

CHEQUEO DE BIENESTAR DE MEDICARE

Complete esta lista de chequeo antes de ver a su médico o enfermera. Sus respuestas lo ayudarán a recibir la mejor atención médica posible.

1. ¿Cuántos años tiene?

- 18-64 65-69 70-79 80 años o más

2. ¿Es hombre o mujer?

- Hombre Mujer

3. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuán preocupado se ha sentido por problemas emocionales, como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o abatimiento?

- Nada
 Levemente
 Moderadamente
 Bastante
 Extremadamente

4. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿su salud física y mental ha limitado sus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos?

- Nada
 Levemente
 Moderadamente
 Bastante
 Extremadamente

5. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuánto dolor corporal ha tenido por lo general?

- Ningún dolor
 Dolor muy leve
 Dolor leve
 Dolor moderado
 Dolor intenso

6. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿hubo alguna persona disponible para ayudarlo en caso de que quisiera y necesitara asistencia? (Por ejemplo, si se sintió muy nervioso, solo o triste; se enfermó y tuvo que permanecer en la cama; necesitó a alguien con quien hablar; necesitó ayuda con las tareas diarias; o necesitó ayuda para cuidar de sí mismo).

- Sí, todo lo que necesité
 Sí, mucho
 Sí, bastante
 Sí, poco
 No. Nada

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

7. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuál fue la actividad física más exigente que pudo hacer por al menos dos minutos?

- Muy intensa
 Vigorosa
 Moderada
 Ligera
 Muy leve

8. ¿Puede ir a lugares distantes, sin ayuda? (Por ejemplo, puede viajar solo en autobuses o taxis, o manejar su propio auto?)

- Sí No

9. ¿Puede ir a comprar ropa o alimentos sin la ayuda de otra persona?

- Sí No

10. ¿Puede cocinar sus comidas?

- Sí No

11. ¿Puede hacer las tareas domésticas sin ayuda?

- Sí No

12. ¿Necesita la ayuda de otra persona en sus necesidades de cuidado personal, por ejemplo, al comer, bañarse, vestirse o moverse en la casa debido a algún problema de salud?

- Sí No

13. ¿Puede administrar su dinero sin ayuda?

- Sí No

14. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cómo calificaría su salud en general?

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

15. ¿Cómo le ha ido con sus cosas en estas **últimas cuatro semanas**?

- Muy bien; no podría estar mejor
- Bastante bien
- Con momentos buenos y malos casi por igual
- Bastante mal
- Muy mal. No podría estar peor

16. ¿Tiene problemas para manejar su auto?

- Sí, a menudo
- A veces
- No
- No aplica. No uso un auto

17. ¿Se ajusta siempre el cinturón de seguridad cuando sube al auto?

- Sí, por lo general
- Sí, a veces
- No

18. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿con qué frecuencia se sintió *preocupado* por alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
Caídas o mareos mientras cuando se para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para comer bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas dentales o de desviación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para usar el teléfono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio o fatiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Se ha caído dos o más veces en **el último año**?

- Sí
- No

20. ¿Tiene miedo de caerse?

- Sí
- No

21. ¿Es fumador?

- No
- Sí, pero puedo dejar de fumar
- Sí, pero aún no estoy listo para dejar de fumar

22. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuántas copas de vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas ha tomado?

- 10 o más copas por semana
- De 6 a 9 copas por semana
- De 2 a 5 copas por semana
- Una copa o menos por semana
- No consumo alcohol

23. ¿Hace ejercicio alrededor de 20 minutos, tres o más días a la semana?

- Sí, normalmente
- Sí, algunas veces
- No. Por lo general no hago tanto ejercicio

24. Indique si se le dio información para ayudarlo con lo siguiente: Peligros en su casa que puedan hacerle daño

- Sí
- No

Llevar un registro de sus medicamentos

- Sí
- No

25. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para tomar sus medicamentos como le indicaron que las tome?

- No debo tomar medicamentos
- Siempre los tomo según lo recetado
- A veces los tomo según lo recetado
- Casi nunca los tomo según lo recetado

26. ¿Cuán seguro se siente de poder controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?

- Muy seguro
- Algo seguro
- No muy seguro
- No tengo problemas de salud

27. ¿A qué raza pertenece? (**Marque todas las opciones que correspondan**).

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Indio americano o nativo de Alaska
- Hispano o de origen o ascendencia latina
- Otro

Muchas gracias por completar su Chequeo de bienestar de Medicare. Entréguele el chequeo completado a su médico o enfermera.