

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

*** La evaluación del riesgo para la salud ***
Responda cada una de las preguntas.

To reproduce, follow the printing instructions.
 Do not fold this form.

ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

Las instrucciones sobre cómo marcar

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



[Grid for patient last name]														
NOMBRE										FECHA DE NACIMIENTO				
[Grid for name]										Mes		Día		Año

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

- mala buena
 normal excelente

Usted ha tenido algún problema con el equilibrio o ha caído? (en los últimos tres meses)?

¿Hacer ejercicio regularmente o tomar parte en un programa regular de ejercicios?

¿Tiene dificultad para ir a las citas con su médico u otros servicios médicos?

¿Ha tenido una visita dental en los últimos 12 meses?

¿Tiene familiares o amigos disponibles para asistirle cuando sea necesario?

¿Tiene problemas con la memoria o comprensión de instrucciones?

Fuma o usas Tabaco actualmente?

Ha tenido una vacuna contra la gripe in los últimos 12 meses?

Ha tenido un cambio de vision reciente?

Ha tenido un cambio en la audicion reciente?

¿Ha tenido problemas con escape de orina?

	Sí	No
Usted ha tenido algún problema con el equilibrio o ha caído? (en los últimos tres meses)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hacer ejercicio regularmente o tomar parte en un programa regular de ejercicios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene dificultad para ir a las citas con su médico u otros servicios médicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido una visita dental en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene familiares o amigos disponibles para asistirle cuando sea necesario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene problemas con la memoria o comprensión de instrucciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuma o usas Tabaco actualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido una vacuna contra la gripe in los últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido un cambio de vision reciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido un cambio en la audicion reciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido problemas con escape de orina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

Que condiciones de salud tiene actualmente? (Por favor marque cada condicion que aplique a usted)?

- Insuficiencia cardiaca or Corazon agrandado Enfermedad del Corazon Problemas respiratoris causados por enfisema o asma
 Diabetes u otros problemas de azucar en la sangre Dialysis de rinon
 Otras condiciones Depresion NINGUNO

Cual es tu condicion de fumador? Corriente (todos los días) Corriente (algunos días) Anterior Nunca

Cuantos paquetes fuma o fumaba por dia? Menos de 1 1-2 Mas de dos?

Cuantos anos tiene o fumaba? Menos de 5 5 10 15 20 25 30 35 40+

¿Tiene problemas para realizar las siguientes actividades?

	Sin problemas	Necesito un poco de ayuda	Necesito ayuda
Bañarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprar comestibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparacion del la comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas de hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar la ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejando las finanzas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando el bano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando el telefono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentarte a ti mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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)



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

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido poco interés o placer al hacer cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha sentido abatido, deprimido o triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se siente nervioso, con ansiedad o intranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿No puede dormir ni dejar de preocuparse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>