

# Cuestionario para la visita anual de bienestar de Medicare



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

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## ¿Qué medicamentos de venta libre toma actualmente, incluidos suplementos y vitaminas?

Medicamentos/Vitaminas/Suplementos	Motivo

## ¿Qué otros médicos o proveedores lo atienden y para qué problemas?

Especialista	Problema

## ¿Dónde obtiene sus suministros médicos? (Suministros para ostomía, diabetes, etc.)

Proveedor de suministros médicos	Problema

¿Cómo calificaría su salud? (Marque una opción):

Excelente

Buena

Regular

Mala

### Evaluación de la audición y la visión

¿Tiene dificultad para oír la televisión o la radio cuando otros no la tienen?	Sí	No
¿Tiene que hacer un esfuerzo para oír o entender conversaciones?	Sí	No
¿Tiene dificultad para ver, incluso con anteojos?	Sí	No

### Evaluación funcional

¿Tiene dificultad para caminar?	Sí	No
¿Necesita ayuda para subir escaleras?	Sí	No
¿Necesita ayuda para bañarse?	Sí	No
¿Necesita ayuda para vestirse?	Sí	No
¿Necesita ayuda para usar el teléfono?	Sí	No
¿Necesita ayuda con el transporte?	Sí	No
¿Necesita ayuda para hacer las compras?	Sí	No
¿Necesita ayuda para preparar las comidas?	Sí	No
¿Necesita ayuda con las tareas de la casa?	Sí	No
¿Necesita ayuda para lavar la ropa?	Sí	No
¿Necesita ayuda para tomar los medicamentos?	Sí	No
¿Necesita ayuda para manejar el dinero?	Sí	No
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	Sí	No

### Cuestionario sobre depresión

#### En las últimas 2 semanas:

¿Se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Prácticamente todos los días
¿Ha sentido poco interés o placer al hacer cosas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Prácticamente todos los días

## Seguridad en el hogar

¿Tiene en su casa una alarma de humo que funcione?	Sí	No
¿Hay en el pasillo de su casa alfombras sueltas?	Sí	No
¿Está su casa mal iluminada?	Sí	No
¿Hay en el baño de su casa agarraderas?	Sí	No
¿Hay en las escaleras de su casa barandas?	Sí	No
¿Vive solo?	Sí	No
En los últimos 12 días, ¿se cayó alguna vez?	Sí	No
En los últimos 6 meses, ¿ha tenido alguna pérdida de orina?	Sí	No

## Directivas anticipadas

¿Tiene directivas anticipadas?	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?	Sí	No
¿Tiene preguntas acerca de su dieta?	Sí	No
¿Ha visto a su dentista en el último año?	Sí	No
¿Hace ejercicio al menos 3 veces por semana?	Sí	No