Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area. To reproduce, follow the printing instructions.

Direction of Feed

Evaluación de riesgo de salud

Responda cada una de las preguntas.

STAFF: *Handwritten items must be entered* ***MANUALLY***.

ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

Instrucciones para el marcado

Utilice un lápiz número 2.
Rellene completamente
el óvalo como se muestra...

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

Mes Día Año

¿Cómo calificaría su salud en general? (Escoja una opción).

◯ mala ◯ buena
◯ normal ◯ excelente

¿Qué afecciones padece actualmente?
(Marque todas las afecciones que correspondan en su caso).

◯ enfermedad cardíaca
◯ problemas para respirar a causa de enfisema o asma
◯ diabetes u otros problemas de azúcar en la sangre
◯ otras afecciones
◯ insuficiencia cardíaca o agrandamiento del corazón
◯ diálisis renal
◯ depresión
◯ **NINGUNA**

Favor de doblar en la línea punteada

¿Cuántos medicamentos de venta con receta diferentes toma por día?

◯ 0 ◯ 1-3 ◯ 4-6 ◯ 7-10 ◯ 11 o más

¿Tiene problemas para moverse en su casa o fuera de su casa?	◯ sí	◯ no
¿Necesita la ayuda de otra persona para desplazarse?	◯ sí	◯ no
¿Vive solo?	◯ sí	◯ no
¿Necesita quedarse en su casa la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?	◯ sí	◯ no

¿Necesita ayuda en el hogar a causa de sus problemas de salud?	◯ sí	◯ no
¿Le ha resultado difícil obtener la ayuda que necesita?	◯ sí	◯ no

En los últimos 12 meses, ¿ha estado internado como paciente en un hospital? ◯ sí ◯ no

¿Alrededor de cuántas veces? ◯ 1 vez ◯ 2-3 veces ◯ 4 o más veces

El mes pasado, ¿acudió a un servicio de cuidados de urgencia o a la sala de emergencias? ◯ sí ◯ no

Favor de doblar en la línea punteada

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	En ningún momento	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Ha tenido poco interés o placer al hacer cosas?	◯	◯	◯	◯
¿Se ha sentido abatido, deprimido o triste?	◯	◯	◯	◯
¿Se siente nervioso, con ansiedad o intranquilo?	◯	◯	◯	◯
¿No puede dormir ni dejar de preocuparse?	◯	◯	◯	◯

¿Tiene dificultad para ir a las citas con su médico u otros servicios médicos? ◯ sí ◯ no

Licensed Under U.S. Patent Nos. 7,487,102
and 7,941,328 from Willis Technologies, LLC

Copyright © PatientLink Form 745 S (Rev. 12/23/2015)
For technical support, please contact PatientLink at ***Support@MyPatientLink.com.***

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.

Direction of Feed

Evaluación de riesgo de salud

Responda cada una de las preguntas.

STAFF: *Handwritten items must be entered* ***MANUALLY***.

¿Ha tenido problemas con el equilibrio o para caminar? ◯ sí ◯ no

¿Realiza actividades físicas? (Por ejemplo, caminar, hacer clases de grupo, andar en bicicleta fija, etc.) ◯ sí ◯ no

¿Se ha caído (sin que alguien lo haya empujado) **en los últimos 3 meses?** ◯ sí ◯ no

¿Utiliza alguno de los siguientes medios para moverse?
(Marque todas las opciones que correspondan).

◯ bastón ◯ prótesis
◯ andador ◯ vehículo eléctrico (scooter)
◯ silla de ruedas ◯ **NINGUNO**

¿Ha fumado o consumido alguna vez tabaco? ◯ actualmente (todos los días) ◯ actualmente (algunos días) ◯ anteriormente ◯ nunca

¿Cuántos paquetes fuma (o fumaba) **por día?** ◯ menos de 1 ◯ 1-2 ◯ más de 2

¿Cuántos años ha fumado (o fumó)**?** ◯ menos de 5 ◯ 5 ◯ 10 ◯ 15 ◯ 20 ◯ 25 ◯ 30 ◯ 35 ◯ 40+

¿Le han aplicado la vacuna contra la gripe en el último año? ◯ sí ◯ no

Favor de doblar en la línea punteada

¿Tuvo algún cambio reciente en la vista? ◯ sí ◯ no

¿Tuvo algún cambio reciente en la audición? ◯ sí ◯ no

¿Ha tenido algún problema con la incontinencia urinaria? ◯ sí ◯ no

¿Ha tenido algún problema con la memoria a corto plazo?
(Por ejemplo, ¿recuerda qué cenó anoche?) ◯ sí ◯ no

¿Ha tenido algún problema con la memoria a largo plazo?
(Por ejemplo, ¿recuerda dónde nació?) ◯ sí ◯ no

¿Tiene problemas para comprender instrucciones? ◯ sí ◯ no

Si sufre de dolor, en una escala de 1 a 10, ¿qué nivel de dolor tiene normalmente?

(0 = no siento dolor, 10 = el peor dolor que ha sentido)

☺ ◯ 0 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10 ☹

¿Tiene problemas para realizar las siguientes actividades?

Favor de doblar en la línea punteada

	Sin problemas	Necesito un poco de ayuda	Necesito ayuda
Bañarse	◯	◯	◯
Vestirse	◯	◯	◯
Ir o retirarse del baño	◯	◯	◯
Ir de compras	◯	◯	◯
Preparar las comidas	◯	◯	◯
Alimentarse	◯	◯	◯
Usar el teléfono	◯	◯	◯
Limpiar la casa	◯	◯	◯
Lavar la ropa	◯	◯	◯
Administrar los medicamentos	◯	◯	◯
Administrar los gastos de la casa	◯	◯	◯

Licensed Under U.S. Patent Nos. 7,487,102 and 7,941,328 from Willis Technologies, LLC

Copyright © PatientLink Form 745 S (Rev. 12/23/2015)
For technical support, please contact PatientLink at ***Support@MyPatientLink.com.***