

Evaluación de riesgo para la salud

Complete todo el cuestionario para que el proveedor tenga toda la información actualizada sobre usted. Llévelo a su cita junto con una lista con los medicamentos que toma actualmente*.

*Medicamentos – traiga a la visita una lista con TODOS los medicamentos, incluyendo vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre.

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy

Historia médica	Respuesta
¿Hubo alguna actualización en su historia médica en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
Si la respuesta es “sí”, ¿qué cambió?	
¿Vio a algún proveedor médico por fuera del sistema médico de Trinity Health/IHA en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
Si la respuesta es “sí”, indique el nombre del proveedor y la razón de la visita	
Nombre del proveedor	Razón
Nombre del proveedor	Razón
¿Tuvo alguna hospitalización por fuera de Trinity Health en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
Nombre del hospital	Razón

Salud general	Respuesta
¿Cómo describiría su función o actividad física típica?	<input type="checkbox"/> Muy pesada (como correr rápido o subir escaleras) <input type="checkbox"/> Pesada (como salir a correr o nadar) <input type="checkbox"/> Moderada (como caminar rápido) <input type="checkbox"/> Leve (como estirarse o caminar lento) <input type="checkbox"/> Actualmente no hago ejercicio.
En los últimos 7 días, ¿tuvo dificultad para hacer las actividades de cuidado personal de abajo?	
Comer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asearse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Caminar/moverse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hacer las compras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Limpiar la casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Manejar el dinero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usar el teléfono	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación en específico con alguna de estas actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Teniendo en cuenta la última semana, ¿cómo respondería las preguntas de abajo?			
En general, ¿cómo describiría su salud?			
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala
¿Cómo describiría su satisfacción general con la vida?			
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala

Nombre		Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
¿Se sintió más estresado?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Algunos días	<input type="checkbox"/> Ningún día
¿Se sintió más enojado?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Algunos días	<input type="checkbox"/> Ningún día
¿Se sintió aislado o solo?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Algunos días	<input type="checkbox"/> Ningún día
¿Tuvo más dolor de lo habitual?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Algunos días	<input type="checkbox"/> Ningún día
¿Se sintió más cansado de lo habitual?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Algunos días	<input type="checkbox"/> Ningún día
¿Se sintió triste, deprimido o sin esperanza?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Ningún día
¿Tuvo poco en hacer cosas o sintió menos placer?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Varios días	<input type="checkbox"/> Ningún día

Generalmente, ¿cómo describiría su dieta?			
<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> A base de plantas	<input type="checkbox"/> Mala
Dieta especial (especifique):			

Drogas recreacionales o ilegales			
En el último año, ¿con qué frecuencia consumió drogas ilegales o recreacionales?			
<input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> Algunos días	<input type="checkbox"/> Ningún día
Si la respuesta fue afirmativa, ¿le interesa recibir servicios de intervención?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	

Preguntas adicionales:	
¿Tiene algún problema dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre su actividad sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa productos de tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa cinturón de seguridad cuando conduce?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se siente con poco equilibrio cuando está de pie o mientras camina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se cayó en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se siente seguro dentro de su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguno de los detectores de seguridad de abajo?	De humo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	De monóxido de carbono: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
¿Tiene algún familiar de primer grado con uno de los diagnósticos de abajo? (madre, padre, hermanos, hijos)	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Ataque cardíaco:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Desconoce	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si lo desconoce, ¿por qué?	
¿Completó una directiva anticipada (Advanced Directive)? Las directivas anticipadas (poder legal médico duradero) son documentos que se haga lo que usted quiera cuando no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Si la respuesta es "sí", traiga una copia para que la agreguemos a su registro.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Si la respuesta es "no", ¿le gustaría recibir más información?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

OFFICE USE ONLY PROVIDER SIGNATURE	DATE
--	------