



# 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 Mecanismos                    | <input type="checkbox"/> Cama (hospital) | <input type="checkbox"/> Inodoro       |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos                             | <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

## **Evaluación de riesgos para la salud**

¿Hay peligros en su casa que podrían 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 último año?  NO  SI

¿Se siente inestable de pie o caminando?  NO  SI

¿Usas un bastón o un andador?  NO  SI

¿Necesitas que alguien te ayude a levantarte por la mañana?  NO  SI

En las últimas 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 ultimas 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 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

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

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

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

¿Necesita 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