



CC0050

Medicare Wellness Health Risk Assessment

**Por favor traiga las siguientes cosas a su cita:**

- Frascos de medicamentos, incluyendo vitaminas (o una lista actualizada, incluyendo la dosis, y con qué frecuencia los toma.)
- Lentes o Pupilentas
- Aparato Auditivo
- Aparato(s) para caminar
- Información médica previa (Si lo van a ver en la Clínica de Medicina Familiar por la primera vez)

Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario, o de su siguiente cita, por favor comuníquese a nuestra clínica, por medio del portal del paciente o al número (760) 934-2551.

**Fecha de su cita:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Hora para registrarse:** \_\_\_\_\_

**Regrese este formulario a la clínica para el:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Por favor regrese este formulario a este domicilio:**

*Mammoth Hospital - Family Medicine Clinic  
85 Sierra Park Road  
P. O. Box  
Mammoth Lakes, CA*



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____	Mes/Día/Año ____/____/____	Mes/Día/Año ____/____/____

**Otros Médicos y Proveedores de Atención Médica**

Nombre:	¿Por qué está viendo a estos doctores?

**Imunizaciones:** Si no sabe la fecha exacta, por favor recolecte y traiga esta información a su cita.

Vacuna Hepatitis B	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Vacuna de Tétanos, Difteria, Pertusis	Dónde _____	Mes/Día /Año ____/____/____
Vacuna Influenza	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Vacuna Pneumovax 23	Dónde _____	Mes/Día /Año ____/____/____
Vacuna Zostavax (Culebrilla)	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Vacuna Prevnar 13 (pneumonia #1)	Dónde _____	Mes/Día /Año ____/____/____

**Exámenes de Salud:** Si no sabe la fecha exacta, por favor recolecte y traiga esta información a su cita.

Examen Auditivo	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Detección de aneurisma aórtico	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____
Examen Dental	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Examen de los ojos/Glaucoma	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____
Colonoscopia	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Examen de sangre oculta en hecesfor	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____
Examen del de Colesterol	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Electrocardiograma (EKG)	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____
ECO Ecocardiograma	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____	Prueba de Densitometría Ósea (DEXA)	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

**Exámenes de Salud:** Si no sabe la fecha exacta, por favor recolecte y traiga esta información a su cita.

Hombres			Mujeres		Mes/Día /Año ____/____/____
Examen de la Próstata	Dónde: _____	MMIDDIYYYY ____/____/____	Mamograma	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____
Prueba Sanguínea del Antígeno Prostático Especifico	Dónde: _____	MMIDDIYYYY ____/____/____	Papanicolaou	Dónde: _____	Mes/Día /Año ____/____/____

**Historial Social:**

Uso de Alcohol: <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Nunca	Promedio de bebidas por episodio en el último año: _____
Tipo: <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otro: _____	Máximo de bebidas por episodio en el último año: _____
¿A qué edad comenzó? _____	¿A qué edad paro? _____
Tratamiento previo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alcohólicos Anónimos <input type="checkbox"/> Paciente Hospitalario <input type="checkbox"/> Paciente Ambulatorio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Con qué frecuencia toma un trago de alcohol? (Una bebida de alcohol se considera cualquiera de los siguientes: cerveza de 12 oz, vaso de vino de 5 oz, licor de 1.5oz [un trago])	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 3-5 veces por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por año <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> 1-2 veces por mes <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana
¿El consumo de alcohol <b>ha interferido con su trabajo o en su hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez <b>ha tomado más de lo previsto?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien ha sido lastimado o puesto en riesgo por su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna preocupación sobre <b>el consumo de alcohol</b> en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está listo(a) para cambiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Uso de Tabaco/ Sustancias Use**

¿Alguna vez <b>ha fumado</b> tabaco? <input type="checkbox"/> Nunca (menos de 100 en su vida) <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Actualmente	¿Alguna vez <b>ha masticado</b> tabaco? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Actualmente
Si actualmente fuma o mastica ¿le gustaría parar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene antecedentes de uso de drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

**Empleado/ Escuela**

<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado	Resuma su empleo actual o anterior: <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

**Ambiente en el hogar**

Describa su <b>situación de vivienda actualmente:</b>	<input type="checkbox"/> Casa/Independiente <input type="checkbox"/> Casa con asistencia <input type="checkbox"/> Solo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Sin hogar/Albergue <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Compañero(a) de piso <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Con quién vive?		

**Nutrición/ Salud**

Tipo de dieta (Si alguna):	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Calorías Restringidas <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Diabética
¿Tiene alguna preocupación sobre dormir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se siente altamente estresado(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Ejercicio**

Duración normal de ejercicio (en minutos): _____	
¿En un promedio con qué frecuencia hace ejercicio a la semana?	<input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Diario
¿Qué tipo de ejercicio?	<input type="checkbox"/> Aeróbicos <input type="checkbox"/> Ciclismo diario <input type="checkbox"/> Deportes organizados <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Nadar <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Levantar <input type="checkbox"/> Yôgã



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

<b>Cuestionario de Salud Mental (PHQ-9)</b> ¿Dentro de las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Circule uno para indicar su respuesta.)		Para Nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1)	Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2)	Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3)	Tiene dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o duerme demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4)	Sentirse cansado(a) o tener muy poca energía	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5)	Poco apetito o sobre come	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6)	Sentirse mal de si mismo, o pensar que es un fracaso o fallarle a usted mismo(a) o a su familia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7)	Tiene dificultad en concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8)	Moverse o hablar lentamente que otras personas pueden notarlo, o lo contrario - ser tan inquieto/ intranquilo que se mueve más de lo usual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9)	Pensamientos que sería mejor que estuviera muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Si marcó cualquiera de los problemas, que tan difícil han sido esos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las cosas de su hogar o llevarse bien con otras personas?		<input type="checkbox"/> No es difícil <input type="checkbox"/> Algo difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Sumamente difícil			
Continúa en la siguiente página ----->					



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

**Prueba de Seguridad En El Hogar**

¿Están los números de emergencia a un lado del teléfono y regularmente actualizados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Conocen todos los miembros del hogar los peligros de fumar, especialmente en la cama?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están disponibles y trabajando las alarmas de humo y los extinguidores de fuego?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Todos los miembros de la familia saben usarlos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están guardadas y descargadas todas las armas de fuego?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Han quitado y/o asegurado todos los tapetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene antideslizantes en todas las regaderas y tinas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienen todas las escaleras un pasamanos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están limpias las banquetas y las escaleras de afuera de juguetes, herramientas o artículos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están las puertas, los pasillos y las escaleras libres de desorden?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están trabajando bien los cables eléctricos, son fácilmente visibles, no corren debajo de los tapetes o de las alfombras, y no están envueltos con clavos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Evaluación de Riesgo de Caídas**

¿Se ha caído en los últimos 3 meses? (incluyendo desde la admisión)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido mareos o vértigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se ha orinado o se ha hecho del baño antes de llegar al baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Continua en la siguiente página ----->



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

<b>Instrucciones Médicas Anticipadas "Directiva Anticipada"</b>	
¿Tiene Instrucciones Médicas Anticipadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si marco NO, ¿Le gustaría recibir información sobre las Instrucciones Médicas Anticipadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si marco Sí, responda a las siguientes preguntas. ↓	
¿Cuándo fue la fecha en la que fueron finalizadas?	____ / ____ / ____
¿Cuál es el nombre de su sustituto?	_____
¿Qué tipo de Instrucciones Médicas Anticipadas tiene?	
<input type="checkbox"/> Donación de órganos/tejidos <input type="checkbox"/> Testamento Vital <input type="checkbox"/> Poder duradero para la atención médica <input type="checkbox"/> Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital. <input type="checkbox"/> Órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital	<input type="checkbox"/> Proxy de salud <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Poder notarial de salud activado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____
¿Es usted un donante de órganos/tejidos documentado? (¿En la licencia de conducir o dentro de una Directiva Anticipada?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dónde se encuentra su directiva anticipada? (Si la clínica no tiene una copia, por favor tráigala el día de su cita.)	_____ _____ _____



CC0050

Medicare Wellness HealthRisk Assessment

**¡ALTO! USO SOLAMENTE PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA  
¡NO MARQUE ESTA PÁGINA HASTA QUE SE LE INDIQUE!**

