



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 Meciamentos | <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? _____

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 dejo 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



Franciscan Healthcare

Historial del consumo de Alcohol

¿Tomastes 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

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

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

Evaluación de riesgos para la salud

¿Hay peligros en su casa que podrían lastimarlo? Sí No

¿Se le ha dado alguna información para ayudarlo con los peligros en tu casa que podría hacerte daño? Sí No

¿Te has caído en el último año? Sí No

¿Se siente inestable de pie o caminando? Sí No

¿Usas un bastón o un andador? Sí No

¿Necesitas que alguien te ayude a levantarte por la mañana? Sí No

En las últimas cuatro semanas, ¿se ha caído o se ha sentido mareado al ponerse de pie?

Sí No

Debido a cualquier problema de salud, necesita ayuda de otra persona con sus necesidades de cuidado personal como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa? Sí No

¿Tiene problemas para tomar o recordar tomar todo de manera consistente todo sus medicamentos según lo prescrito? Sí No

¿Puedes llegar a lugares caminando distancias sin ayuda? Sí No

(Por ejemplo, ¿puede viajar solo o conducir su propio vehículo?) Sí No

¿Puedes ir a comprar comestibles o ropa sin ayuda? Sí No

¿Puedes preparar tus propias comidas? Sí No

¿Puedes hacer tus tareas domésticas sin ayuda? Sí No

¿Puedes administrar tu propio dinero sin ayuda? Sí No

¿Puede llevar un registro de sus propios medicamentos sin ayuda? Sí No



Franciscan Healthcare

¿Le han dado alguna información para ayudar a llevar un registro de sus medicamentos? Sí No

Durante las últimas cuatro semanas, ¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente Muy bueno Bueno Regular Pobre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuanto dolor corporal ha tenido en general?

Sin dolor Dolor muy leve Dolor leve Dolor Moderado Dolor intenso

Durante las últimas cuatro semanas, ¿Cómo te ha ido?

Muy bien Bastante bien Partes buenas y malas casi iguales Bastante malo Muy malo

Durante las últimas cuatro semanas, ¿Hubo alguien disponible para ayudarlo si necesitaba y quería ayuda?

Sí, tanto como quería Sí, bastante Sí, algo Sí, un poco No, en absoluto

Durante las últimas cuatro semanas, ¿su salud física y emocional ha limitado sus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos?

En absoluto Ligeramente Moderadamente Bastante Extremadamente

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para comer bien?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas con los dientes o las dentaduras postizas?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas para usar el teléfono?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado los problemas sexuales?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

¿Tiene dificultades para conducir su vehículo?

No aplicable, No uso un carro No A veces Sí, a menudo

¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando está en un vehículo?



Franciscan Healthcare

- Siempre me abrocho el cinturón de seguridad Ocasionalmente me abrocho el cinturón de seguridad
 Nunca me abrocho el cinturón de seguridad

¿Qué tan seguro está de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?

- No tengo ningún problema de salud Muy confiado Algo confiado No muy confiado

Historial de Depresión

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

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

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

- No es difícil en absoluto 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 |



Franciscan Healthcare

Alimentación: Independiente Requiere Asistencia 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

Vacunas

¿Esta interesado en una serie de vacunas contra la culebrilla (Shingrix)? Sí No

¿Está interesado en una serie de vacunas Covid? Sí No

¿Necista actualizar su vacuna del tetano (TDaP) o Neumocócica? Sí No