

**MEDICARE ANNUAL  
WELLNESS QUESTIONNAIRE - SPANISH**  
CUESTIONARIO ANUAL DE MEDICARE PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE  
PÁGINA 1 DE 2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de archivo médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Sírvase** completar esta lista de verificación antes de ver a su doctor o enfermero.

Sus respuestas nos ayudarán a proporcionarle una mejor atención. También le haremos un examen de la vista.

**Lista de los proveedores que lo atienden actualmente:**  NINGUNO  N/A

- 1) \_\_\_\_\_ Afección: \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ Afección: \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ Afección: \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ Afección: \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_ Afección: \_\_\_\_\_

**Lista de los proveedores actuales de equipo médico (oxígeno, máquina CPAP, etc.)**  NINGUNO  N/A

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Lista de los suplementos actuales incluyendo las dosis:**  NINGUNA  N/A

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Salud general: Marque la respuesta apropiada**

1. En general, ¿diría que su salud es:  Excelente  Muy buena  Buena  Razonable  Deficiente
2. ¿Tiene problemas dentales que no han recibido atención apropiada?  Sí  No
3. ¿Cuántas horas duerme usualmente cada noche? \_\_\_\_\_ horas  
 Sí  No
4. ¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca?  Sí  No
5. ¿Ha notado que tiene dificultad para oír?  Sí  No
6. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas:  Zumbido en el oído  Mareo  Secreción
7. ¿Ha tenido un examen de los ojos recientemente?  Sí  No

Nombre del proveedor del examen de los ojos (Oftalmólogo): \_\_\_\_\_ Fecha del último examen de los ojos: \_\_\_\_\_

**Nutrición**

8. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales comió típicamente cada día? \_\_\_\_\_ porciones al día  
(Una porción = 1 taza de vegetales frescos, 1/2 taza de vegetales cocidos, o 1 trozo mediano de fruta)
9. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o altos en grasa comió típicamente cada día? \_\_\_\_\_ porciones al día  
(Los ejemplos incluyen pollo o pescado frito, tocino, papas fritas, hojuelas de papa frita, donas, alimentos que contienen crema)
10. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de bebidas endulzadas con azúcar (no de dieta) bebió típicamente cada día? \_\_\_\_\_ porciones al día

**Ejercicio**

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días hizo ejercicios? \_\_\_\_\_ días
12. En los días en que hizo ejercicios, ¿por cuánto tiempo los hizo? \_\_\_\_\_ horas al día \_\_\_\_\_ minutos al día
13. ¿Cuál fue la intensidad de un ejercicio típico?  
 Ligero (como estiramientos o caminar lentamente)  Moderado (como caminar a paso ligero)  
 Vigoroso (como trotar o nadar)  Muy intenso (como correr velozmente o subir escaleras)  
 No estoy haciendo ejercicios actualmente

**Alcohol:** Durante las cuatro semanas pasadas, ¿cuál es el promedio de vasos de vino, cerveza u otra bebida alcohólica que ha bebido?

- Ninguno  1 o menos  2 a 5 por semana  6 a 9 por semana  10 o más por semana
- ¿Cuántas veces ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día durante el último año?  
 Nunca  Algunas veces al año  Mensualmente  Semanalmente  A diario o casi a diario

**MEDICARE ANNUAL  
WELLNESS QUESTIONNAIRE - SPANISH**  
CUESTIONARIO ANUAL DE MEDICARE PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE  
PÁGINA 2 DE 2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de archivo médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Tabaco:** En los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco? Fumé:  Sí  No      Productos de tabaco sin humo:  Sí  No  
¿Estaría interesado en dejar de usar tabaco en el transcurso del próximo mes?  Sí  No

**Depresión**

14. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió abatido, deprimido o desesperanzado?

Casi todo el tiempo     La mayor parte del tiempo     Parte del tiempo     Casi nunca

15. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió poco interés o alegría en hacer cosas?

Casi todo el tiempo     La mayor parte del tiempo     Parte del tiempo     Casi nunca

**Seguridad en el hogar**

16. ¿Tiene su casa lo siguiente?:

F alfombras en los pasillos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	F pasamanos en las escaleras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
F barras para sujetarse en el baño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	F buena iluminación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Actividades de la vida diaria**

17. Durante los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda con actividades diarias como sentarse, vestirse, arreglo personal, bañarse, caminar o usar el baño?

Sí     No    Si respondió que sí, ¿en cuál de estas áreas?: \_\_\_\_\_

18. Durante los pasados 7 días, ¿necesitó ayuda con tareas como lavar ropa, labores domésticas, actividades bancarias, hacer compras, preparación de alimentos, transportarse o tomar sus medicamentos?

Sí     No    Si respondió que sí, ¿en cuál de estas áreas: \_\_\_\_\_

19. ¿Necesita ayuda para girar cheques o manejar sus finanzas     Sí     No

20. ¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?     Sí     No     Algunas veces

21. ¿Se ha caído dos o más veces durante el último año?     Sí     No

22. ¿Tiene directivas adelantadas de salud o un formulario POLST?     Sí     No

a. Si respondió que sí, ¿ha habido algún cambio?     Sí     No

b. Si respondió que no, ¿quiere recibir información adicional?     Sí     No

**Además del examen preventivo gratuito de Medicare, me gustaría que el proveedor tratara lo siguiente, de haber tiempo:**

Entiendo que se aplicará mi copago personal regular, deducible o coseguro, ya que lo indicado a continuación son visitas facturables por separado.

Sí, por favor, revise la siguiente información     No, gracias, no en este momento. No tengo otras preocupaciones sobre mi salud.

**Afecciones crónicas:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Pedido para resurtir medicamentos actuales:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Problemas nuevos: Por favor, incluya los síntomas y la duración**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Sírvase firmar aquí en señal de conformidad con lo aquí indicado: (Paciente, representante legal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si firma una persona que no es el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Reviewed by (Provider): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_