no pueda tomarlas usted mismo? Si No	
Si contesta que sí, proporcione el nombre, la relación, y detalles de contacto: (Poder Notarial Medico)	
Si tiene alguno de los siguientes, sería útil que nos proporcionaran una copia para su registro médico.	• Sí, tengo un testamento en vida • Sí, tengo un poder notarial • Sí, tengo un POLST • Otro: • No, no tengo ningún documento de planificación de atención anticipada
¿Desea obtener más información sobre la planificación anticipada de la atención medica?	Si No No estoy seguro(a)