

## PARA NUESTROS PACIENTES DE MEDICARE VALORADOS

Medicare ahora ofrece a los beneficiarios de Medicare un "Examen de bienvenida a Medicare" gratuito y las subsiguientes "Visitas anuales de bienestar" donde usted y su médico tendrán tiempo para hacer un plan de prevención personalizado para mantenerse saludable en el futuro. En una visita de bienestar recibirá:

- Un plan personalizado y asesoramiento sobre servicios preventivos, que incluyen exámenes de salud recomendados, vacunas y referencias para otra atención que pueda necesitar.
- Una revisión de sus antecedentes médicos, quirúrgicos y familiares.
- Altura, peso, índice de masa corporal y presión arterial.
- Un examen de visión y audición
- Una revisión de su riesgo potencial de depresión
- Una evaluación de seguridad personal y caída
- Una discusión sobre la creación o actualización de poderes notariales y directivas avanzadas
- Revisión de medicamentos

*Medicare renuncia a los copagos por estas visitas y por muchas pruebas preventivas ordenadas durante la visita, siempre que la visita NO incluya ninguna discusión sobre problemas o afecciones médicas nuevas o actuales. Si prefiere, en el momento de su visita, hablar sobre cualquier problema médico nuevo o actual, informe a nuestro personal sobre sus deseos para que su visita anual de bienestar pueda reprogramarse para una fecha posterior para dar tiempo a que su proveedor de atención médica se ocupe de sus preocupaciones de salud más apremiantes. Tenga en cuenta que si se discute cualquier problema médico nuevo o actual con su proveedor de atención médica, nuestra oficina le cobrará las tarifas habituales de Medicare por los servicios, incluidos los copagos.*

*Tenga en cuenta que la visita anual de bienestar no es lo mismo que muchas personas suelen denominar examen físico anual, que es un examen práctico y que Medicare no cubre.*

*Apreciamos la confianza que deposita en nosotros para atender sus necesidades de atención médica y esperamos que aproveche esta oportunidad para trabajar con su médico en la creación de su plan de prevención personalizado.*

*Complete los documentos adjuntos y tráigalo a su cita.*

## Lista de verificación de visitas anuales de bienestar de Medicare

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Completé esta lista de verificación antes de ver a su proveedor. Sus respuestas lo ayudarán a recibir la mejor atención médica 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 ha limitado sus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos?

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

3. Durante las últimas 4 semanas, cuánto dolor corporal ha tenido generalmente?

- Sin dolor
- Dolor muy leve
- Dolor leve
- Dolor moderado
- Dolor severo

4. Durante las últimas 4 semanas, había alguien disponible para ayudarlo si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si se sintió muy nervioso, solo o triste, se enfermó y tuvo que quedarse en la cama, necesitó a alguien con quien hablar, necesitó ayuda con las tareas diarias o solo necesitó ayuda para cuidarse.

- Sí, tanto como yo quería
- Sí, bastante
- Sí, algo
- Sí, un poco
- No, en absoluto

5. Durante las últimas 4 semanas, cuál fue la actividad física más difícil que pudo hacer durante al menos 2 minutos?

- Muy pesado
- Pesado
- Moderar
- Ligeramente
- Muy ligero

	Sí	No
6. ¿Puedes conseguir lugares a poca distancia sin ayuda? Por ejemplo, ¿puede viajar solo en autobús, taxi o conducir su propio automóvil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Puedes comprar comida o ropa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Puedes preparar tus propias comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Puedes hacer tus propias tareas domésticas sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Puedes manejar tu propio dinero sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Necesita ayuda para comer, bañarse, vestirse o moverse por su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Excelente
- Muy bien
- Bueno
- Justo
- Pobre

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

- Muy bien, difícilmente podría ser mejor
- Bastante bueno
- Partes buenas y malas sobre igual
- Bastante mal

- Muy mal, difícilmente podría ser peor
14. ¿Tiene dificultades para conducir su automóvil?  
 Sí, a menudo  
 A veces  
 No  
 No aplica

15. ¿Siempre te abrochas el cinturón de seguridad cuando estás en un automóvil?  
 Sí, generalmente  Sí a veces  No

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

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
Caerse o marearse al pararse	<input type="checkbox"/>				
Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>				
Problemas para comer bien	<input type="checkbox"/>				
Dientes o dentaduras postizas	<input type="checkbox"/>				
Problemas al usar el teléfono	<input type="checkbox"/>				
Cansado o fatigado	<input type="checkbox"/>				

17. ¿Te has caído 2 o más veces en el último año?  
 Sí  No

18. ¿Tienes miedo de caer?  
 Sí  No

19. ¿Alguna vez has usado tabaco?  
 No  
 Sí

20. ¿Toma medicamentos recetados o de venta libre para aliviar el dolor?  
 Sí  
 No

21. ¿Hace actividad física durante unos 20 minutos al día durante 3 o más días a la semana?  
 Sí, la mayoría del tiempo  
 Sí, algunas veces  
 No

22. ¿Estás preocupado por tu memoria?  
 Sí  No

23. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para tomar medicamentos de la forma en que le han dicho que los tome?  
 No tengo que tomar medicamentos  
 Siempre los tomo según lo prescrito  
 A veces los tomo según lo prescrito  
 Raramente los tomo según lo prescrito

24. ¿Qué tan seguro está de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?  
 Muy confiado  
 Algo confiado  
 Poco confiado  
 No tengo problemas de salud

25. ¿Alguno de sus parientes cercanos ha tenido algún cambio de salud?  
 Sí  No

26. ¿Le han hecho pruebas preventivas recientemente, como pruebas de laboratorio, mamografías o colonoscopias?  
 Sí  No

27. ¿Has recibido alguna vacuna reciente?  
 Sí  No

28. ¿Tiene un testamento en vida o una directiva anticipada?  
 Sí (*por favor traiga una copia con usted a su próxima visita*)  
 No





**AriaMed**  
10 Harris Court, Suite A  
Monterey, CA 93940

Ph: 831.900.5115  
Fax: 844.560.2476  
ariamed.org

## CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-2 (PHQ-2)

Paciente Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*Instrucciones: responda a cada pregunta.*

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**

Dé respuestas de 0 a 3, usando esta escala:

- 0 = De ningún modo
- 1 = Varios días
- 2 = Más de la mitad de los días
- 3 = Casi todos los días

### 1. Poco interés o placer en hacer cosas

0                       1                       2                       3

### 2. Sentirse deprimido o desesperado.

0                       1                       2                       3

**Puntaje total:** \_\_\_\_\_

*Healing from Within*

831.900.5115  
10 Harris Court, Suite A, Monterey, CA 93940  
515 Alameda Avenue, Suite D, Salinas, CA 93901



**AriaMed**  
10 Harris Court, Suite A  
Monterey, CA 93940

Ph: 831.900.5115  
Fax: 844.560.2476  
ariamed.org

## Cuestionario AUDIT-C

Paciente Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de visita \_\_\_\_\_

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

### 1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?

- Nunca
- Mensual o menos
- 2-4 veces al mes
- 2-3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

### 2. ¿Cuántas bebidas estándar que contienen alcohol toma en un día típico?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

### 3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en una ocasión?

- Nunca
- Menos de mensual
- Mensual
- Semanal
- Diariamente o casi diariamente

*Healing from Within*

831.900.5115  
10 Harris Court, Suite A, Monterey, CA 93940  
515 Alameda Avenue, Suite D, Salinas, CA 93901

## Preguntas de auditoría restantes

Preguntas	Sistema de puntuación					Tu puntuación
	0	1	2	3	4	
¿Con qué frecuencia durante el último año descubrió que no podía dejar de beber una vez que había comenzado?	Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diariamente o casi diariamente	
¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su consumo de alcohol?	Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diariamente o casi diariamente	
¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado una bebida alcohólica por la mañana para comenzar después de una sesión de consumo excesivo de alcohol?	Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diariamente o casi diariamente	
¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diariamente o casi diariamente	
¿Con qué frecuencia durante el año anterior no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diariamente o casi diariamente	
¿Usted o alguien más ha resultado lesionado como resultado de su consumo de alcohol?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año	
¿Ha estado preocupado un pariente o amigo, médico u otro trabajador de la salud por su consumo de alcohol o ha sugerido que reduzca su consumo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año	

**Puntuación:** 0 – 7 Menor riesgo, 8 -15 Riesgo creciente,  
16 – 19 Riesgo mayor, 20+ Posible dependencia

**Puntaje de auditoría total:** \_\_\_\_\_  
(Puntuación AUDIT-C (arriba) + Puntuación de las preguntas restantes)

*Healing from Within*

831.900.5115

10 Harris Court, Suite A, Monterey, CA 93940  
515 Alameda Avenue, Suite D, Salinas, CA 93901