

Medicare – Visita anual de bienestar

Medicare Annual Wellness Visit (Spanish)

Evaluación de riesgos de salud

Health Risk Assessment

Nombre /Name _____

Fecha de nacimiento /Date of birth _____

Marque sus respuestas con un círculo. Sus respuestas se mantendrán confidenciales.

Circle your responses.

Your answers will be kept confidential.

Salud en general *General health*

	Peor <i>Worse</i>	Igual <i>Same</i>	Mejor <i>Better</i>
¿En comparación con otras personas de su edad, cómo calificaría su salud? <i>How would you rate your health compared to others your age?</i>			
¿Tiene problemas para controlar el dolor? <i>Do you have problems managing pain?</i>	Ninguno <i>None</i>	Un poco <i>Some</i>	Mucho <i>A lot</i>
¿La fatiga se le hace un problema? <i>Is fatigue a problem for you?</i>	No <i>No</i>	Un poco <i>Some</i>	Mucho <i>A lot</i>
¿Tiene dificultad con sus dientes o dentaduras postizas? <i>Do you have difficulties with your teeth or dentures?</i>	No <i>No</i>	A veces <i>Someti</i>	Mucho <i>A lot</i>

Visión y audición *Hearing and vision*

1. ¿Siente que su vida está limitada por una dificultad auditiva? <i>Do you feel that a hearing difficulty limits your life?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
2. ¿Siente que su vida está limitada por una dificultad visual? <i>Do you feel that a vision difficulty limits your life?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>

Actividades de la vida diaria *Activities of daily living*

1. ¿Necesita ayuda para vestirse, comer, bañarse, ir al baño, caminar, acostarse o levantarse de la cama? <i>Do you need help with dressing, eating, bathing, going to the bathroom, walking, or getting in or out of bed?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
2. ¿Necesita ayuda para preparar las comidas, transportarse, ponerse el cinturón de seguridad, hacer las compras, administrar sus finanzas, mantener ordenada la casa, lavar la ropa, hacer llamadas o tomar sus medicamentos?	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>

<i>Do you need help with preparing meals, transportation, wearing a seatbelt, shopping, managing your finances, keeping house, doing laundry, making calls, or taking your medicine?</i>				
3. Si conduce, ¿ha tenido un accidente automovilístico en el último año o le han pedido que deje de conducir? <i>If you drive, have you had a car accident in the last year, or have you been asked to stop driving?</i>		Sí Yes	No No	No manejo <i>I do not drive</i>
4. ¿Con quién vive? <i>Who do you live with?</i>	Solo <i>Alone</i>	Pareja o cónyuge <i>Partner/spouse</i>	Hijos <i>Child</i>	Con padre <i>Parent</i>
	Otros: <i>Other:</i>			
1. ¿Está trabajando o haciendo voluntariado? <i>Are you working or volunteering?</i>		Sí Yes	No No	
Si es afirmativo, ¿qué hace y por cuántas horas a la semana? <i>If you do, what do you do, and for how many hours a week?</i>		< 10	11-20	21+

Seguridad en el hogar *Home safety*

Su hogar, ¿tiene tapetes (alfombras sueltas), iluminación baja, una tina o ducha resbaladiza u otros peligros? <i>Does your home have throw rugs, poor lighting, a slippery bathtub or shower or other hazards?</i>	Sí Yes	No No
---	------------------	-----------------

Riesgo de caídas (cuestionario STEADI – Detención de accidentes, muertes y lesiones de las personas ancianas) *Fall risk (STEADI questions — Stopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries)*

1. ¿Se ha caído durante este año? <i>Have you fallen in the past year?</i>	Sí Yes	No No
a. Si se cayó, ¿cuántas veces? <i>If you have fallen, how many times?</i>		
b. Si se cayó, ¿se lastimó? <i>If you have fallen, were you injured?</i>	Sí Yes	No No
c. ¿Se siente inestable al estar de pie o al caminar? <i>Do you feel unsteady when standing or walking?</i>	Sí Yes	No No
d. ¿Le preocupa caerse? <i>Do you worry about falling?</i>	Sí Yes	No No

Si respondió Sí a cualquiera de las 3 preguntas anteriores, responda también a las siguientes:
If you answered yes to any of the above 3 questions, please also answer the following:

e. ¿Usa (o le han dicho que use) un bastón o una andadera para moverse de manera segura? <i>Do you use (or were you told to use) a cane or walker to get around safely?</i>	Sí Yes	No No
f. ¿Tiene que agarrarse de los muebles cuando se mueve dentro de su casa? <i>Do you have to steady yourself by holding onto furniture when moving about your home?</i>	Sí Yes	No No
g. ¿Necesita empujar con sus manos para levantarse de una silla? <i>Do you need to push with your hands to stand up from a chair?</i>	Sí Yes	No No
h. ¿Tiene dificultad para subir a la banqueta (acera)? <i>Do you have trouble stepping up onto a curb?</i>	Sí Yes	No No
i. ¿A menudo tiene prisa para ir al baño? <i>Do you often have to rush to the toilet?</i>	Sí Yes	No No
j. ¿Ha perdido un poco la sensación en sus pies? <i>Have you lost some of the feeling in your feet?</i>	Sí Yes	No No
k. ¿Toma algún medicamento que le cause mareos o cansancio? <i>Do you take any medicine that makes you feel light-headed or tired?</i>	Sí Yes	No No
l. ¿Toma medicamentos para ayudarlo a dormir o mejorar su estado de ánimo? <i>Do you take medicine to help you sleep or improve your mood?</i>	Sí Yes	No No
m. ¿Siente tristeza o depresión? <i>Do you feel sad or depressed?</i>	Sí Yes	No No

Evaluación de incontinencia *Incontinence screening*

¿Tiene problemas para aguantar la orina o las heces? <i>Do you have trouble holding your bowels or bladder?</i>	Sí Yes	No No
---	------------------	-----------------

Planificación de atención médica anticipada *Advance care planning*

¿Tiene usted una directiva anticipada de atención médica donde designa un representante para su atención médica o un poder notarial de atención médica? <i>Do you have an Advance Directive with designation of a Health Care Representative/Power of Attorney?</i>	Sí Yes	No No	No estoy seguro <i>Not sure</i>
---	------------------	-----------------	---

Nutrición *Nutrition*

1. ¿Cómo está su apetito? <i>How is your appetite?</i>	Mal <i>Poor</i>	Más o menos <i>Fair</i>	Bien <i>Good</i>
2. ¿Ha perdido peso sin querer en el último año? <i>Have you lost weight without meaning to in the last year?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
3. ¿Come 2 porciones o más de vegetales y frutas todos los días? <i>Do you eat two or more servings of fruits and vegetables every day?</i>	No <i>No</i>	Sí <i>Yes</i>	

Ejercicios *Exercise*

¿Cuántos días a la semana hace ejercicios? <i>How many days a week do you exercise?</i>	
Si hace ejercicio: <i>If you exercise:</i> ¿qué hace? <i>What do you do?</i> ¿Aproximadamente cuántos minutos cada vez? <i>For about how many minutes each time?</i>	

Tabaco, alcohol, drogas *Substances*

1. ¿Fuma o mastica tabaco? <i>Do you smoke or chew tobacco?</i> Si lo hace, ¿cuánto y con qué frecuencia? <i>If you do, how much and how often?</i>	Sí <i>Yes</i>	No en la actualidad <i>Not currently</i>	Nunca <i>Never</i>
2. ¿Toma bebidas alcohólicas? <i>Do you drink alcohol?</i> Si toma bebidas alcohólicas, ¿con qué frecuencia y cuánto? <i>If you drink alcohol, how often and how much?</i> Cada una de las bebidas estándar son 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor. <i>Standard drinks are 12 ounces of beer, 5 ounces of wine, or 1.5 ounces of liquor each.</i>	Sí <i>Yes</i>	No en la actualidad <i>Not currently</i> Yo tomo... I drink... Mensual o menos <i>Monthly or less</i> 2-4 veces al mes <i>2-4 times a month</i> 2-3 veces a la semana <i>2-3 times a week</i> 4 veces o más a la semana <i>4 or more times a week</i> Yo tomo... I drink... 1-2 3-4 5-6 7-9 10+ ...bebidas en un día típico cuando estoy bebiendo. <i>...drinks in a typical day when I'm drinking.</i>	Nunca <i>Never</i>
3. ¿Usa drogas recreativas? <i>Do you use any recreational drugs?</i> Si ha usado algo en el último año, enumere. <i>If you've used anything in the last year, please list.</i>	Sí <i>Yes</i>	No en la actualidad <i>Not currently</i>	Nunca <i>Never</i> Marihuana <i>Marijuana</i> Otras <i>Others:</i> _____

Evaluación del estado de ánimo (PHQ-2/9)

Mood screening (PHQ-2/9)

¿Ha tenido dificultad para controlar el estrés? Have you experienced any difficulties managing stress?			No No	Sí Yes
¿Ha tenido problemas para controlar su ira? Have you had problems managing anger?			No No	Sí Yes
¿Durante las últimas 2 semanas, con cuánta frecuencia le ha molestado cualquiera de los siguientes? Marque con un círculo una respuesta para cada pregunta. Over the <i>last 2 weeks</i> , how often have you been bothered by any of the following? Please circle one response for each question.	Ningún día Not at all	Varios días Several days	Más de la mitad de los días More than half the days	Casi todos los días Nearly every Day
1. ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas? Do you have little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
2. ¿Se siente decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas? Do you feel down, depressed or hopeless?	0	1	2	3

► Si el puntaje total de las preguntas anteriores es 3 o más, responda a las siguientes:

► If the total score from the above two questions is 3 or more, please also answer the following:

	Ningún día Not at all	Varios días Several days	Más de la mitad de los días More than half the days	Casi todos los días Nearly every day
3. ¿Tiene dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o duerme demasiado? Do you have trouble falling asleep, staying asleep or are you sleeping too much?	0	1	2	3
4. ¿Se siente cansado(a) o con poca energía? Do you feel tired or have little energy?	0	1	2	3
5. ¿Tiene poco apetito o come en exceso? Do you have poor appetite or overeating?	0	1	2	3
6. ¿Se siente mal con usted mismo(a) o siente que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo(a) o a su familia? Do you feel bad about yourself, or feel that you're a failure or have let yourself or your family down?	0	1	2	3

<p>7. ¿Tiene dificultad para concentrarse en hacer las cosas, como leer o ver televisión? <i>Do you have trouble concentrating on things, such as reading or watching television?</i></p>	0	1	2	3
<p>8. ¿Se mueve o habla tan lento que otras personas lo han notado? O por lo contrario, ¿ha estado nervioso(a) o inquieto(a) que se ha estado moviendo mucho más que lo usual? <i>Do you move or speak so slowly that other people have noticed? Or, the opposite — have you been so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual?</i></p>	0	1	2	3
<p>9. ¿Ha pensado en lastimarse o que estaría mejor muerto(a)? <i>Have you had thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself?</i></p>	0	1	2	3
<p>10. Debido a estos problemas ¿qué tan difícil se le ha hecho el hacer su trabajo, encargarse de los quehaceres del hogar, o llevarse bien con otras personas? <i>How difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?</i></p>	<p>No ha sido difícil <i>Not difficult at all</i></p>		<p>Muy difícil <i>Very difficult</i></p>	
	<p>Algo difícil <i>Somewhat difficult</i></p>		<p>Extremadamente difícil <i>Extremely difficult</i></p>	