

CUESTIONARIO DE BIENESTAR

En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha te han molestado por cualquiera de los siguientes problemas (su número del círculo)

	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sensación, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Dificultad para caer o permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de ti mismo – o que un fracaso o han defraudado a sí mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o viendo la televisión	0	1	2	3
8. Móvil o habla tan lentamente que otras personas podrían tener notado. O lo contrario, ser inquieto o inquieta que han estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos que usted estaría mejor muerto, o de lastimar a ti mismo	0	1	2	3
¿Si usted marcó cualquier problema lo difícil tiene estos problemas para usted hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa o conseguir junto con otras personas?	No es muy difícil <input type="checkbox"/> Algo difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>			

1. En general ¿cómo describiría usted su salud en general? (marque uno)

- pobre
- Feria
- buena
- excelente

2. ¿Tienes dolor? ¿Con qué frecuencia afecta el dolor sus actividades normales? (marque uno)

- nunca
- raro
- a veces
- a menudo
- siempre

a. Tarifa hoy su dolor ahora mismo en una escala del 1 al 10 (10 peores) _____

b. ¿Dónde está el dolor? _____

c. ¿Cómo tratan? _____

3. ¿Tienes fatiga? ¿Con qué frecuencia afecta a sus actividades normales? (marque uno)

- nunca
- raro
- a veces
- a menudo
- siempre

4. ¿Cuánto estrés un problema para usted? (marque uno)

- nunca
- raro
- a veces
- a menudo
- siempre

Provider Signature _____

Nombre _____

Fecha _____

5. ¿Cómo manejas el estrés en tu vida? (marque uno)

- Lo suelo hacer frente eficazmente
- A veces difícil hacer frente a
- a menudo difícil hacer frente a

6. ¿Tienes un sistema de apoyo de la gente que te ayuda cuando lo necesite? (marque todos que aplican)

- Pareja
- Niños
- Familiares
- Amigos
- Comunidad

7. ¿Con qué frecuencia usted obtener el apoyo social, apoyo emocional que necesita? (marque uno)

- nunca
- raro
- a veces
- a menudo
- siempre

¿Se han caído en el último año? -¿Cuántas veces?	S N
¿Le preocupa caer al caminar o estar parado?	S N
¿Utiliza un bastón, andador o silla de energía?	S N
¿Eres capaz de conducir con seguridad?	S N
¿Consumes cafeína? -¿Cuántas tazas en un día?	S N
¿Actualmente tiene empleo? - ¿Tiempo tiempo completo o parcial?	S N
¿Está usted en una dieta especial? - En caso afirmativo, ¿qué?	S N
¿Ejercitas? - ¿Con qué frecuencia?	S N
¿Cuántas horas de sueño consigues una noche?	Horas
¿Tomas siestas durante el día? - ¿Con qué frecuencia?	S N
¿Se cepilla los dientes todos los días?	S N
¿Usted use el hilo dental los dientes diariamente?	S N
¿Cuándo estaba limpiando su pasado dental?	
¿Utilizas un aparato dental o prótesis dentales?	S N
¿Tienes incontinencia urinaria?	S N
¿Usa usted gafas o contactos?	S N
¿Usas un dispositivo de ayuda auditiva? (audífono)	S N
¿Es actualmente soltero, casado, viudo o divorciado?	
¿Tienes hijos?	S N
¿Qué tipo de casa Vives? (es decir. solo casa de familia, casa móvil, apartamento, residencia asistida, etc..)	
¿Su casa tiene escaleras?	S N
¿Tiene pasamanos para las escaleras?	S N
¿Actualmente Vives con alguien? (cónyuge, amigos, hijos, compañero, hermanos, etc.)	

Provider Signature _____

Nombre _____

Fecha _____

¿Tienes mascotas?	S N
¿Regularmente usa un cinturón de seguridad?	S N
¿Hay un detector de humo que funcione en tu casa?	S N
¿Tiene barandillas en su cuarto de baño?	S N
¿Hay una superficie antideslizante en la bañera?	S N
¿Tienes alguna alfombras en tu casa?	S N
¿Eres sexualmente activa?	S N
¿Tienes alguna historia de abuso de sustancias? En caso afirmativo, ¿qué sustancia?	S N
¿Se siente seguro en casa?	S N
¿Está siendo físicamente o emocionalmente perjudicados?	S N

1. Lista de todas las cirugías _____

2. ¿Historia personal de cáncer? (incluyendo cáncer de piel) Sí No

a. ¿Qué tipo de cáncer? _____

3. Historia familiar (accidente cerebrovascular, cáncer, diabetes, cardiopatía, etc.) Favor de incluir edad en el momento de la muerte

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

4. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? ¿Qué doctor?

5. ¿Cuándo fue su último análisis de densidad ósea DEXA y donde?

6. ¿Cuándo fue su última mamografía y donde?

7. ¿Cuándo fue la última colonoscopia y donde?

8. ¿Cuándo hizo su última carta oculta de heces?

9. Si usted es diabético, ¿Cuándo fue su último examen de pie?

10. Si usted es diabético, ¿Cuándo fue su última proyección para la neuropatía periférica diabética?

11. ¿Si tienes asma, Cuándo fue su última prueba de la espirometría?

12. Lista de cualquier otros médicos vistos por lo menos en el último año _____

13. ¿Ha recibido las siguientes vacunas? ¿Cuándo y dónde?

a. Vacuna contra la

gripe _____

b. Neumonía _____

c. Tejas _____

Provider Signature _____