



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 habitual.

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

Nombre del proveedor	Especialidad

PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO

- Nunca fumó Fuma todos los días Fuma a veces
 Ex fumador Fumador, estado desconocido No se sabe si alguna vez fumó
 Fuma mucho tabaco Fuma poco tabaco

¿Consumes alguno de estos productos que contienen nicotina?

Exposición al humo pasiva

- Cigarrillos electrónicos Productos para vapear Tabaco sin humo Otros Sí No

PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

¿Consumió bebidas con contenido alcohólico en el último año? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia consumió una bebida con contenido alcohólico 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", ¿cuántas bebidas 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 bebidas 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

PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS**Abuso de sustancias no recetadas**

No consumió Ex consumidor de sustancias Cannabis/cualquier forma Crack/cocaína

Anfetaminas/metanfetaminas Sedantes/tranquilizantes Opioides/analgésicos

Drogas de club/de diseño Sin receta/p. ej., Imodium Se negó a responder Otro

PREGUNTAS SOBRE LA AUDICIÓN

¿Tiene dificultad para mantener una conversación en un restaurante ruidoso o en una sala llena de personas?

Sí No

¿A veces siente que las personas murmuran o que no hablan con claridad?

Sí No

¿Tiene dificultad para escuchar un diálogo en el teatro o mientras mira televisión?

Sí No

¿Tiene que pedirles a las personas que hablen más fuerte o que repitan lo que dicen?

Sí No

¿A veces tiene dificultad para entender las conversaciones telefónicas?

Sí No

¿Escucha zumbidos o ruidos?

Sí No

¿Escucha mejor con un oído que con el otro?

Sí No

PREGUNTAS SOBRE LA FUNCIÓN

¿Necesita ayuda para comer?

Sí No

¿Necesita ayuda para ir de la cama a una silla?

Sí No

¿Necesita ayuda para ir al baño?

Sí No

¿Necesita ayuda para vestirse?

Sí No

¿Necesita ayuda para bañarse o ducharse?

Sí No

¿Necesita ayuda para caminar por la habitación (p. ej., un bastón o un andador)?

Sí 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 manejar 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

PREGUNTAS SOBRE LA SEGURIDAD EN LA CASA		
¿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/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/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	
¿Está siguiendo una dieta recetada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está siguiendo una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS		
<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio/para caminar	<input type="checkbox"/> Sin antecedentes de caídas	<input type="checkbox"/> 1 caída en el último año
<input type="checkbox"/> Más de 2 caídas en el último año	<input type="checkbox"/> Caída con lesión en el último año	<input type="checkbox"/> Postrado en cama <input type="checkbox"/> Otro
¿Sufrió lesiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dispositivo de apoyo que usa:		
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Silla con inodoro <input type="checkbox"/> Cama de hospital <input type="checkbox"/> Dispositivo respiratorio

EJERCICIO

En los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo ejercicio de moderado a extenuante, como una caminata rápida?

0 1 2 3 4 5 6 7

Duración:

En los días que hace ejercicio de moderado a extenuante, ¿cuántos minutos, en promedio, hace ejercicio?

_____ minutos

EVALUACIÓN SOBRE LA DEPRESIÓN (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes 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?

Para nada difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Sumamente difícil