

Primer nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefiere utilizar?  Inglés  Español  Chino  Criollo  Urdu  Bengali

Otro (por favor indique el idioma) \_\_\_\_\_

¿En general, cómo diría que es su salud?  Excelente  Buena  Aceptable  Precaria

¿Tiene usted un médico al cual acude regularmente?  Sí  No

¿Padece usted alguna de las siguientes condiciones?  Diabetes  Problemas cardíacos  Insuficiencia cardíaca

Presión arterial elevada

Problemas para respirar (asma o Enfermedad de Obstrucción Pulmonar Crónica [Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD])

Cáncer  Dolor constante  Problemas con su peso

Problemas de memoria  Problemas auditivos  Problemas de visión  Problemas psicológicos

Problemas con el consumo de drogas o alcohol  Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_

¿Fuma cigarrillos o consume tabaco?  Sí  No

¿Necesita ayuda para realizar sus actividades diarias (tales como vestirse, bañarse, comer, sentarse / pararse de una silla)?

Puedo hacer todo esto sin ayuda  Necesito ayuda y obtengo la ayuda que necesito

Necesito ayuda y no obtengo la ayuda que necesito

¿Necesita ayuda para realizar labores domésticas, tomar medicamentos, ir de compras, administrar su dinero o transportarse?

Puedo hacer todo esto sin ayuda  Necesito ayuda y obtengo la ayuda que necesito

Necesito ayuda y no obtengo la ayuda que necesito

¿Se ha caído en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Utiliza alguno de los siguientes equipos?  Bastón  Andadores  Silla de ruedas  Cama de hospital

Oxígeno  Ninguno

¿Actualmente recibe asistencia pública (estampillas para comida, Meals on Wheels, ADAP, EPIC, etc.)?

Sí  No  No lo sé

¿Cuántas medicinas distintas toma diariamente?  Ninguna  1-3  4-7  8 o más

¿Con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas en las últimas 2 semanas?

Ninguna  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado en las últimas 2 semanas?

Ninguna  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

¿Recibió la vacuna contra la gripe estacional (vacuna antigripal) este año?  Sí  No  Alérgico  No lo sé

SOLO MUJERES ENTRE LOS 50 Y 74 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó una mamografía (para descartar cáncer de mama) este año o el año pasado?  Sí  No  No lo sé

SOLO PERSONAS ENTRE 50 Y 75 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó los siguientes exámenes para descartar cáncer de colon?

Colonoscopia (en los últimos 10 años)  Sigmoidoscopia (en los últimos 5 años)  Examen para descartar sangre en las heces (en el último año)

¿Posee usted algo de lo que se menciona a continuación?

Documento de voluntades anticipadas/Testamento vital (documento que contiene sus deseos respecto a cuidados médicos en caso de que no sea capaz de expresar su voluntad)

Apoderado para la asistencia médica (una persona que tomará decisiones relacionadas con su asistencia médica por usted si usted no puede tomarlas)

No, pero conversaron conmigo acerca de la planificación para cuidados futuros

No y no conversaron conmigo acerca de la planificación para cuidados futuros