

INFORMACIÓN DE EL PACIENTE

Nombre del

Paciente: _____
 Primer nombre M Apellido Sufijo

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino Otro: _____

Número de Teléfono: ____ - ____ - ____

Domicilio: _____
 Apto./Paso/Unidad

 Ciudad Estado Código Postal

CUESTIONARIO

Escala de Dolor:

1. En una escala del 1 al 10, donde 10 es el peor dolor imaginable, ¿cuál fue el nivel de dolor promedio que experimentó? (Marque una opción) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detección de depresión:

¿En las últimas 2 semanas has sentido poco interés o placer al hacer cosas?	SÍ	NO
Durante las últimas 2 semanas ¿te has sentido deprimido, desanimado o sin esperanza?	SÍ	NO

SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS 2 PREGUNTAS ANTERIORES, COMPLETE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO.

Durante las últimas 2 semanas, ¿ha experimentado:	De ningún modo (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
Poco interés o placer en hacer cosas.				
Sentirse deprimido, desesperanzado				
Dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado				
Sentirse cansado o tener poca energía.				
Falta de apetito o comer en exceso				
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.				
Dificultad para concentrarse en cosas como leer o mirar televisión.				
Moverse o hablar lentamente, algo que otras personas han notado, o estar inquieto o más inquieto.				
Pensamientos de que estarías mejor muerto o pensamientos de hacerte daño de alguna manera.				

TOTAL _____

Salud general:

1. ¿Cómo calificaría su salud? (Marque una) Excelente Muy Bueno Bueno Regular Malo
2. ¿Cuántos días a la semana haces ejercicio? ____
3. ¿Se siente aislado de su familia y amigos? (Marque una) Sí No
4. ¿Actualmente es sexualmente activo? (Marque una) Sí No
- a. Si es así, ¿tiene algún problema con su salud sexual? (Marque una) Sí No
5. ¿Tiene alguna barrera para tomar sus medicamentos? (Marque una) Sí No
6. ¿Tiene problemas para retener la orina o las heces? (Marque una) Sí No
7. ¿Tiene directivas anticipadas? (Marque una) Sí No

Audición/Visión:

	SÍ	NO
¿Tiene problemas para escuchar la televisión o la radio?		
¿Se le dificulta escuchar/entender las conversaciones?		
¿Tiene usted problemas con su visión?		

Actividades de la vida diaria:

	SÍ	NO
¿Vives solo?		
¿Tiene problemas para hacer compras o adquirir alimentos?		
¿Tiene problemas para bañarse o ducharse?		
¿Tiene problemas con las tareas domésticas ligeras?		
¿Tiene problemas para preparar comidas?		
¿Tiene problemas para administrar sus finanzas?		
¿Tiene problemas con el transporte?		

Equilibrio/Memoria:

	SÍ	NO
¿Tiene usted o le han dicho que tiene problemas con su memoria?		
¿Tiene problemas de equilibrio o caídas?		
¿Ha sufrido alguna caída en el último año? (2 puntos)		
¿Le han recomendado utilizar o utiliza actualmente un bastón o andador?(2 puntos)		
¿Te sientes inestable al caminar?		
¿Te mantienes firme agarrándote de los muebles?		
¿Estás preocupado por caerte?		
¿Necesitas empujar con las manos para levantarte de una silla?		
¿Tiene usted problemas para subir a la acera?		

	SÍ	NO
¿Tienes que correr para ir al baño?		
¿Tiene pérdida de sensibilidad en los pies?		
¿Toma usted medicamentos que le hacen sentir mareado o más cansado de lo habitual?		
¿Toma usted medicamentos para dormir o mejorar el estado de ánimo?		
¿A menudo te sientes triste o deprimido?		

TOTAL _____

Determinantes sociales de la salud: ¿Le gustaría recibir ayuda con alguno de los siguientes temas?
(Marque todas las opciones que correspondan)

Alimento	Servicios dentales	Reembolso de deudas/préstamos
Alojamiento	Servicios de visión	Cuestiones jurídicas
Transporte	Beneficios públicos	Empleo
Utilidades	Actividades de la vida diaria	Otro
Medicamentos/Suministros	Cuidado de los niños	

Historia social:

1. ¿Cuál es su estado civil? Soltero | Casado | Viudo | Divorciado | Separado
2. En las últimas 4 semanas ¿cuántas bebidas alcohólicas has consumido? _____

	SÍ	NO
¿Consume alguna droga recreativa o ilícita?		
¿Utiliza alguna forma de tabaco o nicotina?		
¿Tiene usted tos crónica?		
¿Tiene dificultad para respirar?		
¿Ha fumado más de un paquete al día durante más de 10 años?		
¿Ha utilizado oxígeno suplementario en los últimos 6 meses?		

Lista de verificación preventiva:

	Necesito (T/N)		Fecha de última recepción	Resultados
Examen anual	Sí	No		
Detección de cáncer colorrectal (marque tipo de prueba)				
Prueba de heces anual (FOBT/FIT)	Sí	No		
Cologuard (prueba de ADN en heces)	Sí	No		
Colonografía por TC (tomografía computarizada)	Sí	No		
Colonoscopia (con un gastroenterólogo)	Sí	No		

	Necesito (T/N)		Fecha de última recepción	Resultados
Detección cardiovascular (presión arterial, colesterol, lípidos/grasas)	Sí	No		
Detección de diabetes (A1c)	Sí	No		
Examen de la vista para diabéticos Ubicación: _____	Sí	No		
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal (prueba de Papanicolaou)	Sí	No		
Detección del cáncer de mama (mamografía)	Sí	No		
Medición de la masa ósea (densidad ósea)	Sí	No		
Vacuna contra la gripe	Sí	No		
Vacuna contra la hepatitis B	Sí	No		
Vacuna antineumocócica	Sí	No		
Vacuna Shingrix	Sí	No		
Virus Respiratorio Sincitial (VRS)	Sí	No		
Vacuna para el COVID-19	Sí	No		
Otro: _____	Sí	No		

Otros proveedores de tratamiento:

Nombre del proveedor	Especialidad