

Fech	ıa:	Nombre	e Legal:						Fecha de
									Nacimiento:
			Apellido		Pri	imer Nombre		Segundo Nombre	
Eval	uación <i>l</i>	Anual d	del Bienestar						
Marq	ue la resp	uesta a	propiada						
	cación de								
١.	¿ nene u		ctiva Anticipada?			Sí, no er	n al -	archivo	
		0	Sí, en el archivo		0	31, 110 e1	n et a	arcilivo	
		0	No						
2.	En caso	contrari	o, ¿desea más info	ormación sobre la	as di	rectivas :	antic	rinadas?	
۷.	Lii caso	0	Si	ormación sobre te	0	No	uncic	ipadas.	
		Ü	J.		Ü				
3.	¿Le gust	aría disc	cutir sus deseos co	n respecto a la a	ten	ción al fir	nal d	le la vida en su próxin	na visita?
		0	Si	·	0	No		·	
Audici	ón y visió	n:							
1.	¿Te encı	uentras	pidiendo a la gent	e que se repita?					
		0	Si		0	No			
2	.Tione d	. د د ار د نکنا	d						
۷.	¿Hene d		d para oír? Si		_	No			
		O	31		0	No			
3.	:Siente	nue una	dificultad de visió	n limita su vida	ners	onal?			
•	20.0	0	Si		0	No			
	ción func								
1.	¿Necesit			ına de las siguien	tes	tareas? M		ue con lo qué necesi	
	0		l teléfono					Comer/ Bañarse/ Ve	
	0	_	a lugares en autol		ucie	ndo		Tomando medicamer	ntos
	0	Cómo r	noverse por su cas	sa			0	Gestionar el dinero	
	0	Compra	as de comestibles				0	Tareas domésticas	
2.	¿Tiene a	lguna pı	reocupación con re	especto a los can	nbio		iemo	oria o capacidad cogni	tiva?
		0	Si		0	No			
	Fatiga:								
1.	¿Hene d		e interfiere con la	s actividades des					
		0	Si		0	No			
2	:A menu	do se si	ente cansado o fa	tiga?					
۷.	ZA IIICIIU	0	Si	ciga:	0	No			
		J			0	. , 0			
Riesgo	de caída	:							
			ás veces en el últi	mo año?					
		0	Si		0	No			

2.	o Si	a o s	No		
3.	¿Se siente inestable cuando camina? o Si	0	No		
Nivel d	e seguridad:				
	¿Siempre se abrocha el cinturón de seguridad?				
	o Si	0	No		
2	T. 100 to 1	0			
۷.	¿Tiene dificultades para conducir su coche?	_	No		
	o Si	0	No		
3.	¿Tiene una alarma de humo que funcione en su ho	gar?			
	o Si	0	No		
4.	¿Su casa tiene una iluminación adecuada?				
	o Si	0	No		
5	¿Tiene su casa alguna alfombra suelta que pueda o		ar qua tranjaca?		
J.	Si	-aus	No		
	5 1	0	110		
6.	¿Su casa tiene barras de sujeción en el baño?				
	o Si	0	No		
_			•		
7.	¿Tiene dificultades con los escalones o escaleras e				NIZA
	o Si	0	No	0	N/A
8.	¿Tiene su casa pasamanos en las escaleras?				
•	o Si	0	No	0	N/A
9.	En los últimos 6 meses, ¿ha experimentado fugas o	de or			
	o Si	0	No		
Histori	a Social:				
	¿Con quién vive?				
	o Esposo/a/miembro significativo	0	Miembro de la familia		
	 Niños 	0	Amigos		
	o Solo/a	0	Padres o Other		
2	¿Con qué frecuencia toma una bebida que conteng	a al	cohol?		
-•	o Nunca	,u u .	0011011		
	o Mensual o menos				
	o 2-4 veces al mes				
	o 2-3 veces a la semana				
	o 4 o mas veces por semana				
3.	¿Cuántas bebidas estándar que contienen alcohol t	toma	a en un día típico cuando	está	bebiendo?
	o 0-2		'		
	o 3-4				
	o 5-6				
	o 7-9				
	o 10 o mas				
4.	En los últimos seis (6) meses, ¿ha utilizado una o n	nás (de las siguientes sustanci	as?	
	 Alcohol 	0	Metanfetamina	0	Ninguno
	 Marihuana 	0	Intravenosa		
	 Cocaína 	0	Otro		

5.	¿Fuma actualmente? o Si	0	No			
6.	¿Tiene algún problema de salud sexual? o Si	0	No			
Dieta/	Actividad Física:					
	¿Come cinco o más porciones de frutas y verdur o Si	as al dí o	a? No			
2.	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o ricos e o Si	_	s que come? No			
3.	En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza	ejercic	ios moderados a extenuantes?			
4.	En promedio, ¿cuántos minutos por sesión hace ejercicio a este nivel?					
Αρονο	Social:					
		ividade	es sociales con familiares, amigos o grupos sociales? No			
2.	¿Por lo general recibes el apoyo social y emocio o Si	onal qu	e necesitas? No			
3.	¿Su estrés afecta su capacidad para dormir o tie o Si	ene otro	os efectos negativos en su salud? No			
4.	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuenci problemas? <i>Poco interés/placer en hacer las c</i>		do molestado por cualquiera de los siguientes			
	No en lo absolutoVarios dias	0	Mas de la mitad de los dias Casi todos los dias			
5.	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia problemas? Sentirse deprimido, triste o deses	a ha sid peranz	o molestado por cualquiera de los siguientes cado?			
	 No en lo absoluto 	0	Mas de la mitad de los dias			
	 Varios dias 	0	Casi todos los dias			
De lo	contrario, complete los números 6-12		favor vaya a "Salud General" en la página siguiente.			
0.	Problemas para conciliar el sueño, permanecer do No en lo absoluto		Mas de la mitad de los dias			
	 Varios dias 	0	Casi todos los dias			
7.	Sentirse cansado o tener poca energía o No en lo absoluto o Varios dias	_	Mas de la mitad de los dias Casi todos los dias			
	 Varios dias 	0	Casi todos tos cias			
8.	Falta de apetito o comer en exceso					
	No en lo absolutoVarios dias	0	Mas de la mitad de los dias Casi todo los dias			
9.	Sentirse mal por ti mismo - o que eres un fracas					
	 No en lo absoluto 	0	Mas de la mitad de los dias			

	0	varios dias	0	Casi todos tos dias
10	. Problemas para o o	concentrarse en cosas, como leer No en lo absoluto Varios dias	0	eriódico o ver la televisión Mas de la mitad de los dias Casi todos los dias
11		r tan lentamente que otras persor Isted ha estado moviéndose much No en lo absoluto Varios dias	o má	odrían haber notado. O, lo contrario - ser tan inquieto s de lo habitual Mas de la mitad de los dias Casi todos los dias
12	Pensamientos de		0	marte a ti mismo de alguna manera Mas de la mitad de los dias Casi todos los dias
		as con respecto a sus dientes o de Si	testa o	ciones dentales? No
2.	0 0	mo calificaría su salud física? Excelente Muy bien Bien Justo Pobre		
3.	¿Qué tan seguro o	está de que puede controlar y ma Muy confiado		ar la mayoría de sus problemas de salud? Algo confiado o Nada seguro
Por fav	vor, enumere toc	los los proveedores que ve regul	arme	ente y su especialidad