

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Revisión de los Antecedentes Médicos

Marque con un círculo uno

¿Ha habido algún cambio en los antecedentes médico familiares en el último año?	Sí	No
¿Se ha sometido a alguna cirugía u hospitalización en el último año?	Sí	No
¿Es tratado regularmente por otro médico?	Sí	No
¿Ha tenido un cambio en su capacidad para cuidar de sí mismo en los últimos 3 meses?	Sí	No
¿Se ha caído en el último año?	Sí	No
¿Experimenta pérdida de audición o fluctuación en su audición?	Sí	No
¿Le cuesta escuchar conversaciones?	Sí	No
¿Le es necesario subir el volumen de la televisión para poder oír?	Sí	No
¿Usted o su familia tienen inquietudes sobre su memoria?	Sí	No
¿Experimenta incontinencia urinaria (goteo de orina)?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cuánto afecta su calidad de vida?	Nada	Algo Mucho

Revisión de las Actividades Diarias

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades diarias? (Seleccione todas las que correspondan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Bañarse |
| <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Pagar las cuentas/finanzas |
| <input type="checkbox"/> Administrar los medicamentos | <input type="checkbox"/> Comprar | <input type="checkbox"/> Preparar la comida |
| <input type="checkbox"/> Labores del hogar | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda | |

Si marcó como afirmativa alguna de las anteriores, ¿quién lo ayuda? _____

¿Puede conducir?	Sí	No
¿Alguna vez le ha preocupado que se quede sin comida antes de conseguir dinero para comprar más?	Sí	No
¿Tiene problemas para pagar sus facturas de servicios públicos?	Sí	No

Seguridad

¿Tiene escaleras?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿tienen pasamanos las escaleras?	Sí	No
¿Tiene alfombras, pisos resbaladizos o inseguros en su hogar?	Sí	No
¿Tiene barras de apoyo en el baño/ducha/bañera?	Sí	No
¿Tiene su casa detectores de humo?	Sí	No
¿Tiene pistolas o armas en su casa?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿están guardadas bajo llave?	Sí	No
¿Teme por su seguridad personal en su propia casa?	Sí	No
¿Ha sido empujado, golpeado o amenazado en su propia casa?	Sí	No

¿Tiene una POLST (Orden Médica para Soporte Vital), un testamento en vida o una voluntad anticipada?	Sí	No
Si no, ¿le gustaría discutir estas opciones?	Sí	No