



# Graybill Medical Group

## Visita Anual de Bienestar

### Sección 1.0: Datos Demográficos 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 en este momento

¿Qué raza lo describe mejor?

Indio Americano o Nativo de Alaska     Asiático     Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico  
 Negro o Afroamericano     Negro o Afroamericano     Blanco

### Sección 2.0: Lista de Otros Proveedores y Distribuidores

Para garantizar una coordinación óptima de la atención, proporcione a continuación una lista de médicos, proveedores de salud conductual y proveedores de equipos médicos que está utilizando y el motivo:

Nombre del Proveedor	Especialidad	Motivo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Sección 3.0: Evaluación de Riesgo de Salud**

1. En general, ¿cómo calificaría su salud?  
 Excelente  Muy Buena  Buena  Regular  Mala
2. En general, ¿cómo calificaría su calidad de vida?  
 Excelente  Muy Buena  Buena  Regular  Mala
3. En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluyendo su estado de ánimo y su capacidad para pensar?  
 Excelente  Muy Buena  Buena  Regular  Mala
4. ¿Se ha vacunado contra la gripe este año?  Sí  No
5. ¿Ha ido a urgencias o ha tenido alguna hospitalización 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?

	En el último año	En los últimos 2-4 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"/>
Detección de Cáncer de Mama (Mamografía):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detección de Cáncer Colorrectal (Colonoscopia):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detección 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?  
 Prefirió no 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"/>
Levantarse y sentarse en la cama o sillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recordar tomar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar dinero o información financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

	No tengo dificultad	Sí, tengo dificultad	No puedo realizar esta actividad sin ayuda
Actividades del hogar como preparar alimentos, lavar ropa y 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 fuera del alcance a pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

a. If Sí:

i. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

ii. ¿Se lesionó?  Sí  No

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

### Sección 5.0: Señal Vital de Actividad Física

11. En una semana típica, ¿cuántos días realiza actividad física de moderada a intensa (como caminar rápido)?

0 Días  1-2 días  3-4 días  5+ días

12. En promedio, ¿cuántos minutos solía pasar haciendo ejercicio a este nivel en uno de esos días?

0-10 mins  11-20 mins  21-30 mins  31+ mins

Puntuación: \_\_\_\_\_

### Sección 6.0: Evaluación Nutricional

13. ¿Con qué frecuencia come comida rápida o para llevar?

Nunca  1-2 veces por semana  3+ veces por semana

14. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come diariamente?

0-1 Porción  2-3 Porciones  4+ Porciones

15. ¿Con qué frecuencia come alimentos altos en grasa (frituras, mantequilla, lácteos enteros)?

Nunca  Ocasionalmente  Diario

16. ¿Con qué frecuencia bebe bebidas azucaradas (refrescos, jugos, bebidas energéticas)?

Nunca  Ocasionalmente  Diario

17. ¿Con qué frecuencia come carne roja o procesada?

Nunca  1-2 veces por semana  3+ veces por semana

18. ¿Con qué frecuencia come granos integrales?

La mayoría del tiempo  A veces  Nunca

19. ¿Con qué frecuencia añade sal a su comida?

Nunca  A veces  Frecuentemente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

20. ¿Con qué frecuencia desayuna?

5-7 días por semana  3-4 días por semana  0-2 días por semana

Puntuación: \_\_\_\_\_

### Sección 7.0: Detección de Depresión

21. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Prefirió no responder

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

Puntuación: \_\_\_\_\_

*\*Si la puntuación es 3 o mayor, el personal de apoyo clínico debe administrar el PHQ-9*

### Sección 8.0: Detección de Trastorno por Uso de Opioides

22. ¿Está tomando actualmente alguna droga ilícita?  Sí  No  Prefirió no responder

23. ¿Está tomando actualmente algún opioide recetado?  Sí  No  Prefirió no responder

*\*Si el paciente responde sí a las preguntas 22 o 23, administre el Cuestionario de Trastorno por Uso de Opiáceos*

### Sección 9.0: Planificación de Cuidados Avanzados

24. ¿Tiene una directiva anticipada vigente?  Sí  No

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Section 10.0 Timed Up and Go Scoring

To be completed by the nurse or medical assistant during the office visit

#### TUG Test Result

An older adult who takes more than 12 seconds to complete the TUG is at risk for falling.

Time in seconds: \_\_\_\_\_

### Section 11.0 Mini Cognitive Exam Scoring

To be completed by the nurse or medical assistant during the office visit

#### 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 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: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_