

Formulario de Evaluación para la atención de adultos mayores

**El proveedor revisor debe colocar la fecha y su firma en el formulario una vez completado.
Rellene el formulario en su totalidad y guárdelo en la historia clínica o en el historial de salud electrónico del miembro.**

Nombre y apellido del paciente:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del miembro:	Fecha de evaluación (obligatoria):
Teléfono del miembro:	Nombre del proveedor:	Teléfono del proveedor:	Idioma preferido del miembro:

Evaluación de la condición funcional

¿El paciente puede realizar de forma independiente todas las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (instrumental activities of daily living, IADLS) que se muestran a continuación?

Sí No

Si la respuesta es NO, el paciente necesita ayuda para:

ADL			IADL			
<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Bañarse	<input type="checkbox"/> Comer	<input type="checkbox"/> Comprar comida	<input type="checkbox"/> Usar el transporte	<input type="checkbox"/> Hacer labores domésticas	<input type="checkbox"/> Preparar comida
<input type="checkbox"/> Transferirse	<input type="checkbox"/> Usar el baño	<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Usar el teléfono	<input type="checkbox"/> Lavar ropa	<input type="checkbox"/> Tomar medicaciones	<input type="checkbox"/> Manejar el dinero

Información adicional: _____

Evaluación del dolor

¿El paciente tiene dolor? Sí No

***Si la respuesta es NO hay dolor, NO SIGA. Si la respuesta es SÍ, complete las preguntas sobre el dolor a continuación.**

En una escala de 0 a 10, donde 0 significa ningún dolor y 10 el peor dolor, ¿cómo califica el paciente su dolor hoy?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
No hay dolor		Duele un poco		Duele un poco más		Duele aún más		Duele mucho		Duele demasiado

Si la respuesta es SÍ, ¿el dolor es constante? Sí No

Fecha de inicio y ubicación(es) del dolor: _____

Fecha en la que se completó la evaluación del dolor y de la condición funcional:

Firma y credenciales del Proveedor:

Formulario de Evaluación para la atención de adultos mayores

**El proveedor revisor debe colocar la fecha y su firma en el formulario una vez completado.
Rellene el formulario en su totalidad y guárdelo en la historia clínica o en el historial de salud electrónico del miembro.**

Nombre y apellido del paciente:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del miembro:	Fecha de evaluación (obligatoria):
Teléfono del miembro:	Nombre del proveedor:	Teléfono del proveedor:	Idioma preferido del miembro:

Revisión de la medicación:

¿El paciente está tomando actualmente alguna medicación, vitaminas y suplementos herbales o de venta libre? Sí No

***Si la respuesta es SÍ, adjunte la lista de medicaciones o escriba las medicaciones a continuación.**

La revisión de la medicación y la lista de medicaciones deben presentarse en la misma fecha por un profesional autorizado para recetar o un farmacéutico clínico. Puede adjuntar una copia de la lista de medicaciones de su paciente desde su historial.

Nombre de la medicación y dosis	Cantidad/Días de suministro	Profesional que receta	Notas

Fecha en que se completó la Revisión de la medicación:

Firma y credenciales del Proveedor:

Planificación anticipada de atención

- Se discutió la Planificación anticipada de atención con el paciente, un familiar y/o un sustituto.
- No se discutió la Planificación anticipada de atención con el paciente, un familiar y/o un sustituto.
- Hoy se discutieron y documentaron en la historia clínica las voluntades anticipadas o un documento legal similar.
- Las voluntades anticipadas o un documento legal similar están presentes en la historia clínica.
- El paciente no deseaba o no podía nombrar a un sustituto para tomar decisiones ni proporcionar un plan anticipado de atención.
- Al paciente le interesa saber más sobre las voluntades anticipadas o documentos legales similares.

Guía de códigos

Medida	Código	Tipo	Descripción	Criterios de cumplimiento
Evaluación de la condición funcional	1170F	CPT II	Se evaluó la condición funcional.	Cualquiera de estos códigos *La evaluación también se puede realizar por teléfono o mediante consultas virtuales como telesalud.
	99483	CPT	Evaluación y planificación de la atención para un paciente con deterioro cognitivo, que requiere un historial independiente, en el consultorio u otro entorno ambulatorio, en el hogar o domicilio, o en una casa de reposo, con una lista de elementos específicos requeridos.	
	G0438	HCPCS	Visita de bienestar anual; incluye plan de prevención personalizado del servicio; primera consulta.	
	G0439	HCPCS	Visita de bienestar anual; incluye plan de prevención personalizado del servicio; consulta subsiguiente.	
Evaluación del dolor	1125F	CPT II	Gravedad del dolor cuantificada; dolor presente.	Cualquiera de estos códigos. *La evaluación también se puede realizar por teléfono o mediante consultas virtuales como telesalud.
	1126F	CPT II	Se cuantificó la gravedad del dolor; no hay dolor presente.	
Revisión de la medicación	1159F	CPT II	Lista de medicaciones documentada en la historia clínica.	Cualquiera de estos códigos, AND
	G8427	HCPCS	El profesional clínico elegible certifica haber documentado en la historia clínica que obtuvo, actualizó o revisó la medicación actual del paciente.	
	1160F	CPT II	Revisión de todas las medicaciones (como recetas, medicamentos de venta libre, terapias a base de hierbas y suplementos) por parte de un profesional autorizado para recetar o un farmacéutico clínico documentado en la historia clínica.	Cualquiera de estos códigos *No es necesaria una consulta ambulatoria. *El profesional autorizado para recetar o el farmacéutico clínico podrá realizar la revisión sin la presencia del miembro. *Sin embargo, la conciliación de la medicación de la medicina tradicional china debe realizarse a más tardar en la fecha de la consulta presencial.
	90863	CPT	Manejo farmacológico, incluidas la prescripción y revisión de la medicación, cuando se realiza junto con servicios de psicoterapia.	
	99483	CPT	Evaluación y planificación de la atención para un paciente con deterioro cognitivo, que requiere un historial independiente, en el consultorio u otro entorno ambulatorio, en el hogar o domicilio, o en una casa de reposo, con una lista de elementos específicos requeridos.	
	99495, 99496	CPT	Servicios de gestión de cuidados de transición (Transitional Care Management, TCM) después del alta hospitalaria con los siguientes elementos requeridos: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación (contacto directo, telefónico, electrónico) con el paciente y/o cuidador dentro de los 2 días hábiles posteriores al alta • Toma de decisiones médicas de complejidad al menos moderada (99495) o alta (99496) durante el período de servicio • Consulta presencial dentro de los 14 (99495) o 7 (99496) días calendario posteriores al alta y tras realizar la revisión y conciliación de la medicación. 	
99605, 99606	CPT	Servicios de gestión de terapia con medicación proporcionados por un farmacéutico, de forma individual, cara a cara con el paciente, con evaluación e intervención si se proporciona; 15 minutos iniciales, paciente nuevo.		

Guía de códigos

Medida	Código	Tipo	Descripción	Criterios de cumplimiento
Planificación anticipada de atención	99497	CPT	Planificación anticipada de atención, incluida la explicación y el análisis de las voluntades anticipadas, incluido el uso (y el relleno) de formularios estándar, por parte del médico u otro profesional de la salud calificado; primeros 30 minutos, cara a cara con el paciente, la familia y/o el sustituto. El código 99498 se puede utilizar por cada 30 minutos adicionales	Cualquiera de estos códigos *La evaluación debe realizarse cara a cara con el miembro, su familiar, cuidador o sustituto (según corresponda).
	1157F	CPT II	Plan anticipado de atención o documento legal similar presente en la historia clínica.	
	1158F	CPT II	Discusión sobre planificación anticipada de atención documentada en la historia clínica.	
	S0257	HCPCS	Asesoramiento y discusión sobre las voluntades anticipadas o la planificación de atención y las decisiones al final de la vida, con el paciente y/o su sustituto.	
	1123F	CPT II	Planificación anticipada de atención o sustituto para tomar decisiones documentado en la historia clínica. Plan anticipado de atención o sustituto para tomar decisiones documentado en la historia clínica.	
	1124F	CPT II	Planificación anticipada de atención discutida y documentada en la historia clínica. El paciente no deseaba o no podía nombrar a un sustituto para tomar decisiones ni proporcionar un plan anticipado de atención.	
	99483	CPT	Evaluación y planificación de la atención para un paciente con deterioro cognitivo, que requiere un historiador independiente, en el consultorio u otro entorno ambulatorio, en el hogar o domicilio, o en una casa de reposo, con una lista de elementos específicos requeridos.	
	Z66	ICD10 CM	No resucitar	

Recursos adicionales

Para obtener más información sobre la <i>Planificación anticipada de atención</i> o para descargar <i>Formularios rellenables del apoderado para atención médica</i> , visite:	<ul style="list-style-type: none"> • www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy
Además de la Revisión de la medicación, los proveedores también pueden revisar las <i>pautas sobre alternativas potencialmente más seguras a las medicaciones de alto riesgo</i> ; visite:	<ul style="list-style-type: none"> • metroplus.org/providers/provider-resources/forms-manuals-policies/provider-tools • Seleccione alternativas potencialmente más seguras a la medicación de alto riesgo