

## 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?

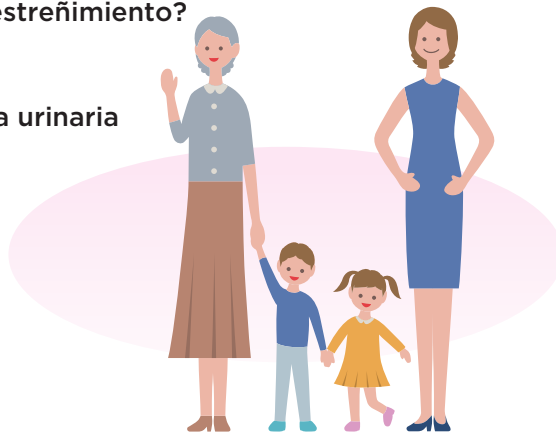
- ☐ Ninguna vez
- ☐ Dos bebidas por día o menos
- ☐ Más de dos bebidas por día

¿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

