

Actualización de la Evaluación de Riesgos de Salud

Si usted no entiende ciertos términos, por favor no dude en preguntar a los recepcionistas para obtener ayuda.
Algunas respuestas también tienen números para ayudarnos a completar su expediente médico con precisión.

Nombre: _____ Fecha: _____

de Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # De Teléfono (____) ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor, marque "Sí" o "No", y completar la información solicitada en su caso. Escriba "NA" si no es aplicable.

CALIDAD DE VIDA

De los siguientes, elegir qué palabra describe mejor su evaluación de su calidad de vida actual:

Excelente = 0 Muy Buena = 1 Buena = 2 Regular = 3 Mala = 4

Queremos mejorar todos los aspectos de la salud del paciente, incluyendo su calidad de vida. Cada persona tiene diferentes prioridades, esto significa que su calidad ideal de vida es única para usted. Las prioridades pueden incluir mejorando su comodidad personal, el mantenimiento de su capacidad de perseguir sus metas, la búsqueda de la satisfacción emocional en general, u otros factores.

¿Se siente satisfecho con su calidad de vida actual? No Algunos aspectos Muchos aspectos Sí

SU SALUD Y ESTILO DE VIDA ACTUAL

¿Qué se hace en general a mantenerse sentirse saludable?

Visito a mi PCP cada año, incluso cuando me siento saludable. Visito a mi PCP cuando no me siento bien.
 Hago ejercicio de manera segura y con regularidad. Tengo una dieta saludable y comer con regularidad.
 Tomo vitaminas y/o suplementos de calcio. Puedo beber una buena cantidad de agua al día.
 Hago estas otras actividades: _____

Hay muchos tipos de tratamientos y prácticas de salud. Marque cualquiera de los siguientes que utilice:

Acuñando = 1 Sobando = 1 Masaje = 1 Hierbas = 2 Acupuntura = 3 Curanderos Tradicionales = 3
 Terapia de Copas = 1 Tirando el Cuerito (para empacho) = 2 Quiropráctica = 4 Otro: _____

SU AMBIENTE EN EL HOGAR

¿Vive usted solo/a? No = 0 Sí = 5 ¿Tiene escaleras en el interior de su casa? No = 0 Sí = 5

¿Tienes que subir o bajar escaleras para entrar en su apartamento o casa? No = 0 Sí = 5

Vive usted en: Casa propia = 0 Hogar que Aquila = 2 Hogar de cuidado residencial = 3

Complejo de viviendas para personas de tercera edad = 4 Hogar de ancianos = 5 Otro: _____ = 1

¿Cuida de alguien en su hogar familiar? (Niños, adultos dependientes o de tercera edad, etc.) No = 0 Sí = 3

¿Tiene familiares/amigos/otras personas quien ayudan en su casa si se enferma/discapacitada? No = 5 Sí = 0

Si usted necesita ayuda, ¿conoce usted a alguien que estaría disponible para ayudarle?

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

¿Tiene usted un cuidador? No Sí Si es así, ¿se paga su cuidador? No Sí

¿Tiene transporte para ver al médico? No Sí Si es así, ¿cuál es su transporte? _____

TAREAS Y ASISTENCIA COTIDIANO

Cuando usted está completando tareas en el hogar, a veces es posible que necesite la ayuda de alguien o un dispositivo de ayuda (como un extensor de alcance, o bastón). Utilice el siguiente diagrama para describir su rutina de casa actual. Círculo cuánta asistencia, en su caso, que se utiliza para realizar las siguientes tareas:

Actividad:	I = No asistencia necesaria	A = Necesaria asistencia a veces	D = Necesita ayuda total
Baños:	I	A	D
Higiene:	I	A	D
Limpiar la casa:	I	A	D
Prepara comidas:	I	A	D

Algunas de las tareas cotidianas son más complejas o difíciles de cumplir por sí solo. Indique abajo si cree que su estado de salud actual habría que limitar de participar en alguna de las siguientes actividades:

Mover una mesa: No Sí Usando una aspiradora: No Sí
 Jugar al golf: No Sí Subir escaleras: No Sí

Comentarios: _____

EQUIPOS AUXILIARES

Marque cualquiera del siguiente equipamiento médico que está en su casa y marque si son lo suyo o alquilado:

Propio:	Alquilado:	Equipo:	Propio:	Alquilado:	Equipo:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bastón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inodoro Portátil
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muletas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cama de Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oxigeno
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Silla de Ruedas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro: _____

Por favor, indique qué tipo de equipamiento médico usa usted con regularidad:

Ninguna = 0 Bastón = 0 Muletas = 3 Andadera = 3 Silla de Ruedas = 5
 Asistente de la Audiencia = 1 Inodoro Portátil = 4 Oxigeno = 5 Cama de Hospital en Casa = 5

MEDICACIÓN

¿Cuántos medicamentos prescritos no se toma en forma regular? Marque uno de los siguientes:

Cero (0)	Uno (1)	Dos (2)	Tres (3)	Cuatro (4)	Cinco (5)
Seis (6)	Siete (7)	Ocho (8)	Nueve (9)	Diez (10)	Diez o Más

For Office Use:

Zero (0) Med = 0	One (1) Med = 1	Two (2) Med = 1	Three (3) Med = 2	Four (4) Med = 2	Five (5) Med = 3
Six (6) Med = 3	Seven (7) Med = 4	Eight (8) Med = 4	Nine (9) Med = 5	Ten (10) Med = 5	More than Ten