

**Cuestionario de Medicare de Visitas Anuales para el Bienestar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**¿Lo más de los medicamentos está tomando , incluyendo vitaminas y suplementos ?** Agrega más en el reverso.

Medicamentos/Vitaminas/Suplementos	Razón por el que las toma

**¿Qué otros médicos o proveedores de servicios de salud visita usted, y para qué tipo de problemas?** Agrega más en el reverso.

Especialista	Problem

**¿Dónde obtiene sus suministros médicos? (diabetes, artículos para ostomía, etc)** Agrega más en el reverso.

Proveedor de suministros médicos	Problemas

**¿Cómo calificaría su salud?**                      Excelente                      Buena                      Regular                      Mala

**Audición Evaluación/Visión:**

¿Tiene problemas para escuchar la televisión o la radio cuando otros no lo hacen?	Sí	No
¿Tiene que esforzarse o luchar para escuchar/entender conversaciones?	Sí	No
¿Tiene problemas para ver, incluso con gafas?	Sí	No

**Screening Funcional/Cognitiva?**

¿Tiene dificultad para caminar?	Sí	No	¿Necesita ayuda para transporte?	Sí	No
¿Necesita ayuda para subir escaleras?	Sí	No	¿Necesita ayuda con la preparación de las comidas?	Sí	No
¿Necesita ayuda para bañarse?	Sí	No	¿Necesita ayuda con las tareas domésticas?	Sí	No
¿Necesita ayuda para vestirse?	Sí	No	¿Necesita ayuda lavado de ropa?	Sí	No
¿Necesita ayuda con las compras?	Sí	No	¿Necesita ayuda con medicamentos?	Sí	No
¿Necesita ayuda usar el teléfono?	Sí	No	¿Necesita ayuda cómo administrar el dinero?	Sí	No
¿Tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	Sí	No			

**Depresión Cuestionario:** En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido:

Decaído, deprimido o desesperanzado?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

**Seguridad en el Hogar:**

¿Tiene su casa un detector de humo que trabaja?	Sí	No
¿Su casa tiene alfombras en el pasillo?	Sí	No
¿Su casa tiene mala iluminación?	Sí	No
¿Hace su hogar tienen barras de apoyo en el baño?	Sí	No
¿Su casa tiene barandillas en las escaleras?	Sí	No
¿Vive solo?	Sí	No
¿Se ha caído en los últimos 12 meses?	Sí	No
¿ En los últimos 6 meses, ¿ha sufrido de pérdida de orina?	Sí	No

**Directiva Avanzada:**

¿Tiene usted un documento de instrucciones médicas por adelantado	Sí	No
-------------------------------------------------------------------	----	----

**Preguntas Adicionales:**

¿Ha sentido un dolor o fatiga inusuales en los últimos 14 días?	Sí	No			
¿Ha sentido un estrés, un enojo o una soledad inusuales en los últimos 14 días?	Sí	No			
¿Utiliza cinturón de seguridad?	Si	No	¿Ha visto a su dentista el último año?	Sí	No
¿Tiene preguntas acerca de su dieta?	Si	No	¿Hace ejercicio al menos 3 veces por semana?	Sí	No