

El Medicare Bienestar Visita anual Evaluación del riesgo para la salud

Información de antecedentes

Medicare # _____ Fecha de hoy: _____

Primer Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ State: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Gender

- Macho
 mujeres

RACE/etnia

- americano africano Isla del Pacífico Asiático
 Caucásicas Hispanos
 Otros

Idioma preferido: _____

Método de contacto preferido: Correo electrónico Teléfono Mensaje de texto/
 Correo electrónico Sitio Web

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Atención Primaria MD: _____

En qué año se convirtió en beneficiario de Medicare? _____

- Sí No vivir de forma independiente en la comunidad (casa privada, jubilación)
 Sí No Have que había cobertura de Medicare Parte B durante más de 12 meses?
 Sí No ha tenido una "Bienvenido a Medicare" o "Visita anual de bienestar que
Siempre que con un personal de planes de prevención en los últimos 12 meses?

Otros sanitarios proveedores

Lista de todos los proveedores de servicios de salud que proporcionan regularmente con atención médica

Nombre del médico	Tipo de Médico

Medicamentos

Lista de los medicamentos recetados, de venta libre y suplementos incluidos calcio y vitaminas

Sí no ¿do que tome la aspirina a diario?

NOMBRE:

DOSIS:

LA FRECUENCIA:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

* Si necesita más espacio, por favor agregue en hoja aparte o en el reverso de esta hoja

Alergias a medicamentos:

1. _____
2. _____

Estilo/Historia Social

Sí no do que come una dieta equilibrada, con sal y una mínima mínima "grasas malas"

Dieta equilibrada = frutas, vegetales, granos y lácteos bajos en grasas cada día

Sal mínimo = menos de una cucharadita cada día

Grasas malas = los alimentos fritos, los alimentos envasados, dulces

Historia del uso del tabaco

Cuál es su historial de fumar cigarrillos?

- fumador actual
- Ex fumador
- nunca ha fumado

Si usted fuma ahora o que fumaba, ¿cuántos paquetes por día?

- Menor o igual a un paquete
- Más de un paquete, pero inferior o igual a dos paquetes
- Más de dos paquetes

Cuánto tiempo usted o ha fumado cigarrillos?

- Menos de 10 años
- 10 - 20 Años
- Más de 20 años

El tabaco, las drogas y el Alcohol Historia

Sí no do que actualmente utiliza el tabaco?

Sí no do que utiliza las drogas (cocaína, marihuana o prescripciones) para el uso con fines no médicos?

Sí no do bebe 7 omás bebidas alcohólicas por semana?

Historia Familiar

Tiene una historia familiar de cualquiera de las siguientes condiciones?

Historia Familiar = sólo la madre, padre, hermana o hermano, vivo o muerto):

- Sí No Glaucoma
- Sí No Diabetes
- Sí No coronaria (corazón) Enfermedad

Respuesta "sí" sólo si el miembro de la familia antes de los 55 años de edad (si el hombre) o 65 años (si mujer)

- Sí No Carrera, isquemia cerebral transitoria Conectar/TIA o mini accidente cerebrovascular
- Sí No Breast Cáncer (abuela, madre o hermana)
- Sí No Cáncer de Colon (madre, padre, hermana, hermano)
- Sí No Prostate Cáncer (padre, hermano)
- Sí No Abdominal Aneurisma aórtico (madre, padre, hermana, hermano)

Sus condiciones médicas:

(No familia miembros) tienen alguna de las siguientes condiciones?

- Sí No Carrera o mini accidente cerebrovascular o enfermedad de la arteria carótida
- Sí No Enfermedad cardíaca (enfermedad de la arteria coronaria)
- Sí No Insuficiencia Cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva)
- Sí No Enfermedad de la válvula cardíaca
- Sí No Enfermedad vascular (enfermedad u obstrucción de la arteria en piernas o brazos)
- Sí No alto Colesterol
- Sí No Diabetes
- Sí No COPD (bronquitis crónica, enfisema).
- Sí No Asthma

- Sí No La Osteoporosis (enfermedad de los huesos, debilitamiento)
- Sí No artritis (dolor, inflamación)
- Sí No Demencia y pérdida de memoria
- Sí No Depression/ansiedad Trastorno
- Sí No Kidney Enfermedad
- Sí No Have ha ido a ver a un dentista en los últimos 12 meses?
- Sí no do tiene una condición médica no aparece? (en caso afirmativo, sírvase proporcionar una lista más abajo)

Historia Quirúrgica

Ha tenido alguna de las siguientes cirugías o procedimientos médicos?

- Sí No cirugía de corazón (como válvula de corazón, tumores, anomalías estructurales)
- Sí No corazón Cirugía (bypass)
- Sí No Did tiene rehabilitación cardíaca después de su cirugía de corazón?
- Sí No Angioplastia/stent
- Sí No Did tiene después de su rehabilitación cardíaca angioplastia/stent
- Sí No Have usted alguna vez ha tenido una tinción de Papanicolau anormal?
- Sí No Have ha tenido una cirugía mayor que no aparece en la lista? (en caso afirmativo, indique a continuación) Cirugías: comunicativas

Revisión de los síntomas

- Sí No ha tenido alguna reciente pérdida de peso involuntaria?
- Sí No se han empeorado o creciente debilidad o fatiga que es nuevo para usted?
- Sí No ha tenido alguna los cambios recientes en su visión?
- Sí No ha tenido problemas para respirar?
- Sí no do tiene una tos persistente que no desaparece?
- Sí no do tiene dolor en el pecho, tensión o pesadez en el pecho?

- Sí No alguna vez le falta de aliento con las actividades diarias? (vestirse, Ducharse o bañarse, lavar la ropa, compras, o a pie)
- Sí No tiene dificultad para respirar cuando acostado?
- Sí No las piernas se hinchen?
- Sí No tiene adormecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas?
- Sí no do tiene dolor en la parte posterior de las piernas (terneros) cuando se distancia a pie, pero que Va lejos después de que pare?
- Sí No tiene cada vez más o empeoramiento del dolor y rigidez en las articulaciones que se Nuevo para usted en el último año (espalda, cuello, caderas, rodillas, hombros o manos)

Pruebas/Terapias

Ha tenido alguna de las siguientes pruebas y/o terapias?

- Sí No No sé Cholesterol marcada en los últimos 5 años?
- Sí No No sé Program para dejar de fumar en los últimos seis meses?
- Sí No No sé sé la colonoscopia en los últimos 10 años?
- Sí No No sé Mammogram en el último año?
- Sí No No sé Flu Shot vacuna dentro de la actual temporada de gripe?
- Sí No No sé Pneumonia vacuna en los últimos 5 años?
- Sí No No sé Sigmoidoscopy en los últimos 4 años?
- Sí No No sé Stool Sangre Oculta en el último año?
- Sí No No sé Bone densidad en los últimos 2 años?
- Sí No No sé Abdominal Ultrasonido de aneurisma en su vida?
- Sí No No sé Prueba de glaucoma en el último año?

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé | Prueba de azúcar en sangre (glucosa) en el último año? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé | PSA (Próstata) Examen de sangre en el último año? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé | Vacuna contra la Hepatitis B nunca en su vida? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé | Pap Frotis examen pélvico y de los últimos 2 años? |

Autoevaluación

Teniendo en cuenta su edad, ¿cómo describiría su estado de salud general?

- Excelente Muy Bueno Bueno Justo Pobre

Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus capacidades físicas?

YO soy capaz de actividad física para:

- Por lo menos 30 minutos a un ritmo vigoroso (trotar, tenis, natación)
- Por lo menos 1 hora (caminar una milla o más mientras se mantiene una conversación)
- Al menos 15 minutos o caminar media milla.
- Sólo limitada actividad; yo soy capaz de caminar sólo 1 cuadra en una caminata lenta velocidad. A veces necesito un dispositivo de asistencia como bastón o andador
- Actividad física limitada; tengo dificultad para caminar una cuadra pero ME puede caminar a través de la habitación. A veces necesito un dispositivo de asistencia como caña o walker
- Gravemente limitada; necesito una silla de ruedas para movilidad en interiores a pesar de que puedo transferir a Silla independientemente

En los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo usted hace ejercicio?

- 1 Día 2 días 3 días 4 días 5 días 6 días 7 días

Depresión Evaluación

- Sí No Over las últimas 2 semanas, ¿has sentido, deprimido o desesperado?
- Sí No Over las últimas 2 semanas, ¿has sentido poco interés o placer en hacer las cosas?

Self-Change Modificaciones

En los próximos 6 meses, ¿está dispuesto a efectuar cualquiera de los siguientes cambios para mejorar su salud?

- Sí No Increase Actividad
- Sí No Lose Peso
- Sí No Reduce Consumo de Alcohol
- Sí No Improve Dieta
- Sí No Reduce Estrés
- Sí No Quit Fumar
- Sí No Improve Dormir

Riesgo de Caída y seguridad en el hogar

- Sí no do siempre abróchese el cinturón de seguridad cuando se encuentre en un coche?
- Sí no do tiene algún problema con su audiciencia?
- Sí no do tiene un problema de equilibrio?
- Sí no do tiene un problema a pie?
- Sí No Have ha tenido una caída en el año anterior?

Las actividades de la Vida Diaria Escala

- Sí No En los últimos 7 días, no necesita ayuda para realizar las actividades cotidianas?
(Como comer, vestirse, bañarse, pasear, o usar el baño?)
- Sí No En los últimos 7 días, ¿necesita ayuda para hacer cosas tales como lavandería, limpieza, Banca, compras, utilizando el teléfono, la preparación de los alimentos, el transporte o tomar sus medicamentos?

Ha completado la evaluación del riesgo para la salud. Gracias.