



Franciscan Healthcare

Cuestionario Anual de Visitas de Bienestar

Para garantizar una coordinación óptima de la atención, enumere todos los proveedores que ve regularmente.

Proveedores involucrados en su atención médica	Especialidad

Dispositivos médicos y equipos médicos duraderos: verifique todo lo que corresponda

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Espitometría |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardioversor implantable | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Inmovilizador |
| <input type="checkbox"/> Bomba de Insulina | <input type="checkbox"/> Silla de Rueda | <input type="checkbox"/> Inmovilizador |
| <input type="checkbox"/> Bomba de Meciamientos | <input type="checkbox"/> Cama (hospital) | <input type="checkbox"/> Inodoro |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> CPAP | <input type="checkbox"/> CGM |
| <input type="checkbox"/> Otros: | | |

Exámenes de diagnóstico

¿Te has hecho una colonoscopia? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿Dónde se realizó la colonoscopia? _____

Mujeres- ¿Te has hecho una mamografía? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿Dónde se realizó la mamografía? _____

¿Le han realizado un escaneo Dexa? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿Dónde se realizó su escaneo Dexa? _____

Dormir

¿Roncas fuerte? ☐ Sí ☐ No

¿A menudo se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el día? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien te ha observado dejar de respirar mientras duermes? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta? ☐ Sí ☐ No

Historial del consumo de Alcohol

¿Tomastes una bebida que contenía alcohol en el ultimo año? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol en el último año?

☐ mensual o menos ☐ 2 to 4 veces al mes ☐ 2 to 3 veces por semana ☐ 4 o más veces a la semana



Franciscan Healthcare

En caso afirmativo, ¿Cuántas bebidas tomastes en un día típico, ¿cuando estabas bebiendo el año pasado? ☐ 1 o 2 ☐ 3 o 4 ☐ 5 o 6 ☐ 7 a 9 ☐ 10 o más

En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia tomó seis o más bebidas en una ocasión en el último año? ☐ Nunca ☐ Menos de un mes ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Diario o casi diario

Historial de Consumo de Tobacco

¿Ha fumado tabaco o lo consume?

☐ Nunca ☐ Actualmente ☐ Anterior

Si es fumador anterior o actual, ¿Cuántos cigarros por día fuma? # _____

¿Cuántos años ha fumado o fumó?

Edad cuando Inicio _____ Edad cuando dejó de fumar _____ # _____

¿Ha consumido o consume tabaco sin humo?

☐ Nunca ☐ Actualmente ☐ Anterior

¿Has usado o usas cigarillos Electrónicos (Vaping)?

☐ Nunca ☐ Actualmente ☐ Anterior

¿Ha consumido o consume sustancias ilícitas?

☐ Nunca ☐ Actualmente ☐ Anterior

Historial de Depresión

¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes síntomas en las últimas 2 semanas?

Poco interés o placer en las actividades

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Sentirse decaído, deprimido, sin esperanza

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Sensación de cansancio o poca energía

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Falta de apetito o comer en exceso

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Sentirse mal consigo mismo

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días



Franciscan Healthcare

Dificultad para concentrarse

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Moverse o hablar lentamente

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Pensamientos de mejor muerto o de lastimarse a sí mismo

☐ En lo absoluto ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

Dificultad en le trabajo, en el hogar o para llevarse bien con los demás

☐ No es difícil en absolute ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil

Historial de Funciones

Indique un nivel de asistencia para cada actividad de la vida diaria:

Baño:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente
Vestirse:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente
Aseo:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente
Transferencia de cama o silla:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente
Continencia:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente
Alimentación:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente

Directiva Anticipada

¿Tiene una directiva anticipada?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

☐ Donación de órganos/ tejidos ☐ Testamento ☐ POA Médico Duradero

* Por favor, traiga una copia para que la coloquemos en el archivo

¿Desea recibir más información sobre las directivas anticipadas?

☐ Sí ☐ No



Determinantes Sociales de la Salud: Formulario PRAPARE

1. **Idioma hablado:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otros:
2. **¿Cuál es su situación de vivienda en la actualidad?**
☐ tengo vivienda ☐ no tengo vivienda ☐ elijo no responder a esta pregunta
3. **¿Le preocupa perder su vivienda?**
☐ Sí ☐ No ☐ decido no responder a esta pregunta
4. **¿Con cuántos miembros de la familia, incluyéndote a ti, vives actualmente?**
5. **¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que has terminado?**
☐ Menos de un título de escuela secundaria ☐ diploma de escuela secundaria o GED ☐ Más que ☐ de secundaria ☐ Elijo no responder a esta pregunta
6. **¿Cuál es tu situación laboral actual?**
☐ Desempleados y en busca de trabajo ☐ Trabajo a tiempo completo ☐ Trabajo a tiempo parcial o temporal (por ejemplo, estudiante) ☐ Elijo no responder a esta pregunta ☐ Otro:
7. **En el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con el que vive no ha podido obtener alguno de los siguientes cuando realmente lo necesitaba?**
☐ Cuidado de niños ☐ Ropa ☐ Alimentos ☐ Medicamentos o cualquier ☐ de atención médica ☐ Teléfono ☐ Servicios Públicos ☐ Elijo no responder a esta pregunta ☐ Ninguna ☐ Otro
8. **¿La falta de transporte le ha impedido ir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?**
☐ Sí, se le impide acudir a las citas médicas/obtener medicamentos
☐ otros ☐ Sí, se le impide asistir a reuniones no médicas, al trabajo o a las necesidades
☐ No ☐ Paciente incapaz de responder ☐ El paciente se niega a responder
9. **¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y con las que te sientes cercano? (Por ejemplo, hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a las reuniones de la iglesia o del club).**
☐ Menos de una vez a la semana ☐ 1-2 veces a la semana ☐ 3-5 veces a la semana ☐ Más de 5 veces a la semana ☐ elijo no responder a esta pregunta
10. **El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada. ¿Qué tan estresado estás?**
☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Elijo no responder a esta pregunta
11. **¿Te sientes física y emocionalmente seguro en el lugar donde vives actualmente?**
☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro de ☐ elijo no responder a esta pregunta
12. **En el último año, ¿has tenido miedo de tu pareja o expareja?**
☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro de ☐ no he tenido pareja