

SALUD PREVENTIVA

- ¿Se ha sometido a una colonoscopia? Sí No Fecha de la última colonoscopia: _____
- ¿Quién realizó la colonoscopia? _____
- ¿Se ha sometido a una prueba Cologuard? Sí No Fecha de la prueba de Cologuard: _____
- ¿Se ha sometido a una mamografía? Sí No Fecha de la última mamografía: _____

VISTA

- ¿Ha ido a un oftalmólogo o a un optometrista en el último año? Sí No
 Fecha de la última consulta con un oftalmólogo o un optometrista: _____
- Nombre del oftalmólogo o del optometrista: _____
- ¿Tiene problemas con la vista? Sí No

PULMONAR

- ¿Tiene alguna sibilancia? Sí No
- ¿Tose todas las mañanas o casi todas las mañanas? Sí No
- ¿Cuántos años ha tenido una tos crónica o ha producido flema? _____ años
- ¿Le es difícil respirar cuando hace un esfuerzo leve? Sí No

TABAQUISMO

- ¿Alguna vez ha fumado tabaco? Sí No
- ¿Cuántos paquetes de cigarrillos al día fumaba o fuma actualmente? _____ paquetes
- ¿A qué edad empezó a fumar? _____
- ¿Cuántos años ha fumado? _____ años
- ¿Ha dejado de fumar? Sí No
- ¿A qué edad dejó de fumar? _____
- ¿Tiene antecedentes de consumo de tabaco sin humo? Sí No
- ¿Cuántos años ha consumido productos de tabaco sin humo? _____ años

CARDIOVASCULAR

- ¿Tiene un ritmo cardíaco irregular? Sí No
- ¿Tiene dificultad para respirar por la noche o al acostarse? Sí No
- ¿Ha experimentado intolerancia al ejercicio? Sí No
- ¿Siente molestias, dolor, presión o pesadez en el pecho? Sí No
- ¿Tiene hinchazón en las piernas? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de ataques cardíacos? Sí No Si elige sí, ¿en qué años? ____ ____ ____
- ¿Se ha sometido a una cirugía de injerto de baipás de arteria coronaria? Sí No Si elige sí, ¿en qué año? _____
- ¿Le han colocado endoprótesis coronarias? Sí No Si elige sí, ¿en qué años? ____ ____ ____
- ¿Tiene un marcapaso actualmente? Sí No
- ¿Tiene un desfibrilador implantado? Sí No Si elige sí, ¿cuándo se lo colocaron? _____
- ¿Tiene dolor en los músculos de la pantorrilla cuando camina que desaparece con el descanso? Sí No
- ¿Alguna vez le han colocado una endoprótesis vascular en las piernas? Sí No Si elige sí, ¿en qué años? ____ ____ ____
 Si elige sí, ¿en qué pierna(s)?
 Izquierda Derecha

QUESTIONNAIRE



GASTROINTESTINAL

- ¿Ha tenido algún sangrado rectal reciente o ha hecho heces con sangre? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de colitis ulcerosa o de la enfermedad de Crohn? Sí No
- ¿Ha tenido algún dolor abdominal reciente? Sí No
- ¿Ha tenido algún cambio reciente en sus deposiciones? Sí No
- ¿Alguna vez lo han tratado por hepatitis crónica? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de cirrosis? Sí No

RIESGO DE CAÍDA

- ¿Se ha caído dos o más veces en el último año? Sí No
- Durante el último año, ¿ha tenido un problema con el equilibrio o con caminar? Sí No

ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGAS

- ¿Toma medicaciones habitualmente para dormir? Sí No
- ¿Consume alcohol habitualmente? Sí No
- ¿Cuánto alcohol bebe en una semana? Cantidad de tragos: _____
- ¿Tiene antecedentes de dependencia de drogas o de alcohol? Sí No

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si firma otra persona que no es el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde (representante legal): _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL:**FOR STAFF USE ONLY:****DEPRESSION SCREENING**

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by little interest or pleasure in doing things?
 Not at all (0) Several Days (1) More than half the days (2) Nearly every day (3)

Over the last 2 weeks, how often have you been feeling down, depressed or hopeless?
 Not at all (0) Several Days (1) More than half the days (2) Nearly every day (3)

PHQ-2 Score _____ If score is above 3, have patient complete PHQ-9 and notify provider.

COGNITIVE IMPAIRMENT SCREEN

Have you noticed any memory loss that interferes with daily activities? Yes No

MINI-COG

Mini-Cog Score: _____

Staff Signature: _____ Date: _____ Time: _____

QUESTIONNAIRE