



Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Nombre del paciente: (Patient Name)
Médico: (Physician)	Fecha del examen: (Date of Exam)

Lista de sus proveedores y suplidores (List of your Providers and Suppliers)(RFV)

Médico premarío (PCP): _____
Cardiología: _____
Gastroenterología: _____
Oftalmología: _____
Farmacia: _____
Equipo médico duradero: _____
Cualquier otro proveedor o suplidor: _____

Historia de mantenimiento de salud (History – Health Maintenance)

Cuándo fue su última prueba del cáncer colorrectal? _____
Tipo de examen: Colonoscopia: _____ Sigmoidoscopia: _____ Prueba Fecal: _____
Cuándo fue su último estudio de densidad ósea (Dexa Scan)? _____
Cuándo fue su último examen físico anual? _____
Cuándo fue su último examen de los ojos? _____
Cuándo fue su último chequeo dental? _____

MUJERES SOLAMENTE (WOMEN ONLY):

Cuándo fue su última mamografía: _____
Cuándo fue su última citología (pap smear)? _____
Cuándo fue su último periodo menstrual (LMP): _____
Historia pertinente: Postmenopausia _____ Menopausia _____ Histerectomía _____

HOMBRES SOLAMENTE (MEN ONLY):

Cuándo fue su último examen rectal digital? _____
Cuándo fue su último examen de sangre PSA? _____

Historia – Social – Seguridad (History – Social – Safety)

Usa cinturón de seguridad? _____ Siempre: _____ A veces: _____ Nunca: _____
Usa protección solar? _____ Siempre: _____ A veces: _____ Nunca: _____

Historia – Social – Drogas/Alcohol/Tabaco/Cafeína (Drugs/alcohol/tobacco/Caffeine)

Toma alcohol? _____ En caso afirmativo con qué frecuencia _____ Cuántos por día? _____
Consumo cafeína _____ Café _____ Té _____ Bebidas energéticas _____ Gaseosas _____
Usa drogas ilícitas _____ En caso afirmativo, que drogas? _____ Con que frecuencia? _____
Usted fuma? _____ Sí, por cuanto tiempo? _____ Si usted dejó de fumar, cuando? _____
de cigarrillos por día? _____ Pipa? _____ Cigarros(puros) _____

Historial de vacunas (Immunizations – Historical)

Fecha de su última vacuna antigripal (Flu)? _____
Fecha de su última vacuna rípias (Zoster)(Shingles)? _____
Fecha de su última vacuna contra la Hepatitis B? _____
Fecha de su última vacuna contra la neumonía? _____

Evaluación funcional (Functional Assessment (Results))
Name of Patient: _____

COGNICIÓN	AMBULACIÓN	AUDIENCIA	HABLAR	VISIÓN
<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> Demencia <input type="radio"/> Enfermedades Alzheimer's <input type="radio"/> Parkinson <input type="radio"/> Alerta <input type="radio"/> Orientado a <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Mediano <input type="radio"/> Caminar acompañado <input type="radio"/> Vespa (Scooter) <input type="radio"/> Silla de ruedas <input type="radio"/> Andador <input type="radio"/> Bastón <input type="radio"/> Amputación-D/E <input type="radio"/> Prótesis	<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Pobre <input type="radio"/> Dispositivo de ayuda de audición <input type="radio"/> Sordo(a)	<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Pobre <input type="radio"/> Posterior ataque Cerebro-vascular <input type="radio"/> Gaguear <input type="radio"/> Mudo <input type="radio"/> Dificultad en pronunciación <input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Pobre <input type="radio"/> Espejuelos o Contactos <input type="radio"/> Ciego(a) <input type="radio"/> Cataratas <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Degeneración Macular <input type="radio"/> Retinopatía DM

Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living (Results))

Necesita ayuda con la preparación personal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda en vestirse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda con el uso del inodoro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Continencia (intestino y/o vejiga)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Se le hace problema controlar la vejiga?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda con las tareas domésticas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda con las compras?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda con la preparación de las comidas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda con la alimentación?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda para caminar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda para bañarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Necesita ayuda para transferirse (dentro y fuera de la silla)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Su salud física interfiere con sus actividades diarias?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Planificación avanzado de Cuido (Advanced Care Planning (Results))

Paciente tiene directivos avanzados:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Paciente tiene un testamento:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Paciente tiene carta asignando persona(s) para hacer decisiones finales:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Proporcionaron una copia a nuestra oficina:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Nivel de dolor diario del paciente (Level of pain patient is in on a daily basis) (Vitals and Results)

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Localización del dolor: _____

 No hay dolor Moderado Extremo Dolor crónico Sí No

Prueba de Salud Mental (Mental Health Screening – PHQ9 – Results) Name of Patient:

En las ultimas dos semanas, con que frecuencia le ha molestado con cualquiera de los siguientes problemas:

	Nada	Varios dias	Mas de ½ dia	Todos los dias
Poco interés o placer en hacer las cosas?	0	1	2	3
Sentirse, deprimido (a) o desesperanzado(a)?	0	1	2	3
Dificultad de caer, permanecer dormido(a) o dormir demasiado?	0	1	2	3
Se siente cansado de tener poca energía?	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
Sentirse mal acerca de si mismo(a)?	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en las cosas?	0	1	2	3
Se mueve o habla lento para que otros(a) personas puedan notar?	0	1	2	3
Pensamientos de morirse o lastimarse a si mismo(a)?	0	1	2	3

Si, comprueba cualquiera de los problemas arriba mencionados, que difícil han hecho estos problemas para trabajar, cuidar las cosas de la casa y llevarse bien con otras personas?

No es difícil Algo difícil Bastante difícil Extremamente difícil

Assistant to fill in total. Total Score: _____
(Para el asistente)

Prueba de riesgo de caidas (Fall Risk Screening - Results)

Usted tiene 65 años o más?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Se ha caido en los últimos 3 meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Esta inestable sobre sus pies o esta generalmente debil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Esta tomando medicamentos que causen fatiga o mareos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ha tenido un accidente cerebrovascular(stroke) en el pasado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene enfermedad neurológica progresiva?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene Diabetes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene neuropatía, arthritis o enfermedad de las extremidades inferiores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene alteraciones visuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene fatiga, mareos o agilidad disminuida?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene miedo de caerse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tiene dolor en los pies?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Se apresura para llegar al baño a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

To be completed by physician: (Para el uso del médico)

- Low risk for falls
 High risk for falls