utica park clinic

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

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		