



# CONSULTA PREVENTIVA ANUAL DE MEDICARE

Sierra Vista Hospital & Clinics  
800 East 9th Avenue, Truth or Consequences NM 87901  
Hospital: 575.894.2111 Clínica: 575.894.3221

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Proveedores de atención médica/Especialistas

Nombre del proveedor	Especialidad	Motivo de la consulta con el proveedor

## Dispositivos médicos (marque si corresponde)

Ninguno		Marcapasos
Desfibrilador cardioversor implantable		Otro
Bomba de insulina		
Bomba para medicación		

## Equipo médico duradero (marque si corresponde)

Oxígeno		Inodoro portátil		Inmovilizador
Andador		CPAP		Otro
Silla de ruedas		Espirometría		
Cama		Férula		

## Salud bucal (marque con un círculo si corresponde)

¿Examen odontológico en los últimos 12 meses?  Sí  No

Problemas dentales:  Ninguno  Dolor de dientes  Dolor de encías  Dientes astillados o faltantes  
 Otros \_\_\_\_\_

## Desde la última visita

¿Ha estado hospitalizado(a) desde su última visita?  Sí  No

En caso afirmativo, cuándo, dónde y por qué afecciones: \_\_\_\_\_

---

**¿Tiene usted un documento de directiva anticipada, un testamento vital o un poder notarial para asuntos médicos?  Sí  No**

Tráigalo a su cita para que puedan agregar una copia a su historia clínica.

### **Abuso de sustancias**

¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?

- Nunca                     Una vez al mes o menos                     2-4 veces al mes  
 2-3 veces por semana     4 o más veces por semana

¿Tiene algún antecedente personal de abuso de sustancias?

- Alcohol  Drogas ilegales  Medicamentos recetados

## **Cuestionario de evaluación de riesgos de salud**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

En las últimas dos semanas, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

1. Poco interés o placer en realizar actividades  Sí  No
2. Sentirse triste, deprimido o desesperanzado  Sí  No
3. ¿Hay peligros en su casa que podrían causarle daño?  Sí  No
4. ¿Sufrió alguna caída el año pasado?  Sí  No
5. ¿Le preocupa sufrir una caída?  Sí  No
6. ¿Utiliza un bastón o un andador?  Sí  No
7. ¿Necesita a alguien que le ayude a levantarse por la mañana?  Sí  No
8. En las últimas 4 semanas, ¿se ha caído o se ha sentido mareado(a) al ponerse de pie?  Sí  No
  
9. Debido a algún problema de salud, ¿necesita la ayuda de otra persona para sus necesidades de cuidado personal (es decir, comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa)?  
 Sí  No
10. ¿Tiene problemas para tomar o recordar sistemáticamente tomar todos sus medicamentos según lo indicado?  Sí  No
  
11. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido dolor?  Sí  No  
Localización principal del dolor: \_\_\_\_\_

Escala de valoración numérica:

Leve

Moderado

Grave

Insoportable

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

12. ¿Puede llegar a lugares que no estén a poca distancia sin ayuda? (Por ejemplo, ¿puede viajar solo en autobuses o taxis o conducir su propio automóvil?)  Sí  No
13. ¿Puede ir a comprar comida o ropa sin la ayuda de nadie?  Sí  No
14. ¿Pueden prepararse sus propias comidas?  Sí  No
15. ¿Puede hacer sus tareas domésticas sin ayuda?  Sí  No
16. ¿Puede manejar su propio dinero sin ayuda?  Sí  No
17. ¿Puede llevar un control de sus propios medicamentos sin ayuda?  Sí  No

18. ¿Cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas?

---

---

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?
- Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala
20. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hubo alguien disponible para ayudarle si necesitaba y quería ayuda?
- Sí, todo lo que quería  Sí, bastante  
 Sí, algo  Sí, un poco  No, para nada
21. Durante las últimas cuatro semanas, ¿su salud física y emocional ha limitado sus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos?
- Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante  Sumamente
22. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Marque TODAS las opciones que correspondan)
- Problemas sexuales:  Con frecuencia  A veces  Nunca  
 Problemas para comer bien:  Con frecuencia  A veces  Nunca  
 Problemas con los dientes o prótesis dentales:  Con frecuencia  A veces  Nunca  
 Problemas al usar el teléfono:  Con frecuencia  A veces  Nunca
23. ¿Qué grado de confianza tiene en que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?
- No tengo ningún problema de salud  Mucha confianza  
 Algo de confianza  Poca confianza
24. ¿Tiene dificultades para conducir su automóvil?
- Sí  No  N/C  A veces  Con frecuencia
25. ¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?
- Siempre  A veces  Nunca

---

Firma del paciente\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha