

Visita de bienestar de Medicare

(Bienvenido a las visitas anual y subsiguientes de Medicare)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Durante las **últimas 2 semanas**, ¿cómo de frecuente le han molestado alguno de los siguientes problemas?

(Use «✓» para indicar su respuesta)

1. ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas?

☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ Prefirió no especificar

2. ¿Estuvo deprimido, desanimado o se sintió desesperado?

☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ Prefirió no especificar

3. Mencione otros médicos o proveedores de atención médica que estén involucrados en su atención médica, incluyendo los proveedores Vision, Dental y Home Health Si corresponde mencione abajo Nombre/Especialidad.

☐ No tengo ningún otro médico ni proveedor de atención médica involucrado en mi atención médica.

4. ¿Qué empresa le provee suministros médicos? (Suministros para diabetes, suministros respiratorios, equipo médico, etc.). ☐ No aplica

5. ¿Usa el cinturón de seguridad cuando viaja?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Puede ir a lugares que no estén a una distancia que pueda recorrer caminando sin ayuda? Por ejemplo, ¿puede conducir su propio vehículo, o puede depender de otras personas o usar el transporte público para ir adonde necesita ir?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

7. ¿Su casa requiere mejoras que le harían sentirse más seguro al desplazarse, como mejor iluminación, quitar tapetes sueltos o agregar barras de apoyo en el baño?

☐ Sí ☐ No

8. ¿Se ha caído más de dos veces en el último año?

☐ Sí ☐ No

9. ¿Necesita ayuda para bañarse, usar el inodoro, alimentarse, vestirse, cepillarse el pelo/los dientes o desplazarse por la casa?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

10. ¿Necesita ayuda con la limpieza de la casa, la lavandería, las compras o la preparación de sus comidas?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

11. ¿Tiene alguna dificultad para usar el teléfono?

☐ Sí ☐ No

12. ¿Tiene familiares o amigos en quienes pueda apoyarse para recibir apoyo emocional, como en situaciones

estresantes o soledad?

☐ Sí ☐ No

13. ¿Puede manejar su propia economía, sus asuntos bancarios y pagar sus facturas?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

14. ¿Tiene alguna dificultad para manejar sus propios medicamentos? Como obtenerlos en la farmacia, recordar tomarlos a tiempo, etc.

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

15. ¿Tiene algún problema de pérdida de orina?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

16. ¿Cómo de frecuente come una dieta bien equilibrada?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

17. ¿Ha tenido alguna dificultad con la actividad sexual en el último mes?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

18. ¿Tiene algún dolor? ¿Cómo califica su dolor hoy?

☐ Sin dolor ☐ Dolor leve ☐ Dolor moderado ☐ Dolor intenso

19. ¿Hace ejercicio durante unos 20 minutos, 3 o más días a la semana?

☐ Sí, la mayor parte del tiempo ☐ Sí, parte del tiempo ☐ No, por lo general no hago tanto ejercicio

20. ¿Participa en alguna de las siguientes actividades cada mes? ¿Clubes, voluntariado, grupos comunitarios, servicios religiosos, deportes en grupo o en equipo, pasatiempos, reuniones con familiares o amigos?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

21. ¿En el último mes, ha tenido cansancio mayor de lo normal o fuera de lo habitual?

☐ Sí ☐ No

22. ¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado para el dolor o una receta de opioides?

☐ Sí ☐ No

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____