

Cuestionario Anual de Bienestar

Informacion personal

Nombre *

Nombre de pila

Apellido

Fecha de nacimiento *

 

Fecha

Número de teléfono *

Número

Tipo

Dueño

+

correo electrónico *

ejemplo@ejemplo.com

Section 1 COA/SDOH

1. Situación laboral *

- ☐ Empleado
- ☐ Jubilado
- ☐ Incapacidad médica
- ☐ Desempleados

2. En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado quedarse sin alimentos antes de recibir dinero para comprar más? *

- ☐ Sí
- ☐ No

3. En los últimos 12 meses, ¿los alimentos que compró no le duraron lo suficiente y no tenía dinero para comprar más? *

- ☐ Sí
- ☐ No

4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultades para pagar la medicación? *

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Siempre

5. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que quedarse a la intemperie, en un auto, tienda de campaña, refugio público o temporalmente en casa de alguien - quedándose en el sofa-? *

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Le preocupa perder su vivienda? *

- ☐ Sí
- ☐ No

7. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún familiar con el que convive no ha podido obtener los suministros (calefacción, electricidad) cuando eran realmente necesarios? *

- ☐ Sí
- ☐ No

8. ¿Se siente seguro física y emocionalmente en su vivienda actual? *

- ☐ Sí
- ☐ No

9. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o dañado físicamente de alguna forma? *

- ☐ Sí
- ☐ No

10. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido humillaciones o abuso emocional de otro modo por su pareja o expareja? *

- ☐ Sí
- ☐ No

11. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor corporal ha sentido? *

- ☐ No pain
- ☐ dolor muy leve
- ☐ Dolor leve
- ☐ Dolor moderado
- ☐ Dolor intenso

12. ¿Dónde se localiza el dolor?

- ☐ Cabeza
- ☐ Hombro(s)
- ☐ Cuello/Espalda
- ☐ Brazo(s)
- ☐ Pierna(s)
- ☐ Rodilla(s)
- ☐ Cader(s)
- ☐ Mano(s)/Dedo(s)
- ☐ Otro

13. En una escala de 0-10 (0 es ausencia de dolor), ¿cómo de intenso es el dolor?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

14. ¿Utiliza algún aparato auxiliar para caminar? *

- ☐ Sí
- ☐ No

a. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de dispositivo utilizas?

- ☐ Bastón
- ☐ Andador
- ☐ silla de ruedas
- ☐ Otro

b. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia lo utiliza?

- ☐ Siempre
- ☐ Muy a menudo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

15. ¿Sufre de alguna pérdida auditiva que requiera de un dispositivo especial? *

- ☐ Sí
- ☐ No

16. ¿Tiene dificultad para ver y reconocer un objeto a la distancia de la longitud de un brazo o dificultad para leer? *

- ☐ Sí
- ☐ No

17. ¿Tiene dificultad para entablar y concentrarse en una conversación? *

- ☐ Sí
- ☐ No

18. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar, recordar o tomar decisiones? *

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ La mayoría de las veces

19. Do you struggle with transportation, shopping, grooming or bathing, preparing meals and housework, eating without help, or getting around your home? *

- ☐ No
- ☐ Sí

19b. If yes, please select all that apply: *

- ☐ Transporte
- ☐ Compras
- ☐ Asearse o bañarse
- ☐ preparar comidas
- ☐ Labores domésticas
- ☐ Comer sin ayuda
- ☐ Desplazarse por su casa
- ☐ Otro

20. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a sus citas médicas, obtener medicinas, citas o encuentros fuera del ámbito médico, trabajo u obtener productos que necesitaba? *

- ☐ Sí
- ☐ No

21. ¿Tiene dificultades al conducir en coche? *

- ☐ Sí, con frecuencia
- ☐ Algunas veces
- ☐ No nunca
- ☐ No conduzco coche

22. In the past 4 weeks have you had trouble with: sexual problems, eating well, teeth or dentures, using the telephone, tired or fatigued? *

- ☐ No
- ☐ Sí

22b. If yes, please select all that apply: *

- ☐ Problemas sexuales
- ☐ Problemas para comer bien
- ☐ dientes o de dentaduras postiza
- ☐ Al usar el teléfono
- ☐ Cansancio o fatiga
- ☐ Otro

Sección 2: HOS

23. ¿Hace ejercicio durante 20 minutos 3 o más veces por semana? *

- ☐ Sí, la mayoría de las veces
- ☐ Sí, algunas veces
- ☐ No suelo hacer esta cantidad de ejercicio

24. ¿Se ha caído 2 veces o más en los últimos 12 meses? *

- ☐ Sí
- ☐ No

25. ¿Le preocupa caerse? *

- ☐ Sí
- ☐ No

26. ¿Tiene algún problema para controlar la uretra o pérdidas de orina? *

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 3: Bienestar

27. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud en general? *

- ☐ Excelente
- ☐ Muy bueno
- ☐ Buena
- ☐ Aceptable
- ☐ Mala

28. ¿Ha acudido a urgencias 2 o más veces en los últimos 12 meses? *

- ☐ Sí
- ☐ No

29. ¿Ha sido ingresado en un hospital en los últimos 12 meses? *

- ☐ Sí
- ☐ No

30. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para tomar sus medicamentos en la forma en la que se le ha prescrito? *

- ☐ no tomo medicamentos
- ☐ Siempre tomo mis medicamentos como se me prescriben
- ☐ A veces tomo mis medicamentos como se me prescriben
- ☐ Rara vez tomo mis medicamentos como se me prescriben

31. ¿Tiene usted voluntades anticipadas? *

- ☐ Sí
- ☐ No

31a. If Yes, what do you have in place.

- ☐ Testamento vital
- ☐ Orden médica ejecutable/no reanimación
- ☐ Designación de un representante

32. ¿Ha sufrido alguna vez un ataque cerebral? *

- ☐ Sí
- ☐ No

a. En caso afirmativo, ¿padece secuelas?

- ☐ Parálisis facial
- ☐ Debilidad o adormecimiento de brazo o miembro
- ☐ Problemas de la vista
- ☐ Deterioro del habla o arrastrar palabras
- ☐ ninguna
- ☐ Otro

33. ¿Tiene alguna prótesis articular? *

- ☐ Sí
- ☐ No

a. En caso afirmativo, ¿Qué articulaciones han sido remplazadas?

- ☐ Rodilla
- ☐ Cadera
- ☐ Otro

b. En caso afirmativo, ¿sufre de algún dolor en la articulación reemplazada?

- ☐ Sí
- ☐ No

34. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)? *

- ☐ Sí
- ☐ No

a. En caso afirmativo – ¿cuándo se realizó la última prueba de función pulmonar (espirometría)?

- ☐ En el último año
- ☐ Hace más de un año
- ☐ No lo sé
- ☐ Nunca me he realizado esta prueba

35. ¿Está en tratamiento de oxigenoterapia? *

- ☐ Sí
- ☐ No

36. ¿Tienes algún miembro amputado? *

- ☐ Sí
- ☐ No

a. Si tiene algún miembro amputado ¿Experimenta sensación en el miembro como si estuviera presente?

- ☐ Sí
- ☐ No

37. ¿Le han diagnosticado diabetes? *

- ☐ Sí
- ☐ No

a. En caso afirmativo – ¿cuándo fue la última vez que se hizo un examen de dilatación de pupilas?

- ☐ En el último año
- ☐ Hace más de un año
- ☐ No lo sé
- ☐ nunca he tenido este examen

b. En caso afirmativo – ¿cuándo fue la última vez que le examinaron los pies?

- ☐ En el último año
- ☐ Hace más de un año
- ☐ No lo sé
- ☐ nunca he tenido este examen

c. En caso afirmativo – ¿toma medicación para controlar el colesterol?

- ☐ Sí
- ☐ No

d. En caso afirmativo – ¿siente adormecimiento u hormigueo en sus extremidades inferiores o en los pies?

- ☐ Sí
- ☐ No