

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, ¿cuántas veces acudió a un médico o a una clínica?

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

¿Siente que tiene un apoyo social/emocional adecuado?

- Sí
- No

¿Tiene un alto nivel de estrés o dificultades 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, ¿se ha visto afectado por fugas accidentales de orina?

- 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

¿Alguna vez 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 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 No aplica

¿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?

- Dos o más caídas en el último año o una caída con lesión en el último año
 Ninguna caída en el último año, o una caída sin lesiones en el último año

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 | | |