



## Visita de bienestar de Medicare

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Usted tiene programada una visita de bienestar preventiva anual de Medicare:

el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Analizaremos sus necesidades individuales de atención médica y nos aseguraremos de que esté al día y saludable.

### **Complete en su totalidad el siguiente sobre y tráigalo a su próxima consulta.**

Detalle todas las medicaciones y suplementos a continuación; incluya la dosis y cuántas veces por día lo toma.

	<b>Nombre de la medicación</b>	<b>Dosis</b>	<b>Cuándo lo toma</b>
<i>Ejemplo</i>	<i>Crestor</i>	<i>5 ml</i>	<i>Cada mañana</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Cuestionario de visita anual de Medicare

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (apellido, primero, segundo)

FECHA DE NACIMIENTO

Tabaco/Alcohol

Encierre en un círculo la respuesta

1. ¿Consume tabaco?

Sí No

2. ¿Está en un ambiente con otros fumadores?

Sí No

3. ¿Consume alcohol?

Sí No

Examen de depresión

Encierre en un círculo la respuesta

1. ¿Recientemente se ha sentido triste, deprimido o sin esperanzas?

Sí No

2. ¿Recientemente ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?

Sí No

**Si respondió Sí a alguna de las dos preguntas anteriores, continúe con el siguiente conjunto de preguntas sobre Depresión. Si respondió No, pase a la siguiente sección.**

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
Problemas para dormirse o permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal por usted mismo, que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo	0	1	2	3
Problemas para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
Moverse o hablar tan lento que otras personas pudieran notarlo. O lo opuesto, ser tan inquieto o ansioso que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3
<b>AGREGAR COLUMNAS:</b>				
	<b>Puntaje total del PHQ9:}</b>			
Si ha marcado algún problema, ¿en qué medida estos problemas dificultan que realice su trabajo, se encargue de las cosas del hogar o se lleve bien con otras personas?	No lo dificulta en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
¿Se ha realizado alguna cirugía o ha sido hospitalizado desde su última visita anual?	Sí		No	
¿Tiene alguna dificultad auditiva?	Sí		No	
¿Usa alguno de los siguientes?				
Audífonos	Prótesis dentales	Prótesis	Otro: _____	

Cuestionario de visita anual de Medicare	
Función/habilidad/seguridad/entorno familiar	Encierre en un círculo la respuesta
1. ¿Necesita ayuda con actividades cotidianas? (Encierre con un círculo a continuación)	
tareas domésticas                      compras                      vestirse                      preparación de alimentos	
2. ¿Tiene riesgo de sufrir caídas?	Sí      No
3. ¿Cuántas caídas tuvo en el último año?	N.º ____
4. ¿Las caídas provocaron lesiones?	Sí      No
5. ¿Tiene detectores de humo en su hogar?	Sí      No
6. ¿Tiene armas de fuego en su hogar?	Sí      No
7. ¿Usa cinturón de seguridad en un vehículo?	Sí      No
8. ¿Tiene detectores de monóxido de carbono en su hogar?	Sí      No
9. ¿Se detectó radón en su hogar? ¿Se atendió o no se sometió a pruebas?	Sí      No

Nutrición			
¿Toma alguna de las siguientes vitaminas?			
Calcio	Sí	No	Cantidad
Multivitamínico	Sí	No	Cantidad
Vitamina D	Sí	No	Cantidad
Ácido fólico	Sí	No	Cantidad
¿Ha perdido peso?	Sí	No	Cantidad
¿Ha subido de peso?	Sí	No	Cantidad
¿Qué tipo de dieta mantiene? Por ejemplo, baja en grasas, rica en grasas, 2000 calorías			

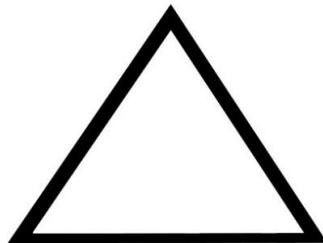
Otros médicos	
Indique los nombres de sus otros médicos	Especialidad

Equipo médico y suministros	
¿Usa alguno de los siguientes? (encierre en un círculo la respuesta):    Bastón    Andador    Silla de ruedas	
Proveedor de equipos médicos (oxígeno o suministros de CPAP):	

Cuestionario de visita anual de Medicare  
Evaluación cognitiva

Usted tiene \$100, va a la tienda y compra una docena de manzanas por \$3 y un triciclo por \$20.

	Respuesta
1. ¿Cuánto gastó?	
2. ¿Cuánto le queda?	



Coloque una x en el triángulo.

¿Cuál es más grande, el triángulo o la x?

# TAREA DE DIBUJO DE RELOJ

## INSTRUCCIONES:

En el espacio a continuación, dibuje la esfera de un reloj y coloque los números en las posiciones correctas.

Ahora, dibuje las agujas a las once y diez.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_