



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

Consumo de tabaco: Nunca Fumador actual y diario Fuma a veces actualmente Ex fumador

Si fuma o fumó, ¿qué productos de tabaco consume? Cigarrillos Cigarros Pipa

Si es fumador actual o ex fumador de cigarrillos, ¿cuántos fuma por día? # de cajetillas por día _____ O # de cigarrillos por día _____

Si es fumador o ex fumador de cigarrillos, fecha/año en que comenzó a fumar _____

Si es ex fumador de cigarrillos, fecha/año en que dejó de fumar _____

Si es fumador o ex fumador de cigarrillos, cantidad de años que fumó _____

Si es ex fumador de cigarrillos, ¿cuánto tiempo hace que no fuma? hace menos de 15 años hace más de 15 años

Si fuma habitualmente en la actualidad, ¿le gustaría dejar de fumar? Listo para dejar de fumar

Pensando en dejar de fumar No estoy listo para dejar de fumar

¿Usa alguno de estos productos de nicotina? Cigarrillos electrónicos Productos para vapear Tabaco sin humo

Otro: _____

Si usa tabaco sin humo, ¿qué producto?

mascar tabaco Rapé snus tabaco soluble Otro: _____

¿Está usted expuesto al humo de tabaco ajeno? Sí No

PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

¿Consumió bebidas alcohólicas en el último año? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas 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 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

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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Siente a veces 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
¿Tiene a veces 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

PREGUNTAS SOBRE LA FUNCIÓN

¿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 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 barandillas 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 hablar sobre 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

¿Tuvo algún problema de equilibrio o para caminar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se cayó alguna vez durante el último año?	<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: _____	
Si la respuesta es "Sí", ¿resultó herido?	<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
