



Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Visita de bienestar de Medicare

Estimado paciente:

Sus beneficios de Medicare incluyen una consulta de bienestar anual para ayudar a prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana. Su consulta anual de bienestar es un beneficio gratuito de Medicare. Durante esta consulta, el prestador:

- Se concentrará en la medicina preventiva.
- Se enfocará en identificar los factores que pueden representar un riesgo de padecer otros problemas médicos. El prestador trabajará con usted para reducir estos riesgos.
- Revisará sus antecedentes médicos, medicamentos y confirmará los nombres de cualquier otro prestador médico que usted consulte.
- Trabjará con usted para establecer un plan de prevención personal a fin de prevenir o identificar problemas médicos.

**** Esta consulta de bienestar se proporciona gratuitamente, pero no incluye el costo del tratamiento médico y no es igual a una "exploración física anual". Si se proporciona tratamiento médico, su seguro puede requerir que se aplique un copago por visita al consultorio. De ser necesario, se programará una consulta de seguimiento para abordar cualquier problema o inquietud adicionales. ****

Firma del paciente

Fecha

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Cuestionario físico anual

Enumere a continuación los nombres de todos los médicos actuales:

Nombre y apellido del médico	Especialidad	Nombre y apellido del médico	Especialidad

¿Ha acudido a la sala de emergencias o al hospital durante el último año? En caso afirmativo, proporcione detalles:

Fecha	Hospital/Sala de emergencias	Motivo de la admisión

¿Algún miembro de su familia inmediata ha tenido algún cambio de salud? Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

¿Ha cambiado su estado de ánimo? Sí No

¿Alguna vez se ha sentido preocupado, ansioso o triste? Sí No

¿Es sexualmente activo? Sí No

Marque todas las opciones que correspondan:

Una pareja Parejas múltiples Con mujeres Con hombres Ambos sexos

Si nació entre 1945 y 1965, ¿se le han realizado pruebas de detección de hepatitis C? Sí No

¿Cuándo fue la última?

	Fecha		Fecha
Colonoscopia		Mamografía	
Colesterol		Prueba de Papanicolaou	
Antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)		Densitometría ósea	
Detección de glaucoma		Detección de aneurisma aórtico abdominal	

Vacunas:

	Fecha		Fecha
Tétano (Td o TDAP)		Neumonía (Pneumovax23)	
Gripe (Influenza)		Herpes zóster (Zostavax)	

¿Cuenta con un testamento vital o voluntades anticipadas? *En ese caso, presente una copia* Sí No



Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Consulta de bienestar de Medicare: Evaluación de riesgos para la salud

Complete esta lista de control antes de consultar a su médico o enfermero. Sus respuestas lo ayudarán a recibir la mejor atención médica posible.

1. ¿Cómo se ha sentido durante las últimas cuatro semanas?
 - Muy bien; difícilmente podría sentirme mejor
 - Bastante bien
 - A veces bien, a veces mal
 - Bastante mal
 - Muy mal; difícilmente podría sentirme peor
2. En general, ¿cómo es su salud?
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
3. ¿Cuál es el estado de su boca y piezas dentales? Incluya dentaduras postizas o prótesis.
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
4. ¿Cómo se encuentra su vista?
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
5. ¿Cómo se encuentra su audición?
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
6. En los últimos siete días, ¿cuánto dolor ha sentido?
 - Nada
 - Algo
 - Mucho
7. ¿Fuma?
 - Sí
 - No
8. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos vasos de vino, cerveza u otro tipo de bebida alcohólica consumió?
 - 10 o más
 - de 6 a 9 vasos por semana
 - de 2 a 5 vasos por semana
 - 1 vaso por semana o menos
 - No tomo nada en absoluto
9. ¿Alguna vez conduce después de beber o viaja con conductores que beben?
 - Sí
 - No

¿Practica ejercicio durante veinte minutos, tres o más días por semana?

 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, algunas veces
 - Actualmente no practico ejercicio
10. En las últimas cuatro semanas, ¿cuál fue el tipo de actividad física más intensa que pudo practicar durante al menos dos minutos?
 - Muy intensa
 - Intensa
 - Moderada
 - Leve
 - Muy leve
11. ¿Ingiere tres comidas al día?
 - Sí
 - No: _____
12. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras ingiere en un día típico?
_____ porciones por día
13. ¿Cuántas porciones con elevado contenido de fibra o granos enteros ingiere en un día típico?
_____ porciones por día

	Sí	No
14. ¿Puede llegar a lugares a pie sin ayuda?		
15. ¿Puede comprar comestibles o ropa sin ayuda?		
16. ¿Puede prepararse sus propios alimentos?		
17. ¿Puede manipular su dinero sin ayuda?		
18. ¿Necesita ayuda con sus medicamentos?		
19. ¿Necesita ayuda para comer, bañarse, vestirse o moverse en su casa?		

20. ¿Con qué frecuencia el estrés es un problema para usted en relación a...

- su salud?
- sus finanzas?
- su familia o amigos?
- su empleo?

- Casi todo el tiempo
 La mayor parte del tiempo
 Algunas veces
 Casi nunca

21. En las últimas cuatro semanas, ¿ha estado preocupado por problemas emocionales como sentirse ansioso, deprimido, irritable, triste, enojado, desanimado o melancólico?

- Casi todo el tiempo
 La mayor parte del tiempo
 Algunas veces
 Casi nunca

22. En las últimas cuatro semanas, ¿su salud física o emocional han restringido sus actividades con su familia o amigos?

- Sí
 No

23. ¿Tiene a alguna persona disponible para ayudarlo si necesita o desea ayuda, si se siente nervioso o solo, se enferma y debe quedarse en la cama o necesita ayuda con las tareas del hogar?

- Sí
 No: _____

24. ¿Tiene problemas de memoria?

- Sí
 No

25. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido somnoliento durante el día?

- Casi todo el tiempo
 La mayor parte del tiempo
 Algunas veces
 Casi nunca

26. ¿Cuántas horas duerme en una noche normal?

_____ horas por noche

27. ¿Se despierta por la noche?

- Sí
 No

28. ¿Su hogar presenta algún peligro que pueda lastimarlo (como alfombras sueltas o poca iluminación)?

- Sí
 No

29. ¿Se ha caído dos o más veces en el último año?

- Sí
 No

30. ¿Tiene miedo de caerse o tiene problemas de equilibrio?

- Sí
 No

31. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para tomar sus medicamentos de la forma en que se le ha sido indicada?

- No tomo medicamentos
 Siempre los tomo como se me ha indicado
 A veces los tomo como se me ha indicado
 Rara vez los tomo como se me ha indicado

32. ¿Tiene alguna dificultad para conducir su automóvil?

- Sí, con frecuencia
 A veces
 Ninguna
 No conduzco un automóvil

33. ¿Se coloca el cinturón de seguridad cuando está en el automóvil?

- Siempre
 A menudo
 Nunca

34. ¿Usa protector solar, gafas de sol y ropa protectora cuando está al sol?

- Sí
 No

35. ¿Qué tan seguro está de que puede controlar y gestionar la mayoría de sus problemas de salud?

- Muy seguro
 Algo seguro
 No estoy seguro
 No tengo problemas de salud



Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

(Encierre en un círculo la respuesta)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o quedarse dormido; o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal con usted mismo; o sentir que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en actividades, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían notarlo. O lo opuesto, estar tan nervioso o inquieto que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto; o pensamientos de lastimarse o lastimar a otros	0	1	2	3

Agregar columnas _____ + _____ + _____ + _____

TOTAL _____

(Nuevamente, encierre en un círculo la respuesta)

10. Si marcó alguno de los problemas mencionados anteriormente, ¿a qué punto esos problemas dificultaron que usted pueda hacer su trabajo, hacerse cargo de las tareas en el hogar o pueda llevarse bien con otras personas?	No me han dificultado para nada	Me han dificultado un poco	Me han dificultado mucho	Me han dificultado al extremo
--	---------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------

(Profesional de la salud: para la interpretación del TOTAL, consulte la tarjeta de puntuación)