



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)

<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	Desfibrilador cardioversor implantable	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Bomba de insulina	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bomba para medicación	<input type="checkbox"/>	

Equipo médico duradero (marque si corresponde)

<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	Inodoro portátil	<input type="checkbox"/>	Inmovilizador
<input type="checkbox"/>	Andador	<input type="checkbox"/>	CPAP	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Espirometría	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cama	<input type="checkbox"/>	Férula	<input type="checkbox"/>	

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