

Spanish HRA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	
¿ Cual es el idioma que habla en casa? <ul style="list-style-type: none"> • Ingles • Español • Otro 	¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? <ul style="list-style-type: none"> • Teléfono de casa _____ • Celular _____ • Correspondencia _____
EVALUACION DE RIESGOS PARA LA SALUD	
¿Cómo califica su salud en general? <ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Buena • Regular • Mala 	¿ Cual es su mayor preocupación acerca de su salud? <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Yo vivo en un ambiente no seguro • Transportación a mis citas • dificultad financiera para pagar servicios/medicinas • Dificultad leyendo o entendiendo instrucciones • Yo esto solo/a y no tengo mucho apoyo en casa • Yo me caigo mucho en casa
¿ En los últimos meses cuantas veces a ido a la sala de emergencia? <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1-2 • 3-4 • 5+ • No se 	¿ En los últimos 6 meses cuantas veces ha sido hospitalizado/a? <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1-2 • 3-4 • 5+ • No se
¿ Cuales actividades puede usted hacer sin ayuda? <ul style="list-style-type: none"> • Bañarme • Cambiarme • Comer • Caminar 	¿ Alguien le ayuda en casa? <ul style="list-style-type: none"> • Si • No Si la respuesta es 'si' denos el nombre de quien lo/a cuida Nombre: _____

<ul style="list-style-type: none"> • Moverse de una silla a la cama o de la cama a la silla • Usar el baño • Ninguna 	Numero: _____ <ul style="list-style-type: none"> • Esposo/a • Hijos • Otro: _____
<p>Muchas personas tienen problemas de incontinencia.</p> <p>¿ En los últimos 6 meses se le ha salido la orina involuntariamente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si, al toser/estornudar/reirse • No • No se 	<p>¿ Cuales actividades puede usted hacer sin ayuda?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer las compras de comida • Trabajo de casa • Manejar/usar transporte publico • Cocinar • Usar el teléfono • Manejar sus finanzas • Tomar sus medicamentos • Ninguno
EVULUACION DE RIESGOS	
<p>¿ Ha tenido problemas con su visión?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>¿ Ha tenido problemas escuchando?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<p>¿ Usted o un miembro de su familia se preocupa de que esta perdiendo la memoria?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>¿ Mini-Cog (para uso de la oficina solamente)</p>
TABACO Y USO DE ALCOHOL	
<p>¿ Usa usted algún producto de tabaco? (Cigarros, tabaco sin humo, pipas, puros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>¿ Si fuma, está usted interesado/a en parar de fumar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Yo no uso tabaco

¿ En el último año cuantas veces ha tenido 4 o más tragos de alcohol en un día?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+
- Yo no tomo alcohol

RIESGOS DE CAIDAS

¿ Usa Usted?

- Bastón
- Andador
- Silla de ruedas
- Muletas
- Otra cosa
- Ninguno

¿ Tiene problemas con su equilibrio?

- Si
- No

¿ Se ha caído 2 o más veces en el último año?

- Si
- No

¿ Tiene miedo caerse?

- Si
- No

DEPRESSSION PHQ-2

¿En las últimas 2 semanas ha sentido?

Poco interés o placer haciendo cosas

- 0 (No)
- 1 (Varios días)
- 2 (Muchos días)
- 3 (Casi todos los días)

Tristeza, depresion, poca o nada de esperanza

- 0 (No)
- 1 (Varios días)
- 2 (Muchos días)
- 3 (Casi todos los días)

Resultados Total: _____

INSTRUCCION ANTICIPADA DE ATENCION DE SALUD o TESTAMENTO VITAL

¿ Sabe su familia o amistades lo que usted quiere que se haga sobre su salud en caso de emergencia o si usted no pudiera hablar por si mismo/a?

- Si
- No
-

¿ Le gustaría tener mas información acerca de la Instruccion Anticipada de Atencion de Salud?

- Si
- No

Si tiene usted uno de los siguientes documentos por favor proporcionenos una copia para su archivo medico:

- Sí, yo tengo una Instruccion Anticipada de Atencion de Salud
- Sí, yo tengo un poder de representación de abogado
- Si, yo tengo POLST (Provider Orders for Life Sustaining Treatment)
- Sí, yo he completado 5 deseos (5 Wishes)
- No

Lista de médicos que ve actualmente:

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Por favor liste todos los medicamentos, la dosis, y direcciones que esté tomando:

- | | |
|----|-----|
| 1. | 9. |
| 2. | 10. |
| 3. | 11. |
| 4. | 12. |
| 5. | 13. |
| 6. | 14. |
| 7. | 15. |
| 8. | 16. |

Por favor liste todos los suplementos, vitaminas, o medicinas sin receta que este tomando:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Ha recibido alguna de las siguientes vacunas:

Influenza	Yes	No	Pneumovax 23	Yes	No
Pevnar 13	Yes	No	Culebrilla	Yes	No
Tétanos	Yes	No			