



# HEALTHCARE CENTERS of MORRIS HOSPITAL

## CUESTIONARIO PARA LA CONSULTA ANUAL DE BIENESTAR DE MEDICARE

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

### PROVEEDORES QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN MÉDICA

Para garantizar una óptima coordinación de la atención, mencione abajo a todos los proveedores que consulta de forma regular.

*(Por ejemplo: cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo, urólogo, nefrólogo, reumatólogo, neurólogo, podólogo, oftalmólogo, odontólogo, proveedor de oxígeno, agencia de atención a domicilio u otro especialista)*

Nombre del proveedor	Especialidad

### PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

¿Consumió tragos en el último año?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia consumió tragos en el último año?

Una vez al mes o menos  De 2 a 4 veces al mes  De 2 a 3 veces a la semana  4 o más veces a la semana

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos tragos consumió en un día típico en el último año?

1 o 2  3 o 4  5 o 6  7 a 9  10 o más

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia consumió seis o más tragos en la misma ocasión en el último año?

Nunca  Menos de una vez al mes  Una vez al mes  Una vez a la semana  Diariamente o casi diariamente

### EVALUACIÓN SOBRE LA DEPRESIÓN (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia estuvo alterado por alguno de estos problemas? (Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sintió poco interés o placer haciendo cosas	0	1	2	3
Se sintió triste, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
Le costó dormirse o permanecer dormido, o durmió demasiado	0	1	2	3
Se sintió cansado o con poca energía	0	1	2	3
Tuvo poco apetito o comió demasiado	0	1	2	3
Se sintió mal con usted, o sintió que es un fracasado o que se defraudó a usted o a su familia	0	1	2	3
Tuvo dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
Se movió o habló tan lento que las personas podrían haberlo advertido o, por el contrario, estuvo tan nervioso o inquieto que estuvo moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
Pensó que estaría mejor muerto o pensó en lastimarse de algún modo	0	1	2	3

Puntuación: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

= Puntuación total: \_\_\_\_\_

Si marcó alguno de estos problemas, ¿qué tan difícil le resultó trabajar, hacer las tareas de la casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

No fue difícil para nada

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

### PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO

¿Es usted un...? <input type="checkbox"/> No fumador <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> Fumador habitual actualmente <input type="checkbox"/> Fumador algunos días actualmente <input type="checkbox"/> Masca tabaco <input type="checkbox"/> Usa cigarrillo electrónico <input type="checkbox"/> Usa vaporizador
Si es un <b>exfumador</b> , ¿hace cuánto que no fuma? <input type="checkbox"/> <1 mes <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> 10-15 años <input type="checkbox"/> >15 años
<b>¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar?</b>
Si es un <b>fumador habitual actualmente</b> , ¿cuántos cigarrillos fuma al día? <input type="checkbox"/> 5 o menos <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 o más
Si es un <b>fumador habitual actualmente</b> , ¿qué tan pronto fuma después de levantarse? <input type="checkbox"/> A los 5 min <input type="checkbox"/> A los 6-30 min <input type="checkbox"/> A los 31-60 min <input type="checkbox"/> Después de 60 min
Si es un <b>fumador habitual actualmente</b> , ¿le gustaría dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Estoy listo para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Estoy pensando en dejar de fumar <input type="checkbox"/> No estoy listo para dejar de fumar

<b>PREGUNTAS SOBRE LA AUDICIÓN</b>		
¿Tiene dificultad para mantener una conversación en un restaurante ruidoso o en una sala llena de personas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿A veces siente que las personas murmuran o que no hablan con claridad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultad para escuchar un diálogo en el teatro o mientras mira televisión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene que pedirles a las personas que hablen más fuerte o que repitan lo que dicen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿A veces tiene dificultad para entender las conversaciones telefónicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Escucha zumbidos o ruidos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Escucha mejor con un oído que con el otro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<b>PREGUNTAS SOBRE LA FUNCIÓN</b>		
¿Necesita ayuda para comer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para ir de la cama a una silla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para ir al baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para vestirse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para bañarse o ducharse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para caminar por la habitación (p. ej., un bastón o un andador)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para usar el teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para preparar la comida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para administrar el dinero (p. ej., para hacer un seguimiento de los gastos o pagar las cuentas)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para hacer las compras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para subir las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<b>PREGUNTAS SOBRE LA SEGURIDAD EN LA CASA</b>		
¿Puede acceder con facilidad a un teléfono en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se puede acceder fácilmente a los números de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene detectores de humo o monóxido de carbono que funcionen en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene una superficie antideslizante y barras de apoyo en la bañera o ducha?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si hay escaleras en su casa, ¿tienen barandas seguras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

\*Para uso de la oficina: Escribir la puntuación del Mini-Cog en ECW

### NUTRICIÓN

¿Cuántas porciones de frutas consume por día?

1-3  4-7  8-10  >10  No como fruta

¿Cuántas porciones de verduras consume por día?

1-3  4-7  8-10  >10  No como verduras

### PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN

¿Quiere discutir las decisiones de su tratamiento médico para el final de la vida o a quién designa para que tome las decisiones por usted si no puede hablar por su cuenta?

Sí

No

### EVALUACIÓN SOBRE OPIACEOS/NARCÓTICOS

¿Usó opiáceos/narcóticos en los últimos 6 meses?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia?

Diariamente  Algunas veces por semana  Algunas veces por mes  Tiempo después de una cirugía  
 Tiempo después de una lesión

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el motivo?

\_\_\_\_\_

¿Usó otros tratamientos? (*elija todos los que apliquen*)

Ibuprofeno/Naproxeno  Tylenol  Ejercicio  Estiramientos  Compresas frías/calientes   
Masajes  Quiropráctico  Unidad TENS  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

¿Qué proveedores tratan su dolor?  Manejo del dolor  Ortopédicos  Proveedor de atención primaria

Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

¿Se cayó alguna vez en el último año?

Sí

No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?

1

>2

¿Sufrió lesiones?

Sí

No

¿Usa algún dispositivo de asistencia, como un bastón, un andador o una silla de ruedas?

Sí

No

### EJERCICIO

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio?

0  1  2  3  4  5  6  7

Duración:

30 minutos por vez  Menos de 30 minutos por vez  Más de 30 minutos por vez