

Documentación del paciente

|                            |
|----------------------------|
| Nombre: _____              |
| Fecha de nacimiento: _____ |
| Fecha de hoy: _____        |

**Visita de buena salud de Medicare**

Sus beneficios de Medicare incluyen una visita anual de prevención. A la edad de 65 años hasta que cumpla 66, se le permite una visita de prevención de “Bienvenido a Medicare”. Ahora, a partir de 2011, usted también puede hacer una Visita anual de buena salud. La visita anual de buena salud es pagada completamente por Medicare sin un deducible o copago.

**Durante esta visita, su médico:**

- Se concentrará en la medicina preventiva.
- Se centrará en la identificación de factores que pueden representar un riesgo de problemas médicos adicionales, y trabajará con usted para reducir estos riesgos.
- Examinará sus problemas médicos, medicamentos y otros médicos con los que usted consulte; le preguntará sobre la depresión y las discapacidades; y recomendará programas para evaluación adicional, incluidas pruebas personalizadas para los hallazgos de su visita.

**\*\* El examen de prevención de la Visita de buena salud se proporciona sin ningún costo para usted, pero no incluye el costo del tratamiento médico. Si es necesario, se programará una cita de seguimiento para abordar los problemas o inquietudes adicionales. \*\***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Documentación del paciente para AWW y Visita preventiva para adultos (Examen físico anual para adultos)**

|                            |
|----------------------------|
| Nombre: _____              |
| Fecha de nacimiento: _____ |
| Fecha de hoy: _____        |

**Cuestionario anual sobre estado físico**

Enumere a continuación los nombres de todos los médicos actuales:

| Nombre del médico | Especialidad | Nombre del médico | Especialidad |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
|                   |              |                   |              |
|                   |              |                   |              |
|                   |              |                   |              |

¿Ha estado en la sala de emergencias o en el hospital en el último año? En caso de que sí, brinde detalles:

| Fecha | Hospital/Sala de emergencias | Razón del ingreso |
|-------|------------------------------|-------------------|
|       |                              |                   |
|       |                              |                   |

¿Alguien de su familia inmediata ha tenido algún cambio en su salud?  Sí  No  
 En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su humor?  Sí  No

¿Alguna vez se siente preocupado/a, ansioso/a o triste?  Sí  No

¿Es sexualmente activo/a?  Sí  No

Marque todas las que correspondan:  Una pareja  Varias parejas  Con mujeres  Con hombres  Ambos

Si nació entre 1945 y 1965, ¿se le realizó un análisis de Hepatitis C?  Sí  No

Quando fue su examen o prueba para los siguientes:

| Para                     | Examen                     | Fecha | Para                        | Examen                                | Fecha |
|--------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------|---------------------------------------|-------|
| <b>Hombres y mujeres</b> | <b>Hombres y mujeres</b>   |       | <b>Mujeres</b>              | Mamografía                            |       |
|                          | Colonoscopia               |       |                             | Papanicolaou                          |       |
|                          | Examen de glaucoma         |       |                             | Densidad ósea (DEXA)                  |       |
| <b>Hombres</b>           | Niveles prostáticos: PSA   |       | <b>Hombres</b>              | PSA                                   |       |
| <b>Fumadores</b>         | Examen de cáncer de pulmón |       | <b>Hombres ex fumadores</b> | Examen de aneurisma aórtico abdominal |       |

Inmunizaciones:

|                     | Fecha |                                 | Fecha |
|---------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Tétanos (Td o TDAP) |       | Neumonía (Prevna13/Pneumovax23) |       |
| Gripe (Influenza)   |       | Culebrilla (Shingrix)           |       |

¿Tiene un testamento vital o una directiva anticipada? \*En caso afirmativo, traiga una copia con usted\*  Sí  No



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han molestado cualquiera de los siguientes problemas?

(Marque su respuesta encerrándola con un círculo)

|  | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|-----------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o placer al hacer cosas  | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 2. Sentirse decaído, deprimido/a o sin esperanzas  | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 3. Dificultad para dormirse o permanecer dormido/a; o dormir demasiado   | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 4. Sentirse cansado/a o tener poca energía   | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 5. Poco apetito o comer en exceso  | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 6. Sentirse mal con usted mismo/a; o sentir que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo/a o a su familia   | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 7. Dificultades para concentrarse en cosas, como leer el diario o mirar televisión   | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 8. Moverse o hablar tan lento o bajo que las demás personas no podrían haberlo notado. O lo opuesto, estar tan inquieto o agitado que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor si estuviera muerto/a; o pensamientos de hacerse daño a sí mismo/a o a los demás  | 0         | 1           | 2                           | 3                   |

Sume las columnas      \_      +      +      +      \_

TOTAL      \_\_\_\_\_

(Marque su respuesta encerrándola con un círculo una vez más)

|  |                   |                 |             |                        |
|--|-------------------|-----------------|-------------|------------------------|
| 10. Si marcó con un círculo alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil ha sido para usted realizar tareas, ocuparse de las cosas del hogar o llevarse bien con otras personas a causa de dichos problemas? | Para nada difícil | Un poco difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |
|--|-------------------|-----------------|-------------|------------------------|

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

**Documentación del paciente**

Para ser enviado al paciente y completado como parte del proceso de comprobación Escanear para realizar un cuadro

Enviado al paciente a través del Portal o correo postal

|                            |
|----------------------------|
| Nombre: _____              |
| Fecha de nacimiento: _____ |
| Fecha de hoy: _____        |

**Visita de buena salud de Medicare: prescripción de buena salud**

Indique en el espacio a continuación sus objetivos de salud para el próximo año. La lista de puntos a continuación podría resultarle útil al establecer sus objetivos:

---

---

---

---

[ ] **Consumo de tabaco:** usted ha indicado que está listo/a para dejar de fumar/consumir tabaco

- Fije una fecha para dejar de fumar: \_\_\_\_\_
- Cambie cuándo, dónde y cuánto fuma
- Quizá haya decidido usar un medicamento como ayuda; consulte el folleto.
- Regrese al consultorio para continuar la discusión en \_\_\_\_ semanas.

[ ] **Nivel de actividad:** usted ha indicado que desea aumentar su nivel de actividad.

- Su nivel de actividad actual es \_\_ minutos \_\_ por semana.
- Aumente su nivel de actividad actual con un objetivo de al menos 30 minutos diarios.
- \*\*Los expertos recomiendan al menos 30 minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana, pero no es necesario que haga los 30 minutos juntos. Pruebe caminar 15 minutos dos veces al día o 10 minutos 3 veces al día. Para la mayoría de las personas, caminar es una de las actividades más fáciles de hacer. Si caminar no es su idea de pasar un buen rato, pruebe hacer jardinería o bailar; ir de pesca o nadar. La actividad debe ser placentera y buena para usted.\*\*

[ ] **Control del peso:** usted ha indicado que desea bajar de peso. Para alcanzar este objetivo de una forma saludable:

- Coma una comida bien equilibrada; consulte los folletos
- Aumente el ejercicio: consulte arriba para obtener más detalles.
- Regrese al consultorio en \_\_ semanas para continuar la discusión.

[ ] **Prevención de caídas:** durante su visita el día de hoy se ha observado que usted tiene un mayor riesgo de sufrir caídas:

- Retire todas las alfombras de su hogar.
- Instale barras de donde agarrarse en el baño/ducha/área del inodoro.

[ ] **Hipertensión arterial:**

- Bajo contenido de sal (dieta DASH); consulte el folleto.
- Baje de peso adoptando hábitos de estilo de vida más saludables; consulte el folleto.

[ ] **Colesterol alto:**

- Dieta con bajo contenido de grasa; consulte el folleto.
- Baje de peso adoptando hábitos de estilo de vida más saludables; consulte más arriba.

**Documentación del paciente**

**ESTO ES OBLIGATORIO, esto se debe enviar al paciente**

**y debe ser completado antes de la visita al proveedor**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Visita de buena salud de Medicare: prescripción de buena salud**

**Complete esta lista de verificación antes de ver a su médico o enfermero. Sus respuestas le ayudarán a recibir la mejor atención médica posible.**

1. ¿Cómo han estado yendo las cosas para usted durante las últimas 4 semanas?
  - Muy bien, difícilmente podrían ir mejor
  - Bastante bien
  - Bien y mal están prácticamente equilibrados
  - Bastante mal
  - Muy mal, no podría estar peor
2. En general, ¿cómo está su salud?
  - Excelente
  - Muy bien
  - Bien
  - Aceptable
  - Mal
3. ¿En qué estado se encuentran su boca y sus dientes, incluidos los dientes postizos o dentaduras?
  - Excelente
  - Muy bien
  - Bien
  - Aceptable
  - Mal
4. ¿Cómo está de la vista?
  - Excelente
  - Muy bien
  - Bien
  - Aceptable
  - Mal
5. ¿Cómo está su audición?
  - Excelente
  - Muy bien
  - Bien
  - Aceptable
  - Mal
6. En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor ha sentido?
  - Nada
  - Algo
  - Mucho
7. ¿Fuma?
  - Sí
  - No, y si alguna vez lo hizo, ¿cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuántas copas de vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas bebió en promedio?
  - 10 o más
  - 6-9 bebidas por semana
  - 2-5 bebidas por semana
  - 1 o menos bebidas por semana
  - No bebo
9. ¿Alguna vez conduce después de beber o viaja con un conductor que ha bebido?
  - Sí
  - No
10. ¿Hace ejercicio por aproximadamente 20 minutos 3 o más días a la semana?
  - Sí, la mayoría de las veces
  - Sí, algunas veces
  - Actualmente no estoy haciendo ejercicio
11. En las últimas 4 semanas, ¿cuál fue la actividad física más difícil que pudo realizar por al menos 2 minutos?
  - Muy intensa
  - Intensa
  - Moderada
  - Leve
  - Muy leve
12. ¿Come tres comidas al día?
  - Sí
  - No: \_\_\_\_\_
13. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come en un día habitual?  
Porciones por día: \_\_\_\_\_
14. ¿Cuántas porciones de cereales integrales o con alto contenido de fibras come en un día habitual?  
Porciones por día: \_\_\_\_\_

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 15. ¿Puede ir a lugares que quedan más lejos que la distancia de caminata (usando el transporte público o manejando) sin necesidad de ayuda? |    |    |
| 16. ¿Puede comprar comestibles o ropa sin ayuda?   |    |    |
| 17. ¿Puede preparar sus propias comidas?   |    |    |
| 18. ¿Puede manejar su dinero sin ayuda?  |    |    |
| 19. ¿Necesita ayuda con sus medicamentos?  |    |    |
| 20. ¿Necesita ayuda para comer, bañarse, vestirse o moverse por su hogar?  |    |    |

21. ¿Qué tan a menudo el estrés es un problema para usted:

- Su salud
- Sus finanzas
- Su familia o amistades
- Su trabajo

- Casi todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Casi nunca

22. En las últimas cuatro semanas, ¿cuánto le han molestado los problemas emocionales tales como sentirse ansioso, deprimido, irritable, triste, enojado, abatido o decaído?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Casi nunca

23. En las últimas cuatro semanas, ¿su salud física o emocional ha limitado sus actividades con su familia o amigos?

- Sí
- No

24. ¿Tiene a alguien disponible para ayudarlo/a si necesita o desea recibir ayuda; si se sintiera nervioso/a o solo/a, si se enfermara y tuviera que quedarse en la cama, o si necesitara a alguien para que le ayude con los quehaceres domésticos?

- Sí
- No: \_\_\_\_\_

25. ¿Tiene problemas de memoria?

- Sí
- No

26. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan a menudo se sintió con sueño durante el día?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Casi nunca

27. ¿Cuántas horas duerme en una noche habitual?  
\_\_\_\_\_ horas por noche

28. ¿Se despierta por la noche?

- No
- Sí, ¿qué tan a menudo? \_\_\_\_\_

29. ¿En su hogar hay peligros que podrían causarle una lesión, como alfombras sueltas, poca iluminación, etc.?

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

32. ¿Qué tan a menudo tiene problemas para tomar sus medicamentos de la manera en que le indicaron que los tome?

- No tomo medicamentos
- Siempre los tomo de la manera en que me indicaron
- A veces los tomo como me lo indicaron
- Pocas veces los tomo de la manera en que me indicaron

33. ¿Tiene dificultades para manejar su automóvil?

- Sí, a menudo
- A veces
- Ninguna
- No manejo

34. ¿Usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un auto?

- Siempre
- Generalmente
- Nunca

35. ¿Usa protector solar, anteojos de sol o ropa de protección cuando se expone al sol?

- Sí
- No

36. ¿Cuánta confianza tiene de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?

- Mucha confianza
- Algo de confianza
- Nada de confianza
- No tengo problemas de salud