

## Examen de bienestar para aquellos 65 y mayor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Doctores que visite regularmente: Razón: Mes/Año de su última cita

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de su último examen de la vista \_\_\_\_\_ Clínica/proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen dental \_\_\_\_\_ Clínica/proveedor: \_\_\_\_\_

Lista de cualquier vacunación que se le haya administrado en otra clínica/Emergencia/farmacia: Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez se ha hecho le prueba para cáncer del colon (colonoscopia)? Si No

Fecha: \_\_\_\_\_ Clínica o Proveedor: \_\_\_\_\_

Esta interesado en continuar con las pruebas de cáncer del colon? Si No

Alguna vez se ha hecho la prueba de hepatitis hepática o VIH? Si No

Fecha: \_\_\_\_\_ Clínica o Proveedor: \_\_\_\_\_

Es usted fumador actual o anterior? Si No

Cuantos años ha fumado? \_\_\_\_\_ Cantidad promedio de paquetes que se fumó por día? \_\_\_\_\_

Cuando deajo de fumar? \_\_\_\_\_

Puede comprar comestibles o ropa sin ayuda? Si No

Puede preparar sus propias comidas?	Si	No
Puede hacer su propio trabajo de casa sin ayuda?	Si	No
Puede manejar su propio dinero sin ayuda?	Si	No
Puede bañarse, vestirse y moverse por su casa sin ayuda?	Si	No
Usualmente se ajusta el cinturón de seguridad mientras esta en el carro?	Si	No
Puede llegar a lugares a larga distancia para caminar, sin ayuda? ( conduciendo,autobús,etc) Yes		No
Si maneja, tiene dificultades para conducir su auto?	Si	No
Teme caerse?	Si	No
Se ha caído en los últimos 3 meses?	Si	No
Se ha caído dos veces en el ultimo año?	Si	No
Tiene que usar un bastón, andador, o muletas cuando camina?	Si	No
Necesita agarrarse de algún mueble al caminar para prevenir una caída?	Si	No
Entiende sus propias limitaciones físicas?	Si	No
Se cae o se siente mareado al levantarse?	Si	No
Tiene problemas para tomar su medicamento como se le ha indicado	Si	No
Tiene testamento vital o poder notarial?	Si	No
Se preocupa sobre su memoria ?	Si	No

En las ultimas 2 semanas con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Circule su respuesta)

0=Para Nada    1=Varios días    2=Mas de la mitad de los días    3=Casi todos los días

0 1 2 3

1. Poco interés o placer en hacer las cosas?

0 1 2 3

2. Sintiéndose bajo, deprimido, o sin esperanza?

0 1 2 3

3. Problemas para dormir o quedarse dormido, o durmiendo demasiado?

0 1 2 3

4. Sintiéndose cansado o con muy poca energía?

0 1 2 3

5. Pobre apetito o comer en exceso?

0 1 2 3

6. Sintiéndose mal sobre si mismo o que es un fracaso o que ha decepcionado a alguien?

0 1 2 3

7. Problemas en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?

0 1 2 3

8. Se mueve o habla tan lentamente que otras personal se han dado cuenta, o al contrario esta inquieto o mucho mas inquieto de lo normal?

0 1 2 3

9. Pensar que estaría mejor muerto o que se haría daño de alguna manera?

Si hizo un circulo en CUALQUIER problema, que tan DIFICIL le ha sido hacer su trabajo, cuidar de su hogar o llevarse bien con las demás personas teniendo estos problemas?

Nada dificil

Algo dificil

Muy dificil

Extremadamente dificil

## Salud del Hombre

*Puede pasar la siguiente sección si ha completado este formulario anteriormente y no se ha modificado.*

Tiene antecedentes familiares de cáncer de próstata? Si No

Si es así, cual es la relación familiar a usted ? \_\_\_\_\_

Qué edad tenían cuando se les diagnosticó el cáncer? \_\_\_\_\_

Desea discutir algún problema sexual? Si No

## Salud de la Mujer

*Puede pasar a la siguiente sección si ve a un obstétrico/ginecólogo para su examen de salud anual.*

*O si ha completado este formulario anteriormente y no se ha modificado.*

\_\_\_\_\_ Fecha de su última mamografía

Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama? Si No

Relación a usted: \_\_\_\_\_ Edad el momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Está interesado en continuar con la detección del cáncer de mama? Si No

\_\_\_\_\_ Fecha de su última prueba de Papanicolaou

Alguna citología anormal previamente? Si No

Ha tenido una histerectomía? Si No

Está interesada en continuar con la detección del cáncer cervical? Si No

\_\_\_\_\_ Fecha de su última DEXA ( Exploración de densidad ósea)

Alguna vez le han dicho que tiene osteopenia u osteoporosis? Si No

Desea discutir algún problema sexual? Si No

Tiene problemas con su paso o habilidad para bajarse de la cama o de una silla?

- No
- Debilidad
- Discapacidad significativa

Durante las últimas 4 semanas cuanto dolor corporal ha tenido en general?

- Nada de dolor
- Dolor muy leve
- Dolor leve
- Dolor moderado
- Dolor severo

Durante las últimas 4 semanas hubo alguien disponible para ayudarle si necesitaba y quería ayuda? *(Si se sintió ansioso, solo, necesitaba ayuda con los quehaceres, o estaba enfermo, alguien le pudo ayudar?.)*

- Si, tanto Como quise
- Si, bastante
- Si, algo
- Si, poco
- No, para nada

Durante las últimas 4 semanas, cual fue la actividad física más difícil que pudo hacer durante al menos 2 minutos?

- Muy pesado
- Pesado
- Moderado
- Leve
- Muy leve

Está teniendo dificultades para manejar su carro?

- Si, seguido
- A veces
- No

No me aplica, No manejo

Durante las últimas 4 semanas cuantas bebidas de vino, cerveza, u otra bebida de alcohol ha consumido?

10 o más por semana

6-9 por semana

2-5 por semana

1 bebida o menos por semana

Nada de alcohol

Hace ejercicio por 30 minutos 5 o más días a la semana?

Si, la mayoría del tiempo

Hago ejercicio pero no tanto así

No, por lo general no hago ejercicio

Que tan seguro esta de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?

Muy confiado

Algo confiado

No muy confiado

No tengo ningún problema de salud

Durante las últimas 4semanas como calificaría su salud en general?

Excelente

Muy bien

Bien

Mas o menos

Pobre