

## Evaluación de la salud y el bienestar

### Bienestar General

En general, ¿cómo diría que es su salud?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

En los últimos 12 meses, ¿ha pasado la noche como paciente en un hospital?

- Ninguna vez
- Una vez
- Dos o tres veces
- Cuatro o más veces



En los últimos 12 meses, ¿ha pasado la noche como paciente en un hospital?

- Ninguna vez
- Una vez
- Dos o tres veces
- Cuatro o más veces
- Siete o más veces

¿Siente que tiene un apoyo social/emocional adecuado?

- Sí
- No

¿Experimenta un alto nivel de estrés o dificultad para afrontarlo?

- Sí
- No

### Estilo de vida

¿Suele comer una dieta que tiene cuatro porciones de frutas y verduras, incluye granos enteros y fibra, y evita, excepto en algunas ocasiones, los alimentos con alto contenido de grasa?

- Sí
- No

¿Suele hacer ejercicio al menos 30 minutos o más, cuatro días a la semana?

- Sí
- No

En los últimos siete días, ¿cuánto dolor ha sentido?

- Ninguna vez
- Un poco
- Mucho



¿Cómo describiría la condición de su boca y dientes (incluyendo dientes postizos o dentaduras postizas)?

- Excelente
- Buena
- Mala

**En los últimos siete días, ¿ha tenido algún problema para dormirse o mantenerse dormido?**

Sí       No

**En los últimos siete días, ¿ha tenido problemas de estreñimiento?**

Sí       No

**Muchas personas tienen problemas de incontinencia urinaria o de fugas de orina. En los últimos seis meses, ¿ha experimentado incontinencia?**

Sí       No

**¿Tiene algún problema de audición?**

Sí       No

**¿Le preocupa a usted o a algún miembro de su familia su memoria?**

Sí       No



**En una semana normal, ¿cuánto alcohol bebe?**

Ninguna vez  
 Dos bebidas por día o menos  
 Más de dos bebidas por día

**¿A veces conduce después de beber o viaja con un conductor que ha estado bebiendo?**

Sí       No

**¿Siempre se abrocha el cinturón de seguridad cuando está en el coche?**

Sí       No

## SEGURIDAD PERSONAL

**¿Sabe dónde localizar y cómo utilizar correctamente un botiquín de primeros auxilios y un extintor de incendios en caso de emergencia?**

Sí       No

**¿Usa protector solar?**

Sí       No

**¿Su casa tiene alfombras en el pasillo?**

Sí       No



**¿Su casa tiene barras de sujeción en el baño?**

Sí       No

**¿Su casa tiene barandillas en las escaleras?**

Sí       No

**¿Su casa tiene una buena iluminación?**

Sí       No

**¿Tiene detectores de humo en su casa?**

Sí       No

**¿Tiene detectores de monóxido de carbono en su casa?**

- Sí       No

**¿Es adecuada la calefacción en su casa?**

- Sí       No

**¿Se siente seguro en casa?**

- Sí       No



## INDEPENDENCIA

**En los últimos siete días, ¿necesitó ayuda de otras personas para realizar actividades cotidianas como comer, vestirse, arreglarse, bañarse, caminar o usar el baño?**

- Sí       No

**En los últimos siete días, ¿necesitó ayuda de otras personas para ocuparse de cosas como la lavandería y la limpieza de la casa, el banco, las compras, el uso del teléfono, la preparación de alimentos, el transporte o la toma de sus propios medicamentos?**

- Sí       No

**¿Se ha caído en el último año?**

- Sí       No

## SALUD MENTAL

**En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?**

- Ninguna vez  
 Varios días  
 Más de la mitad de los días  
 Casi todos los días



**En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces se ha sentido deprimido o desesperado?**

- Ninguna vez  
 Varios días  
 Más de la mitad de los días  
 Casi todos los días

## PLANIFICANDO EL FUTURO

**Seleccione todo lo que ha completado:**

- Poder notarial  
 Testamento en vida  
 Directiva anticipada

Traiga estos documentos a su cita.

Indique los nombres de sus médicos, proveedores médicos, enfermeras y proveedores médicos que vea fuera de Utica Park Clinic.

NOMBRE	ESPECIALIDAD	SERVICIOS QUE RECIBE

Indique la fecha y el lugar de la última vez que se realizaron las siguientes pruebas.

PRUEBA	FECHA	UBICACIÓN
Colonoscopia		
Mamografía		
Prueba de Papanicolaou		
Densidad ósea		
Examen de la vista		

Indique la fecha y el lugar en que se administraron por última vez las siguientes vacunas.

VACUNAS	FECHA	UBICACIÓN
Gripe		
Neumonía		
Herpes		

## FACTORES SOCIALES DE SALUD

Qué tan difícil le resulta pagar las necesidades básicas, como la comida, la vivienda, la atención médica y la calefacción?

- Muy difícil
- Difícil
- Un poco difícil
- No muy difícil
- Para nada difícil
- Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que no pudo pagar la hipoteca o el alquiler a tiempo?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuvo preocupado porque se le terminara la comida antes de tener dinero para comprar más?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas o adquirir medicamentos?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

En los últimos 12 meses ¿ha amenazado la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua con cortar los servicios de su vivienda?

- Sí
- No
- Ya los cortaron
- Prefiero no responder

