



# 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"/> Immovilizador |
| <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 colonoscopía?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿Dónde se realizó la colonoscopía? \_\_\_\_\_

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

¿Tomaste una bebida que contenía alcohol en el último 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 tomas 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 Tabaco**

¿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  Actualemente  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 decaido, 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