

METROPLUSHEALTH FORMULARIO DE EVALUACIÓN ANUAL DE SALUD DEL MIEMBRO | CUÉNTENOS CÓMO ESTÁ.



CONTESTE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENVÍELO POR CORREO A:
MetroPlusHealth • 50 Water Street, 7th Fl. • New York, NY 10004

Nombre y apellido: _____ Número de ID de miembro: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ pies _____ pulg. Peso: _____ libras.

Idioma preferido: Inglés Español Chino Criollo Urdu Bengalí Otro: _____

¿Desea que le llamemos para que le ayudemos con sus problemas de salud? Sí No

En general, diría que su salud es: Excelente Buena Aceptable Mala

¿Tiene un médico al que acude con regularidad? Sí No

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? Diabetes Problemas cardíacos Presión arterial alta Cáncer

Problemas respiratorios (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) Problemas de memoria

Problemas auditivos Problemas de la vista Problemas mentales Problemas con el consumo de drogas o alcohol

Otros problemas médicos: _____

¿Tiene un dolor reiterado o constante?

Sí No Si contestó que sí, fecha de inicio: _____

Si contestó que sí, ¿dónde siente dolor? _____

Si contestó que sí, marque su nivel de dolor aquí:



¿Cuántos medicamentos diferentes toma diariamente? Ninguno 1-3 4-7 8 o más

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

Puedo hacer esto sin ayuda Necesito ayuda y recibo la ayuda que necesito Necesito ayuda y no recibo la ayuda que necesito

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

Puedo hacer esto sin ayuda Necesito ayuda y recibo la ayuda que necesito Necesito ayuda y no recibo la ayuda que necesito



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

¿Alguien que forma parte de su vida le causa daño, lo amenaza, lo atemoriza o hace que no se sienta seguro?

Sí No Prefiero no contestar

¿Utiliza alguno de los siguientes equipos?

Bastón Andador Silla de ruedas Cama hospitalaria Oxígeno Pañales para adulto

Other _____

¿Cuál es su situación de vivienda?

Tengo un lugar estable para vivir Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro

No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, una estación de autobús o tren, un parque, otro lugar)

¿Le preocupa que el lugar en el que vive lo esté enfermando? (por ejemplo, moho, insectos, roedores, fugas de agua, falta de calefacción, otra causa) Sí No Otro: _____

¿Actualmente recibe asistencia pública? (estampillas de alimentos, comidas a domicilio, HEAP, EPIC, asistencia pública o en efectivo, etc.)? Sí No No sé

En el año pasado, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de recibir dinero para comprar más? Sí No Prefiero no contestar

En el año pasado, ¿la compañía de electricidad, gas, gasóleo o agua ha amenazado con cortar los servicios a su vivienda? Sí No No sé

¿Fuma cigarrillos, vatea (cigarrillos electrónicos), consume tabaco? Actualmente Antes Nunca

¿Recibió la vacuna contra la influenza (vacuna antigripal) este año? Sí No Soy alérgico No sé

Escriba sus medicamentos (si tiene más medicamentos, escríbalos en una hoja adicional):

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Lista de medicamentos (continuación - si tiene más medicamentos, escríbalos en una hoja adicional):

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____



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

- Nunca Varios días
 Más de la mitad de esos días Casi todos los días

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

- Nunca Varios días
 Más de la mitad de esos días Casi todos los días

SÓLO MUJERES DE 50 AÑOS DE EDAD O MENOS: ¿Está embarazada? Sí No No sé

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

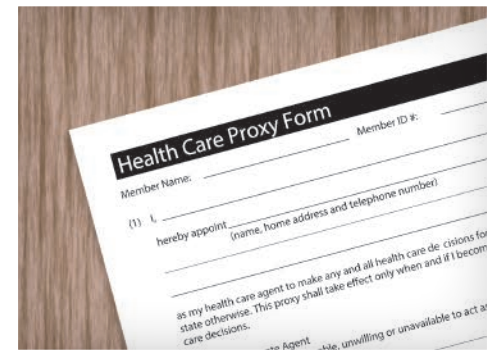
SOLO PERSONAS ENTRE 50 Y 75 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó los siguientes exámenes para descartar cáncer de colon?

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

¿Tiene alguna de las siguientes cosas?

- Directiva anticipada / Testamento vital (un documento que indica qué tratamiento médico desea si usted no puede expresarlo)
- Apoderado legal para decisiones médicas (una persona que puede tomar decisiones sobre su atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo)
- No, pero conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
- No, y no conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
- No, pero me interesa obtener más información: Sí* No

* Le enviaremos un formulario de directiva anticipada y apoderado legal para decisiones médicas.



**CONTESTE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENVÍELO POR CORREO A:
MetroPlusHealth • 50 Water Street, 7th Fl. • New York, NY 10004**