



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? _____

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 ocasion 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 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

Evaluación de riesgos para la salud

¿Hay peligros en su casa que podrian lastimarlo?

☐ NO ☐ SI

¿ Se le ha dado alguna información para ayudarle con los peligros en tu casa que podría hacerte daño?

☐ NO ☐ SI

¿Te has caído en el ultimo año?

☐ NO ☐ SI

¿Se siente inestable de pie o caminando?

☐ NO ☐ SI

¿Usas un bastón o un andador?

☐ NO ☐ SI

¿Necitas que alguien te ayude a levantarte por la mañana?

☐ NO ☐ SI

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

☐ NO ☐ SI

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?

☐ NO ☐ SI

¿Tiene problemas para tomar o recordar tomar todo de manera consistente todo sus medicamentos según lo prescrito?

☐ NO ☐ SI

¿Puedes llegar a lugares caminando distancias sin ayuda?

☐ NO ☐ SI

(Por ejemplo, ¿puede viajar solo o conducir su propio vehículo?)

¿Puedes ir a comprar comestibles o ropa sin ayuda?

☐ NO ☐ SI

¿Puedes preparar tus propias comidas?

☐ NO ☐ SI

¿Puedes hacer tus tareas domésticas sin ayuda?

☐ NO ☐ SI

¿Puedes administrar tu propio dinero sin ayuda?

☐ NO ☐ SI

¿Puede llevar un registro de sus propios medicamentos sin ayuda?

☐ NO ☐ SI



Franciscan Healthcare

¿Le han dado alguna información para ayudar a llevar un registro de sus medicamentos? ☐ NO ☐ SI

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?

☐ 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



Franciscan Healthcare

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

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
Alimentación:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Requiere Asistencia	<input type="checkbox"/> Dependiente



Franciscan Healthcare

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



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