



Graybill Medical Group Annual Wellness Visit

Sección 1.0: Demografía del Beneficiario

Fecha de hoy:

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: _____

Teléfono preferido: _____

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

Sí No Prefiero no responder esta pregunta actualmente

¿Qué raza lo describe mejor?

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Negro o afroamericano Blanco

Sección 2.0: Lista de otros proveedores y suministradores

Para garantizar la mejor coordinación de su atención médica, por favor proporcione una lista de médicos, proveedores de salud mental y suministradores de equipo médico que utiliza y el motivo de su uso:

Nombre del Proveedor	Especialidad	Motivo

Patient's Name: _____

DOB: _____

Sección 3.0: Evaluación de Riesgo para la Salud

1. En general, ¿cómo calificaría su salud?
 Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre
2. En general, ¿cómo calificaría su calidad de vida?
 Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre
3. En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluyendo su estado de ánimo y capacidad de pensar?
 Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre
4. ¿Se ha puesto la vacuna contra la gripe este año? Sí No
5. ¿Ha ido a la sala de emergencias o ha estado hospitalizado en el último año? Sí No
6. ¿Ha tenido algún problema con su audición? Sí No
7. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo lo siguiente?

	Dentro del último año	En los últimos 2 a 4 años	En los últimos 5 años	En los últimos 10 años	Nunca	No aplica
Vacuna contra la neumonía:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de densidad ósea (escaneo DEXA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 4.0: Capacidad Funcional

8. Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene alguna dificultad para realizar las siguientes actividades sin equipo especial o ayuda de otra persona?
 Rechazó responder

	No tengo dificultad	Sí, tengo dificultad	No puedo realizar esta actividad sin ayuda
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de la cama o de las sillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient's Name: _____

DOB: _____

	No tengo dificultad	Sí, tengo dificultad	No puedo realizar esta actividad sin ayuda
Recordar tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar el dinero o la información financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades del hogar como preparar comida, lavar la ropa y hacer la limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer compras de comestibles y ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llegar a lugares que están fuera de una distancia caminable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Se cayó en el último año? Sí No Rechazó responder

a. Si respondió Sí:

i. ¿Cuántas veces?: _____

ii. ¿Resultó lesionado(a)?: Sí No

10. ¿Se siente inestable al caminar o al estar de pie? Sí No

Sección 5.0: Determinantes Sociales de la Salud

11. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

Tengo un lugar estable donde vivir

Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro

No tengo un lugar estable donde vivir (estoy quedándome temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, etc.)

Rechazó responder

12. Piensa en el lugar donde vives. ¿Tiene algún problema con alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan)

Plagas como insectos, hormigas o ratones

Horno o estufa que no funcionan

Moho

Detectores de humo que faltan o no funcionan

Pintura o tuberías con plomo

Fugas de agua

Falta de calefacción

Ninguno de los anteriores

13. Algunas personas han hecho las siguientes afirmaciones sobre su situación alimentaria. Por favor, responda si estas afirmaciones fueron CIERTAS FRECUENTEMENTE, A VECES o NUNCA

Patient's Name: _____

DOB: _____

para usted y su hogar en los últimos 12 meses:

Rechazó responder

	Frecuentemente	A veces	Nunca
En los últimos 12 meses, le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 12 meses, la comida que compró simplemente no duró y no tenía dinero para conseguir más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir lo necesario para su vida diaria?

Sí No

15. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

Sí No Ya cortaron el servicio

16. Debido a que la violencia y el abuso le ocurren a muchas personas y afectan su salud, estamos haciendo las siguientes preguntas:

Rechazó responder

	Nunca	Raramente	A veces	Con bastante frecuencia	Frecuentemente
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, lo lastima físicamente?	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3	<input type="checkbox"/> +4	<input type="checkbox"/> +5
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, lo insulta o lo menosprecia?	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3	<input type="checkbox"/> +4	<input type="checkbox"/> +5
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, lo amenaza con hacerle daño?	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3	<input type="checkbox"/> +4	<input type="checkbox"/> +5
¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo familiares y amigos, le grita o le dice malas palabras?	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3	<input type="checkbox"/> +4	<input type="checkbox"/> +5

Patient's Name: _____

DOB: _____

Score: _____

**A score of 11 or more indicates that the person might not be safe.*

17. ¿Qué tan difícil le resulta pagar lo más básico como comida, vivienda, atención médica y calefacción?

Muy difícil Algo difícil Nada difícil Rechazó responder

18. ¿Desea ayuda para encontrar o mantener un trabajo?

Sí, ayuda para encontrar trabajo Sí, ayuda para mantener el trabajo

No deseo ni necesito ayuda.

19. Si por alguna razón necesita ayuda con actividades diarias como bañarse, preparar comidas, hacer compras, manejar sus finanzas, etc., ¿recibe la ayuda que necesita?

No necesito ayuda

Podría usar un poco más de ayuda

Recibo toda la ayuda que necesito

Necesito mucha más ayuda

20. ¿Con qué frecuencia se siente solo(a) o aislado(a) de las personas que lo rodean?

Nunca

Raramente

A veces

A menudo

Siempre

21. ¿Habla un idioma distinto al inglés en casa?

Sí No

22. ¿Desea ayuda con la educación o capacitación? Por ejemplo, comenzar o completar una capacitación laboral, obtener un diploma de escuela secundaria, GED o equivalente.

Sí No

23. En los últimos 30 días, además de las actividades que hizo por trabajo, en promedio, ¿cuántos días a la semana realizó ejercicio moderado (como caminar rápido, correr, trotar, bailar, nadar, andar en bicicleta u otras actividades similares)? _____

24. En promedio, ¿cuántos minutos solía dedicar a hacer ejercicio a ese nivel en uno de esos días?

25. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come en un día típico?

Más de 5 porciones

3-5 porciones

1-2 porciones

No como frutas ni verduras

26. ¿Usa el cinturón de seguridad cuando conduce un vehículo motorizado?

Sí No

27. Las siguientes preguntas se relacionan con su experiencia con el alcohol, los cigarrillos y otras drogas. Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (como los medicamentos para el dolor), pero solo cuéntelas si las ha tomado por razones o en dosis diferentes a las indicadas. Una de las preguntas es sobre el uso de drogas ilícitas o ilegales, pero la hacemos únicamente para identificar servicios comunitarios que puedan estar disponibles para ayudarle.

Rechazó responder

Patient's Name: _____

DOB: _____

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha tomado 5 o más bebidas en un día (hombres) o 4 o más bebidas en un día (mujeres)? Una bebida equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor de 80 grados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado productos de tabaco? (Cigarrillos, puros, rapé, tabaco de mascar o cigarrillos electrónicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces en el último año ha usado medicamentos recetados por razones no médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces en el último año ha usado drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. El estrés se refiere a una situación en la que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque su mente está constantemente preocupada.

¿Siente este tipo de estrés en estos días?

Para nada

Un poco

Muy poco

Algo

Mucho

29. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Sí No Rechazó responder

30. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer mandados solo(a), como ir al consultorio del médico o hacer compras?

Sí No Rechazó responder

Patient's Name: _____

DOB: _____

Sección 6.0: Detección de Depresión

31. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto(a) por los siguientes problemas?

Rechazó responder

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3
Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3

Score: _____

**If score is 3 or greater, clinical support staff should administer PHQ-9*

Sección 7.0: Detección de Trastorno por Uso de Opioides

32. ¿Está tomando actualmente alguna droga ilícita? Sí No Rechazó responder

33. ¿Está tomando actualmente algún opiáceo recetado? Sí No Rechazó responder

Sección 8.0: Planificación de Cuidados Avanzados

34. ¿Tiene una directiva anticipada? Sí No

Sección 9.0: Evaluación del Tiempo de Levantarse y Caminar

Debe ser completado por la enfermera o asistente médico durante la consulta

TUG Test Result <i>An older adult who takes more than 12 seconds to complete the TUG is at risk for falling.</i>
Time in seconds: _____

Sección 10.0: Evaluación Cognitiva Mini (Puntuación)

Debe ser completado por la enfermera o asistente médico durante la consulta

Scoring Note: A score of 3 or less should trigger further evaluation by the care provider, such as a Mini Mental State Examination	
Word Recall (0-3 points): _____	1 point for each word spontaneously recalled without cueing.
Clock Draw (0 or 2 points): _____	Normal clock= 2 points. A normal clock has all numbers placed in the correct sequence and approximately correct position with no missing

Patient's Name: _____

DOB: _____

	or duplicate numbers. Hands are pointing to the 11 and 2. Hand length is not scored. Inability or refusal to draw the clock= 0 points.
Total Score (0-5 points): _____	Total score= Word recall score + clock draw score. A cut point of <3 on the mini-cog has been validated for dementia screening but many individuals with clinically meaningful cognitive impairment will score higher. When greater sensitivity is desired, a cut point of <4 is recommended as it may indicate a need for further valuation of cognitive status.

Physician Acknowledgment Statement:

I acknowledge that I have reviewed the patient's information provided in this Annual Wellness Visit packet and any other relevant documentation. I confirm that this information has been considered in the development of the patient's care plan.

Physician's Name: _____ Date: _____

Physician's Signature: _____