

# CUESTIONARIO ANUAL DE MEDICARE PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE (MEDICARE ANNUAL WELLNESS QUESTIONNAIRE – SPANISH)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Numero de archivo medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sírvase completar esta lista de verificación antes de ver a su doctor o enfermero.

Sus respuestas nos ayudarán a proporcionarle una mejor atención. También le haremos un examen de la vista

**Lista de los proveedores que lo atienden actualmente:**

NINGUNO  N/A

- 1) \_\_\_\_\_ Afeccion: \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ Afeccion: \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ Afeccion: \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ Afeccion: \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_ Afeccion: \_\_\_\_\_

**Lista de los proveedores actuales de equipo médico (oxígeno, máquina CPAP, etc.)**  NINGUNO  N/A

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Lista de los suplementos actuales incluyendo las dosis:**  NINGUNA  N/A

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_

**Salud general: Marque la respuesta apropiada**

- 1. En general, ¿diría que su salud es:  Excelente  Muy buena  Buena  Razonable  Deficiente
- 2. ¿Tiene problemas dentales que no han recibido atención apropiada?  Sí  No
- 3. ¿Cuántas horas duerme usualmente cada noche? \_\_\_\_\_ horas
- 4. ¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca?  Sí  No
- 5. ¿Ha notado que tiene dificultad para oír?  Sí  No
- 6. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas:  Zumbido en el oído  Mareo  Secreción
- 7. ¿Ha tenido un examen de los ojos recientemente?  Sí  No

Nombre del proveedor del examen de los ojos (Oftalmólogo): \_\_\_\_\_ Fecha del último examen de los ojos: \_\_\_\_\_

**Nutrición**

- 8. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales comió típicamente cada día? \_\_\_\_\_ porciones al día  
(Una porción = 1 taza de vegetales frescos, 1/2 taza de vegetales cocidos, o 1 trozo mediano de fruta)
- 9. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o altos en grasa comió típicamente cada día? \_\_\_\_\_ porciones al día  
(Los ejemplos incluyen pollo o pescado frito, tocino, papas fritas, hojuelas de papa frita, donas, alimentos que contienen crema)
- 10. En los 7 días pasados, ¿cuántas porciones de bebidas endulzadas con azúcar (no de dieta) bebió típicamente cada día? \_\_\_\_\_ porciones al día

**Ejercicio**

- 11. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días hizo ejercicios? \_\_\_\_\_ días
- 12. En los días en que hizo ejercicios, ¿por cuánto tiempo los hizo? \_\_\_\_\_ horas al día \_\_\_\_\_ minutos al día
- 13. ¿Cuál fue la intensidad de un ejercicio típico?  
 Ligero (como estiramientos o caminar lentamente)  Moderado (como caminar a paso ligero)  Vigoroso (como trotar o nadar)  
 Muy intenso (como correr velozmente o subir escaleras)  No estoy haciendo ejercicios actualmente

**Alcohol:** Durante las cuatro semanas pasadas, ¿cuál es el promedio de vasos de vino, cerveza u otra bebida alcohólica que ha bebido?  Ninguno  1 o menos  2 a 5 por semana  6 a 9 por semana  10 o más por semana

¿Cuántas veces ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día durante el último año?

- Nunca  Algunas veces al año  Mensualmente  Semanalmente  A diario o casi a diario



**Tabaco:** En los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco?

Fuma:  Sí  No

Productos de tabaco sin humo:  Sí  No

¿Estaría interesado en dejar de usar tabaco en el transcurso del próximo mes?  Sí  No

**Depresión**

14. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió abatido, deprimido o desesperanzado?

Casi todo el tiempo  La mayor parte del tiempo  Parte del tiempo  Casi nunca

15. Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió poco interés o alegría en hacer cosas?

Casi todo el tiempo  La mayor parte del tiempo  Parte del tiempo  Casi nunca

**Seguridad En El Hogar**

16. ¿Tiene su casa lo siguiente?: Alfombras en los pasillos  Sí  No Pasamanos en las escaleras  Sí  No  
Barras para sujetarse en el baño  Sí  No Buena iluminación  Sí  No

**Actividades De La Vida Diaria**

17. Durante los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda con actividades diarias como sentarse, vestirse, arreglo personal, bañarse, caminar o usar el baño?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿en cuál de estas áreas: \_\_\_\_\_

18. Durante los pasados 7 días, ¿necesitó ayuda con tareas como lavar ropa, labores domésticas, actividades bancarias, hacer compras, preparación de alimentos, transportarse o tomar sus medicamentos?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿en cuál de estas áreas: \_\_\_\_\_

19. ¿Necesita ayuda para girar cheques o manejar sus finanzas  Sí  No

20. ¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?  Sí  No  Algunas veces

21. ¿Se ha caído dos o más veces durante el último año?  Sí  No

22. ¿Tiene directivas adelantadas de salud o un formulario POLST?  Sí  No

a. Si respondió que sí, ¿ha habido algún cambio?  Sí  No

b. Si respondió que no, ¿quiere recibir información adicional?  Sí  No

Además del examen preventivo gratuito de Medicare, me gustaría que el proveedor tratara lo siguiente, de haber tiempo. Entiendo que se aplicará mi copago personal regular, deducible o coseguro, ya que lo indicado a continuación son visitas facturables por separado.

Sí, por favor, revise la siguiente información  No, gracias, no en este momento. No tengo otras preocupaciones sobre mi salud.

**Afecciones crónicas:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Pedido para resurtir medicamentos actuales:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Problemas nuevos: Por favor incluya los síntomas y la duración**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Sírvase firmar aquí en señal de conformidad con lo aquí indicado:

Paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si firma una persona que no es el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso (Representante Legal): \_\_\_\_\_

Reviewed by (Provider): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_