

Cuestionario de Evaluación Sobre Riesgos de Salud

Sólo para Uso de la Oficina: Visita de Bienestar Medicare Bienvenido a visita de Medicare

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

En general ¿Usted diría que su salud es?

- Excelente
 Buena
 Ni buena ni mala
 Mala

En general ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida en?

- Muy satisfecho
 Satisfecho
 Insatisfecho
 Muy insatisfecho

¿En los últimos 7 días, cuánto dolor ha sentido?

- Nada
 Algo
 Mucho

¿Generalmente hace ejercicio al menos 30 minutos o más, 5 días a la semana?

- Sí
 No

¿Generalmente lleva una dieta que tenga al menos 4 porciones de frutas y verduras, incluyendo cereal integral y fibra y evita porciones de alimentos ricos en grasa que no sea sólo ocasionalmente?

- Sí
 No

¿Cómo describiría la condición de su boca y dientes (incluyendo dientes y dentaduras postizas)?

- Excelente
 Buena
 Mala

En una semana normal ¿Cuánto alcohol bebe?

- Nada
 Una bebida al día o menos
 Dos bebidas al día
 Más de dos bebidas al día

¿Bebe usted 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- Sí
 No

¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando está en el auto?

- Sí
 No

¿Sabe dónde localizar y utilizar correctamente un botiquín de primeros auxilios y un extinguidor de fuego en caso de emergencia?

- Sí
 No

¿En los últimos 7 días necesitó ayuda de otros para realizar sus actividades diarias tales como comer, vestirse, arreglarse, bañarse, caminar o utilizar el baño?

- Sí
 No

¿En los últimos 7 días, usted necesitó ayuda de otros para encargarse de cosas tales como lavar la ropa y el aseo de la casa, ir al banco, ir de compras, utilizar el teléfono, preparar la comida, transporte o tomar sus propios medicamentos?

- Sí
 No

¿En los últimos 7 días ha tenido problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?

- Sí
 No

¿En los últimos 7 días ha tenido problemas de estreñimiento?

- Sí
 No

En el último año ha tenido:

- 2 o más caídas o 1 caída con una lesión
 Ninguna caída o 1 caída sin lesión

¿Su casa tiene tapetes en el pasillo?

- Sí
 No

¿Su casa tiene barras de apoyo en el baño?

- Sí
 No

¿Su casa tiene pasamanos en las escaleras?

- Sí
 No

¿Su casa tiene buena iluminación?

- Sí
 No

¿Usted o alguno de sus amigos o miembros de su familia tienen alguna preocupación con respecto a su memoria?

- Sí
 No

(CONTINUA EN LA SIGUIENTE PAGINA)

Cuestionario de Evaluación de Riesgos sobre la Salud

¿Tiene algún problema con su oído?

- Si
- No