

Salud y Evaluación Social

Nombre: _____ DOB: _____

¿Qué idioma prefiere que nos comuniquemos con usted? (Por favor marque uno)

Inglés Español Otro: _____

Va a necesitar la asistencia de un intérprete? Yes No

Tiene un (a):

	Sí	No	Copy Provided
Testamento de vida			
Directiva Avanzado			
DNR (No Resusitate)			
Poder legal duradero			

¿Quién habla por usted si usted no puede tomar decisiones sobre salud?

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Historial Médico

¿Usted o algún miembro de su familia inmediata sido diagnosticados con alguna de las siguientes? (Marque todas que apliquen)

	Usted mismo	Madre	Padre	Hermano(s) Hermana(s)	Abuelos
Ansiedad / Depresión					
Desorden Bipolar					
Cáncer (cualquier tipo)					
Demencia/Alzheimer's					
Diabetes					
Enfermedad Cardíaca					
Presión Alta					
Colesterol Alto					
Insomnio					
Esquizofrenia					
Apnea del sueño					
Stroke					
Enfermedad de Tiroides					

mi madre está: Vivo/Muerto Edad: _____ Causa: _____

mi padre está: Vivo/Muerto Edad: _____ Causa: _____

Antecedentes Quirúrgicos

	Sí	No	Año		Sí	No	Año
Apendectomía				Histerectomía			
Extracción de cataratas				Reemplazo de rodilla			
Vesícula biliar				Mastectomía			
Bypass de corazón				Implantación de Marcapasos			
Colocación de un stent cardíaca				Tonsilectomía			
Reemplazo de válvula cardíaca				Ligadura de las Trompas			
Reparación de una hernia				Otro			
Cadera reparación/reposición				Otro			

Pruebas Médico Previo

Por favor, dar la fecha de su última examen(s):

Examen de los ojos Rehusó No Sí Fecha: _____

Examen de oír Rehusó No Sí Fecha: _____

Colonoscopia Rehusó No Sí Fecha: _____

Densidad del hueso(DEXA) Rehusó No Sí Fecha: _____

CPAP/BiPAP utilizar No Sí

SOLAMENTE PARA HOMBRES:

Examen de Próstata Rehusó No Sí Fecha: _____

PSA prueba de sangre Rehusó No Sí Fecha: _____

SÓLO PARA MUJERES:

Mamografía Rehusó No Sí Fecha: _____

Papanicolau Rehusó No Sí Fecha: _____

De los últimos 5 años ha estado hospitalizado por alguna razón? No En caso que si, por favor enumere.

Año	Hospital	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Inmunizaciones

Vacuna de Gripe Rehusó No Sí Año: _____
Vacuna pulmonía Rehusó No Sí Año: _____
Vacuna Tétano / Tos Frina Rehusó No Sí Año: _____
Zóster (culebrilla) vacuna Rehusó No Sí Año: _____

¿Usted tiene cualquier clase de reacción con estas vacunas? Sí No

Económico

¿Cuál es su nivel de educación? _____

¿Qué has hecho para el trabajo? _____

~~~~~

¿Tiene dificultad en pagar por sus medicinas?    Sí     No

¿Toma menos medicación que prescribe para ahorrar costes?    Sí     No

\* ¿Le gustaría recibir ayuda para pagar sus medicamentos?    Sí     No

~~~~~

* ¿Necesita ayuda con el transporte? Sí No

Social

¿Cuál es su estado civil?

Soltero Separado Casado Divorciado Viuda

¿Tiene hijos (vivos y difuntos)? Sí No

¿Es su situación de vivienda actual permanente? Sí No

Quién está usted actualmente viviendo?

Solo Esposo Familia Amigos Otro

~~~~~

¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?    Sí     No

¿Cuánto fumaste al día?    ½ paquete o menos     1 paquete     1-2 paquetes

¿Cuántos años has fumado? \_\_\_\_\_    ¿Cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_

\* ¿Estaría usted interesado en participar en el programa para dejar de fumar?    Sí     No

~~~~~

¿Consume sustancias que contengan cafeína? Sí No

Café Té Soda Bebidas de Energía Chocolate

~~~~~

¿Bebe alcohol?    Sí     No

Cada día     Semanalmente     Raramente     Socialmente     A Veces

\* ¿Estaría usted interesado en la ayuda dejar de tomar?    Sí     No

# **Movilidad / Salud Física**

¿Utiliza una ayuda para caminar? No  En caso que si, por favor marque a continuación:

Bastón  Silla de Ruedas  Andadera

¿Se ha caído en el año pasado? Sí  No

En caso que si, describa brevemente lo que pasó cuando te caíste:

---

---

---

---

\* *Quieres recibir educación sobre las caídas y el equilibrio?* Sí  No

~~~~~

¿Qué hace usted para quedarse físicamente activo?

Camina Golf Bicicleta Nadar Tenis Yoga

Otro: _____

Cada día 2-3 veces por semana 4-5 veces por semana A Veces

~~~~~

¿Cuál es su farmacia preferida? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún medicamentos? \_\_\_\_\_

~~~~~

Por favor liste cualquier otros doctores que estás viendo ahora:
