

CHEQUEO DE BIENESTAR DE MEDICARE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Complete esta lista de control antes de visitar a su médico o profesional de enfermería. Con sus respuestas podrá recibir la mejor atención médica y de salud posibles.

1. ¿Es usted hombre o mujer?
 Hombre Mujer
2. ¿Cuál es su raza? (**Marque todas las opciones que correspondan**).
 Blanca
 Negra o afroamericana
 Asiática
 Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico
 Indoamericana o nativa de Alaska
 Origen o ascendencia hispana o latina
 Otras
3. ¿Cómo le ha ido en las **últimas cuatro semanas**?
 Excelente (no podría ser mejor)
 Bastante bien
 Buenos y malos momentos, en partes iguales
 Bastante mal
 Muy mal (no podría ser peor)
4. ¿Cómo valoraría su estado de salud en general **de las últimas cuatro semanas**?
 Excelente
 Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
5. ¿Su estado de salud física y emocional ha limitado, **en las últimas cuatro semanas**, sus actividades sociales con amigos, familia, vecinos u otros grupos sociales?
 Para nada
 Un poco
 Más o menos
 Bastante
 Definitivamente
6. ¿A nivel general, con qué intensidad y frecuencia ha sido su dolor corporal en las **últimas cuatro semanas**?
 Sin dolor
 Muy leve
 Leve
 Moderado
 Severo
7. ¿En las últimas cuatro semanas, ha tenido a alguien a su disposición para ayudarlo si lo necesitaba y requería? (Por ejemplo, si se sintió muy nervioso, solitario o triste, si enfermó y tuvo que reposar, si necesitó a alguien con quien hablar, si necesitó ayuda con las tareas cotidianas o si simplemente necesitó ayuda para cuidar de sí mismo).
 Sí, tanto como he querido
 Sí, bastante
 Sí, un poco
 Sí, muy poco
 No, para nada
8. En las últimas cuatro semanas, ¿cuál ha sido el ejercicio o actividad física más intensa que ha podido realizar, al menos, durante dos minutos?
 Muy intenso (como correr con rapidez o subir escaleras)
 Intenso (como trotar o nadar)
 Moderado (como caminata)
 Ligero (como estiramientos o caminar despacio)
 No hago nada de ejercicio
9. ¿Puede desplazarse, sin ayuda, a los sitios a los que le gustaría ir y que no están a una distancia a pie? (Por ejemplo, ¿puede viajar solo en autobús o taxi, o conducir su propio vehículo?)
 Sí No
10. ¿Puede realizar la compra de su despensa o su ropa sin la ayuda de alguien?
 Sí No
11. ¿Puede preparar sus propias comidas?
 Sí No
12. ¿Puede realizar las tareas domésticas sin ayuda?
 Sí No
13. Debido a algún problema de salud, ¿necesita la asistencia de otra persona para atender sus necesidades de cuidado personal, como comer, bañarse, vestirse o andar por su casa?
 Sí No
14. ¿Puede administrar su propio dinero sin ayuda?
 Sí No

15. ¿Le resulta difícil conducir su vehículo?

- Sí, con frecuencia
- En ocasiones
- No
- No aplicable, no dispongo de un vehículo

16. ¿Siempre que viaja en un vehículo se abrocha el cinturón de seguridad?

- Sí, normalmente
- Sí, en ocasiones
- No

17. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas cuatro semanas, le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Rara vez	En ocasiones	A menudo	Siempre
Caídas o mareos al ponerse de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en su vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con sus dientes o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio o fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Ha sufrido dos o más caídas en el último año?

- Sí
- No

19. ¿Tiene temor a caerse?

- Sí
- No

20. ¿Es fumador(a)?

- No
- Sí, y quizá lo deje
- Sí, pero aún no estoy listo para dejarlo

21. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para tomar sus medicamentos de la forma que le indicaron?

- (N/A) No necesito tomar medicamentos
- Siempre los tomo tal como me los recetaron
- En ocasiones los tomo como me los recetaron
- Rara vez los tomo como me los recetaron

22. ¿Qué tan seguro está de poder controlar y gestionar la mayoría de sus problemas de salud?

- Muy seguro
- Algo seguro
- No muy seguro
- No tengo problemas de salud

23. ¿Cuántas horas de sueño suele tener?

- 0-3
- 4-6
- 7-10
- Más de 10

24. ¿Ronca o le han dicho que ronca?

- Sí
- No

25. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia se ha sentido excesivamente cansado?

- A menudo
- En ocasiones
- Casi nunca
- Nunca

26. ¿Ha experimentado, al igual que muchas personas, de fugas de orina, denominada incontinencia urinaria en los últimos seis meses?

- Sí
- No

27. ¿Tiene problemas con su visión?

- Sí
- No

28. ¿Utiliza lentes de contacto o anteojos?

- Sí
- No

29. ¿Tiene problemas con su audición?

- Sí
- No

30. ¿Utiliza audífonos u otros dispositivos que le ayuden en su audición?

- Sí
- No

31. ¿Ha experimentado algún problema de memoria o razonamiento?

- Sí
- No

32. ¿Algún familiar o amigo le ha dicho que a usted le cuesta recordar cosas?

- Sí
- No

33. En caso de que una lesión o enfermedad le incapacite para tomar decisiones sobre su atención médica ¿ya cuenta con una declaración jurada, un testamento vital o un poder notarial?

- Sí
- No

34. ¿Le preocupa alguna de las siguientes cuestiones?

- Sí
 - No
 - Sí
 - No
 - Sí
 - No
- Tener una vivienda estable y segura
Acceso a una alimentación
Transporte