

**Cuestionario Examen Anual Medicare/ Examen Físico Bienvenida Medicare**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de exp. médico \_\_\_\_\_

Como parte de su **examen anual de Medicare** o de su examen físico de bienvenida a Medicare, complete el siguiente cuestionario lo mejor que pueda. Es una parte importante y confidencial de su expediente médico.

**Mencione cualquier internación o cirugía que haya tenido y el año en que ocurrió:**

Hospitalizaciones/Cirugías	Año	Hospitalizaciones/Cirugías	Año
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Estado civil? \_\_\_\_\_ ¿Hijos?  No  Sí; edades: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez fumó?  No  Sí, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Dejó de fumar?  No  Sí, fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Bebe alcohol?  No  Sí, ¿cuántos vasos al día? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha consumido drogas recreativas?  No  Sí, ¿de qué tipo y cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Nivel de actividad física?  ¿Limitado  Moderado  Muy activo ¿sigue una dieta particular?  No  Sí

¿Actualmente usted tiene, u otras personas en su familia inmediata (padres, abuelos, hermanos, hermanas, hijos o nietos) han tenido algo de lo siguiente? (Marque todas las que correspondan.)

	Mismo paciente	Miembro de la familia (mencione la relación)		Mismo paciente	Miembro de la familia (mencione la relación)		Mismo paciente	Miembro de la familia (mencione la relación)
<b>General:</b>			<b>Respiratorio:</b>			<b>Neurológico:</b>		
Cáncer: seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro de los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer: colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Psiquiátrico:</b>		
<b>Cabeza:</b>						Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gastrointestinal:</b>			Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conmoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ocular:</b>			Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Endócrino:</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oídos, nariz, boca y garganta</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario:</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hematológico:</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cardiovascular:</b>			Infección urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Inmunológico:</b>		
Enfermedad arterial coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Musculoesquelético:</b>			VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enumere cualquier otra afección a continuación:</b>		
Coolesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dermatológico:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Según mi leal entender, las preguntas de este formulario se han respondido de forma precisa. Comprendo que brindar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi cuadro médico.

**FORMULARIO ADICIONAL DE HISTORIAL DEL PACIENTE**

Incluya todos los medicamentos y los suplementos actuales (medicamentos de venta libre y medicamentos con receta):

MEDICAMENTO/SUPLEMENTO	DOSIS	USO

Alergias/Intolerancias:

FÁRMACO/SUSTANCIA	REACCIÓN

Nombre de sus médicos especialistas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Información variada adicional sobre su salud:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# IRIAMAR VELEZ-QUIÑONES, MD

## Cuestionario sobre capacidades funcionales/depresión

**Nombre del/de la paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Evaluación sobre capacidades funcionales:** Por favor, indique (✓) si necesita ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades.

- |                                     |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comer      | <input type="checkbox"/> Preparar comidas               | <input type="checkbox"/> Entrar y salir de la cama o sillas | <input type="checkbox"/> Conducir o subir a servicios de transporte |
| <input type="checkbox"/> Bañarse    | <input type="checkbox"/> Realizar las tareas del hogar  | <input type="checkbox"/> Tomar sus medicinas                |   |
| <input type="checkbox"/> Vestirse   | <input type="checkbox"/> Realizar compras               |   |   |
| <input type="checkbox"/> Asearse    | <input type="checkbox"/> Subir escaleras                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Comunicarse con otras personas |   |   |

Por favor, seleccione (✓) la respuesta más apropiada para cada una de las preguntas sobre seguridad en el hogar.

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
		¿Tiene dificultad para oír o requiere el uso de audífonos?	
		¿Hay lámparas, extensiones o cables del teléfono que dificultan el paso?	
		¿Los cables están en buen estado y no están debajo de alfombras o muebles?	
		¿Los cables de extensión transportan la carga adecuada?	
		¿Las alfombras de todos los tamaños son antideslizantes?	
		¿Los números de emergencia están escritos en los teléfonos o cerca de ellos?	
		¿Si sufre una caída y no puede levantarse puede alcanzar un teléfono?	
		¿Los detectores de humo están instalados y funcionan de manera correcta?	
		¿Las estufas pequeñas y los calentadores están ubicados en lugares donde no se pueden caer y alejados de muebles, cortinas, alfombras, etc.?	
		¿Los artefactos que usan leña están instalados de manera correcta?	
		En caso de incendio, ¿tiene un plan de salida de emergencia y un plan de salida alternativo?	
		¿Están en un lugar seguro las toallas, cortinas y demás artículos propensos a incendiarse?	

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
		¿Los cables de extensión y cables de electrodomésticos están lejos del fregadero o de áreas de riesgo?	
		¿Las entradas, los pasillos conectores de habitaciones y las áreas de mucho tráfico están bien iluminados?	
		¿Las salidas y los pasillos se encuentran despejados?	
		¿Las bañeras y duchas tienen tapetes antideslizantes, tiras adherentes o superficies no resbaladizas?	
		¿Las bañeras y duchas tiene al menos una barra de seguridad? (preferentemente dos)	
		¿Los medicamentos están almacenados en sus envases originales y etiquetados de manera correcta?	
		¿Tiene al alcance de su cama una lámpara o un interruptor de luz?	
		¿Los ceniceros, artículos para fumar u otros elementos combustibles (calentadores, placas calentadoras, teteras, etc.) están alejados de la cama y la ropa de cama?	
		¿Siempre apaga las mantas térmicas antes de irse a dormir?	
		¿Posee un teléfono al lado de su cama?	
		¿Están bien iluminadas las escaleras?	
		¿Los escalones de las escaleras proporcionan una base de apoyo segura?	

**Evaluación sobre la depresión:** Por cada una de las siguientes preguntas seleccione (✓) la respuesta que mejor represente cómo se ha sentido en la última semana.

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
		¿Tuvo que abandonar muchas actividades que le interesaban?	
		¿Siente que su vida está vacía?	
		¿Se aburre fácilmente?	
		¿Teme que algo malo esté por sucederle?	
		¿Con frecuencia se siente indefenso?	
		¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir y probar actividades nuevas?	
		¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	
		¿Se siente inútil en su estado actual?	

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
		¿Siente que su situación es desesperada?	
		¿Piensa que la mayoría de las personas se sienten mejor que usted?	
		¿Está satisfecho con su vida en general?	
		¿Se siente de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	
		¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	
		¿Siente que es maravilloso estar vivo/a?	
		¿Se siente lleno/a de energía?	

**Firma del médico:**

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE – 9:  
(US Spanish version of the PHQ)**

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3

*Scoring For Use By Study Personnel Only*

\_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
= Total Score \_\_\_\_\_

**Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

**Para nada  
difícil**

**Un poco  
difícil**

**Muy  
difícil**

**Extremadamente  
difícil**

*Confirmo que la información en este formulario es correcta.*

Iniciales del paciente:

Fecha: