



Carlos Lara MD , Andrew Pogatzi MD, Yoany Guia MD , Eldere Germain MD  
Roberto Alvarez Garcia ARNP

ANNUAL WELLNESS VISIT QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE VISITA DE BIENESTAR ANUAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GENERO:  Masculino  Femenina

Por favor escribe una lista de todos sus medicos:

Nombre de Medico	Especialidad

Por favor indique todos sus medicamentos, incluyendo todos los suplementos

Nombre de Medicina	Dosis	Frecuencia

Estás al día con todos sus exámenes de salud preventivos y vacunas?

Vacunas y Examen	Si	No
Vacuna contra la neumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna contra el Flu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna de Shingles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografía Carotídea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Colesterol (HDL, LDL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoreo de Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papanicolaou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de PSA (prostático específico) (Hombres solamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene usted :  Testamento  Sustituto para el Cuidado de salud  Poder Legal

Ha cambiado su humor?  Si  No

Si ha cambiado, de que manera? \_\_\_\_\_

Está preocupado por su memoria?  Si  NO

Se Preocupa de caer?  Si  No



Carlos Lara MD , Andrew Pogiatzis MD, Yoany Guia MD , Eldere Germain MD  
Roberto Alvarez Garcia ARNP

ANNUAL WELLNESS VISIT QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE VISITA DE BIENESTAR ANUAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

En las últimas dos semanas , con que frecuencia ha tenido cualquiera de los siguientes problemas? <b>Utilice una (X) para cada respuesta correcta</b>	Para Nada	Algunos Dias	Más de la mitad de los días	Casi todos los dias
Poco interés o placer en hacer las cosas.				
Se siente triste, deprimido o sin esperanza.				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño o dormir demasiado.				
Sentirse cansado o tener poca energía.				
Falta de apetito o comer en exceso.				
Sentirse mal acerca de ti o sensación de que usted es un fracas o has fallado a si mismo o a su familia.				
Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer o ver la television.				
Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haber notado o lo contrario de ser tan inquieto o que se mueve mucho más de lo habitual.				
Los pensamientos que usted estaría mejor muerto o de querer hacerse daño de alguna manera.				

**Si contesto afirmativamente a cualquiera de las preguntas en este cuestionario: Cuantas dificultad han causado estos problemas en el trabajo, al atender su hogar o al llevarse bien con otras personas?**

<b>No es difícil para nada</b>	
<b>Algo difícil</b>	
<b>Muy difícil</b>	
<b>Extremamente difícil</b>	

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Carlos Lara MD , Andrew Pogiatzis MD, Yoany Guia MD , Eldere Germain MD  
Roberto Alvarez Garcia ARNP

ANNUAL WELLNESS VISIT QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE VISITA DE BIENESTAR ANUAL

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CUESTIONARIO**

**Por favor marque su nivel de comodidad para cada actividad con una (X)**

Actividad	Soy Independiente	Necesito ayuda	Soy dependiente	No lo hago
Bañar				
Vestir				
Arreglarse				
Cuidado bucal				
Ir al baño				
Movimiento				
Caminar				
Subir escaleras				
Comiendo				
Compras				
Cocinar				
Manejando Medicinas				
El uso del teléfono				
Tareas de la casa				
Lavando ropa				
Conducir				
Manejando Finanzas				

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Carlos Lara MD , Andrew Pogiatzis MD, Yoany Guia MD , Eldere Germain MD  
Roberto Alvarez Garcia ARNP

ANNUAL WELLNESS VISIT QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE VISITA DE BIENESTAR ANUAL

**EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS**

**Por favor marque su respuesta:**

Se ha caído antes o resultado herido a causa de una caída?	Si	No
Se siente más débil o tiene menos fuerza en los brazos y las piernas?	Si	No
Ha dejado de hacer las actividades diarias o evitado ejercicio porque tiene miedo de caerse?	Si	No
Se siente inestable o desbalanceado sobre sus pies cuando camina?	Si	No
Ha disminuido su fuerzas de las mano?	Si	No
Ha disminuido su vista o tiene problemas para ver la profundidad o para ver de noche?	Si	No
Se siente mareado cuando se pone de pie?	Si	No
Ha tenido pérdida de audición	Si	No
Tiene úlceras del pie, juanetes , dedos de martillo o callos que duelen o le causan a ajustar sus pasos?	Si	No
Tiene incontinencia?	Si	No

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_