



Síntomas

Fiebre_____No	Sí	Eructos_____No	Sí	Ataques de panico/ ansiedad_____No	Sí
Escalofríos_____No	Sí	Acidez_____No	Sí	Llantos_____No	Sí
Malestar_____No	Sí	Reflujo ácido_____No	Sí	Tristeza_____No	Sí
Fatiga_____No	Sí	Estreñimiento_____No	Sí	Cambios de humor_____No	Sí
Bajo de peso_____No	Sí	Diarrea_____No	Sí	Falta de disfrute_____No	Sí
Aumento de peso_____No	Sí	Vómitos de sangre No	Sí	Pesimismo_____No	Sí
↓ Appetito _____No	Sí	Heces negras_____No	Sí	Alucinaciones_____No	Sí
↑ Appetito _____No	Sí	Sangre en heces_____No	Sí	Hiperactividad_____No	Sí
Insomnia _____No	Sí	Incontinencia de heces No	Sí	Problemas de sangrado _____No	Sí
Retención de líquidos_ No	Sí	Hemorroides_____No	Sí	Nodos inflamados_____No	Sí
Intolerancia al frío _____No	Sí	Dolor rectal _____No	Sí	Anemia (sangre baja)_No	Sí
Sudores_____No	Sí	Dolor al orinar _____No	Sí	Infecciones frecuentes_No	Sí
Vision borrosa_____No	Sí	Sangre en la orina_____No	Sí	Venas varicosas_____No	Sí
Cataratas_____No	Sí	Urinación frecuente_ No	Sí	Erupciones en piel_ No	Sí
Picor del párpado_____No	Sí	Urgencia urinaria_ No	Sí	Lunares cambiando_ No	Sí
Flotadores en ojos_____No	Sí	Vaciado incompleto_ No	Sí	Llagas en piel_____No	Sí
Vision doble_____No	Sí	Urinación nocturna excesiva_____No	Sí	Problemas de uñas/ cabello_____No	Sí
Congestion Nasal_____No	Sí	Incontinencia urinaria No	Sí	Alergias	
Nariz que moquea_____No	Sí	Dolor en las coyunturasNo	Sí	Alergia a Penicilina_____No	Sí
Picor de nariz_____No	Sí	Inflamación en las coyunturas_____No	Sí	Alergia a Sulfamida_____No	Sí
Sangrado en nariz_____No	Sí	Dolor en cuerpo_____No	Sí	Alergia a Aspirina_____No	Sí
Goteo postnasal_____No	Sí	Dolor en espalda crónico_____No	Sí	Alergia a Narcótico_____No	Sí
Dolor de garganta_____No	Sí	Debilidad _____No	Sí	Otras Alergias_____No	Sí
Zumbido del oído_____No	Sí	Dolor muscular_____No	Sí	Solo Mujeres	
Perdida de audicion_____No	Sí	Puntos sensibles_____No	Sí	Flujo vaginal/picazón_ No	Sí
Dolor de oído_____No	Sí	Inflamación en piernas_No	Sí	Dolor pélvico_____No	Sí
Oídos tapados_____No	Sí	Calambre en piernas_ No	Sí	Menstruaciones anormales_____No	Sí
Drenaje de oídos_____No	Sí	Dolor en cuello crónicoNo	Sí	Sofocos_____No	Sí
Tos_____No	Sí	Inestabilidad caminando_____No	Sí	Disminución del deseo sexual_____No	Sí
Resollar_____No	Sí	Dolor de cabeza frecuente_____No	Sí	Dolor en senos_____No	Sí
Falta de aliento_____No	Sí	Adormecimiento/ estermecimiento_____No	Sí	Chichón en senos_____No	Sí
Tos con sangre_____No	Sí	Neuropatía_____No	Sí	Secreción del pezón_ No	Sí
Respiración dolorosa_ No	Sí	Convulsiones_____No	Sí	Terapia hormonal_____No	Sí
Estridor_____No	Sí	Cambio de estado mental_____No	Sí	Solo Hombres	
Dolor de pecho_____No	Sí	Mareos_____No	Sí	Dificultad iniciar orina No	Sí
Sin aliento con activid No	Sí	Vértigo_____No	Sí	Urinación lenta_____No	Sí
Palpitaciones_____No	Sí	Problemas de memoriaNo	Sí	Masas testiculares No	Sí
Sudoración profusa_ No	Sí	Temores_____No	Sí	Disminución del deseo sexual_____No	Sí
No se puede acostar_ No	Sí	Desmayos _____No	Sí	Erecciones problemáticas No	Sí
Despierta jadeando_ No	Sí	Depresión_____No	Sí		
Hinchazón de pies_____No	Sí				
Desmayos _____No	Sí				
Dolor abdominal_____No	Sí				
Náusea_____No	Sí				
Vomitarse_____No	Sí				
Indigestion frecuente No	Sí				

NAME:

DOB:

Nombre: _____ Fecha: _____ Fec de Nac: _____

Lista para su Visita Anual Medicare Wellness

Por favor completar la lista antes de ver al doctor o enfermera. Sus respuestas ayudaran a proveerle el mejor cuidado de salud posible.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto le han molestado los problemas emocionales, como sentirse ansioso, deprimido, irritable, triste o desanimado y triste?

- De ningún modo
- Ligeramente
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿Su salud física y emocional limita sus actividades sociales con amigos de la familia, vecinos o grupos?

- De ningún modo
- Ligeramente
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto dolor corporal has tenido generalmente?

- Ningún dolor
- Dolor muy leve
- Dolor leve
- Dolor moderado
- Dolor severo

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿Alguien estaba disponible para ayudarte Sí neceSítabas y querías ayuda? Por ejemplo, Sí se sentía muy nervioso, solo o triste, se enfermó y tuvo que quedarse en la cama, neceSítaba hablar con alguien, neceSítaba ayuda con las tareas diarias o neceSítaba ayuda solo para cuidarse a sí mismo.

- Sí, tanto como quisiera
- Sí, bastante
- Sí, algo
- Sí, un poco
- No, no en absolute

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuál fue la actividad física más difícil que pudo hacer durante al menos dos minutos?

- Muy pesada
- Pesada
- Moderado
- Ligero
- Muy ligero

	Sí	No
6. ¿Puede ir a lugares fuera de la distancia a pie Sí ayuda? Por ejemplo, ¿puede viajar solo en autobús, taxi o manejando su propio automóvil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Puede hacer comestibles o ropa Sí ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Puede prepararse su propias comidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Puede hacer su propio trabajo de casa Sí ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Puede manejar su propio dinero Sí ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿NeceSíta ayuda para comer, bañarse, vestirse o moverse en su casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su salud en general?

- Excelente
- Muy bien
- Bien
- Justa
- Pobre

13. ¿Cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas?

- Excelente
- Muy bien
- Bien y mal por igual
- Bastante mal
- Muy mal

14. ¿Tiene dificultades para conducir su automóvil?

- Sí, bastante
- A veces
- No
- No aplica, no uso un automóvil

15. ¿Siempre se asegura el cinturón cuando en un automóvil?

- Sí, usualmente
- Sí, a veces
- No

16. ¿Con qué frecuencia durante las últimas 4 semanas le han molestado alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Raramente	A veces	Amenudo	Siempre
Caer o merearse al estar de pie	<input type="radio"/>				
Problemas sexuales	<input type="radio"/>				
Problemas para comer bien	<input type="radio"/>				
Dientes o denturas	<input type="radio"/>				
Problemas usando el telefono	<input type="radio"/>				
Cansado o fatigado	<input type="radio"/>				

17. ¿Se ha caído más de 2 veces durante el último año?

- Sí
- No

18. ¿Le tiene miedo a las caídas?

- Sí
- No

19. ¿Usted es un fumador?

- No
- Sí, podría cesar
- Sí, pero no estoy listo a cesar

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuántas bebidas de vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas tomaste?

- 10 o mas por semana
- 6-9 por semana
- 2-5 por semana
- 1 o menos por semana
- No bebo alcohol

21. ¿Hace ejercicios durante unos 20 minutos 3 o más días por semana?

- Sí, la mayo parte del tiempo
- Sí, a veces
- No, usualmente no hago mucho ejercicio

22. ¿Le han dado alguna información para ayudarle con lo siguiente?

- ¿Peligros en su casa que pueden lastimarte?
 Sí No
- ¿Manteniendo su lista de medicamentos?
 Sí No

23. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para tomar los medicamentos en la forma en que le han dicho que los tome?

- No tomo medicamentos
- Siempre los tomo como se me receto
- A veces los tomo como me lo recetaron
- Raramente me los tomo como se me receto

24. ¿Qué tan seguro está de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?

- Bien seguro
- Algo seguro
- No muy seguro
- No tengo ningun problema de salud

¿Cúantos años tiene? 65-69 70-79 80 o mayor

¿Es hombre o mujer? Hombre Mujer

¿Cúal es su grupo racial?

- Caucásico
- Afroamericano
- Asiatico
- Hawaiano Nativo/ Otro Isleño del Pacifico
- Indio Americano/ Nativo de Alaska
- Hispano o Latino
- Otro