

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 1A SDOH

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

3. 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 sofá-? *

- Sí
- No

4. ¿Le preocupa perder su vivienda? *

- Sí
- No

5. 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

6. 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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

Section 1B COA

1. Situación laboral *

- Empleado
- Jubilado
- Incapacidad médica
- Desempleados

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

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

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

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

4. ¿Dónde se localiza el dolor?

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

5. 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

6. ¿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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

10. 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

11. ¿Tiene dificultades con el transporte, las compras, el aseo personal o el baño, la preparación de comidas y las tareas domésticas, comer sin ayuda o desplazarse por su hogar? *

- No
- Sí

b. En caso afirmativo, por favor, seleccione todas las opciones que correspondan: *

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

12. ¿Tiene dificultades al conducir en coche? *

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

13. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido dificultades con: problemas sexuales, comer bien, los dientes o la dentadura postiza, usar el teléfono, o sentirse cansado o fatigado? *

- No
- Sí

b. En caso afirmativo, por favor, seleccione todas las opciones que correspondan: *

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

Sección 2: HOS

1. ¿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

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

- Sí
- No

3. ¿Le preocupa caerse? *

- Sí
- No

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

- Sí
- No

Sección 3: Bienestar

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

- Excelente
- Muy bueno
- Buena
- Aceptable
- Mala

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

4. ¿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

5. ¿Tiene usted voluntades anticipadas? *

- Sí
- No

a. En caso afirmativo, ¿qué tiene implementado?

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

6. ¿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

7. ¿Tiene alguna prótesis articular? *

- Sí
- No

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

- Rodilla
- Cadera
- Otro

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

- Sí
- No

8. ¿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

9. ¿Está en tratamiento de oxigenoterapia? *

- Sí
- No

10. ¿Tienes algún miembro amputado? *

- Sí
- No

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

- Sí
- No

11. ¿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

Enviar