

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 Alone	Pareja o cónyuge Partner/ spouse	Hijos Child	Con padre Parent
	Otros: Other:			
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)

<p>¿Ha tenido dificultad para controlar el estrés? Have you experienced any difficulties managing stress?</p>			No No	Sí Yes
<p>¿Ha tenido problemas para controlar su ira? Have you had problems managing anger?</p>			No No	Sí Yes
<p>¿Durante las últimas 2 semanas, con cuánta frecuencia le ha molestado cualquiera de los siguientes? Marque con un círculo una respuesta para cada pregunta. <i>Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following? Please circle one response for each question.</i></p>	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
<p>1. ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas? <i>Do you have little interest or pleasure in doing things?</i></p>	0	1	2	3
<p>2. ¿Se siente decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas? <i>Do you feel down, depressed or hopeless?</i></p>	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
<p>3. ¿Tiene dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o duerme demasiado? <i>Do you have trouble falling asleep, staying asleep or are you sleeping too much?</i></p>	0	1	2	3
<p>4. ¿Se siente cansado(a) o con poca energía? <i>Do you feel tired or have little energy?</i></p>	0	1	2	3
<p>5. ¿Tiene poco apetito o come en exceso? <i>Do you have poor appetite or overeating?</i></p>	0	1	2	3
<p>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? <i>Do you feel bad about yourself, or feel that you're a failure or have let yourself or your family down?</i></p>	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>	