



Estimado paciente:

Queremos que reciba atención médica que pueda reducir tu riesgo de enfermedad o lesión. Medicare paga la mayoría de los cuidados de bienestar, pero no cubre toda la atención que puedas necesitar. Queremos saber más sobre tus beneficios de Medicare y cómo podemos ayudarle a aprovechar al máximo su seguro.

El término "físico" se utiliza a menudo para describir el cuidado del bienestar. Pero Medicare no cubre un reconocimiento médico tradicional de pies a cabeza. Medicare paga una visita de bienestar una vez al año para identificar riesgos de salud y ayudarle a reducirlos. En su visita de bienestar, nuestro equipo sanitario tomará un historial médico completo y ofrecerá varios otros servicios:

- Cribados para detectar depresión, riesgo de caídas y otros problemas.
- Un examen físico limitado para comprobar tu presión arterial, peso, visión y otras cosas según tu edad, género y nivel de actividad.
- Recomendaciones para otros servicios de bienestar y cambios en un estilo de vida saludable.
- Habla sobre los servicios cubiertos por Medicare que permiten a nuestro equipo asistente monitorizar más de cerca tus condiciones de salud y actualizar tu plan de atención antes de las visitas a la consulta.

Antes de su cita, nuestro equipo le hará algunas preguntas sobre su salud y es posible que le pidan que complete un formulario para ayudarlo a identificar los riesgos de su salud.

Una visita de bienestar no aborda problemas de salud nuevos o existentes. Eso sería un servicio separado y requeriría una cita más larga. Por favor, informe a nuestro personal de programación si necesitas la ayuda del médico con un problema de salud, una renovación de medicación o cualquier otra cosa. Puede que tengamos que concertar una cita aparte para solucionar los problemas. Se aplica un cargo aparte a estos servicios, ya sea que se presten en la misma fecha o en una fecha diferente a la de la visita de bienestar.

Esperamos ayudarle a aprovechar al máximo sus beneficios de bienestar de Medicare. Por favor, contáctanos si tienes alguna pregunta.

***Por favor, devuélvanos este documento una semana antes de su próxima cita.**



INNOVATIVE COMMUNITY HEALTH INSTITUTE, LLC

Saline Medical Specialties - 830 E 1st St. Suite 200 Crete, NE 68333

Lancaster Family Medicine - 4911 N 26th St. Suite 106 Lincoln, NE 68521

Name: _____ Date of Birth: _____

Date: _____

Chequeo de bienestar de Medicare:

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto le han molestado sus problemas emocionales como sentirse ansioso, deprimido, irritable, triste, desanimado o deprimido?
☐ Para nada
☐ Ligeramente
☐ Moderadamente
☐ Bastante
☐ Extremadamente
2. Durante las últimas cuatro semanas, su salud física y emocional a limitado sus actividades sociales con amigos, ¿familia, vecinos u otros grupos?
☐ Para nada
☐ Ligeramente
☐ Moderadamente
☐ Bastante
☐ Extremadamente
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor corporal has tenido en general?
☐ Sin dolor
☐ Dolor muy leve
☐ Dolor leve
☐ Dolor moderado
☐ Dolor intenso
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿hay alguien disponible para ayudarte, si lo necesitas y quieres ayuda? (Por ejemplo, si te sentías muy nervioso, solo o triste; te ponías enfermo y tenías que quedarte en la cama; necesitabas a alguien con quien hablar, o ayuda con las tareas diarias.)
☐ Sí, tanto como quisiera
☐ Sí, bastante
☐ Sí, algunas veces
☐ Sí, un poco
☐ No, para nada
5. ¿Durante las últimas cuatro Semanas cual fue la actividad física más difícil que pudo hacer por lo menos dos minutos?
☐ Muy pesado
☐ Pesado
☐ Moderado
☐ Ligero
☐ Muy ligero
6. ¿Puede llegar a sitios que no estén a distancia andando sin ayuda? (Por ejemplo, ¿puedes viajar solo en autobús o taxi, o conducir tu propio coche?)
☐ Sí ☐ No
7. ¿Puede ir a comprar comida o ropa sin la ayuda de alguien?
☐ Sí ☐ No
8. ¿Puedes preparar tus propias comidas?
☐ Sí ☐ No
9. ¿Puedes hacer las tareas domésticas o quehaceres de la casa sin ayuda?
☐ Sí ☐ No
10. Debido a algún problema de salud, ¿necesitas ayuda de otra persona con tus necesidades de cuidado personal como comer, bañarte, vestirse o moverte por la casa?
☐ Sí ☐ No
11. ¿Puedes manejar tu propio dinero sin ayuda?
☐ Sí ☐ No
12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo valorarías tu salud en general?
☐ Excelente
☐ Muy bien
☐ Bien
☐ Justo
☐ Pobre



INNOVATIVE COMMUNITY HEALTH INSTITUTE, LLC

Saline Medical Specialties - 830 E 1st St. Suite 200 Crete, NE 68333

Lancaster Family Medicine - 4911 N 26th St. Suite 106 Lincoln, NE 68521

Name: _____ Date of Birth: _____

Date: _____

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

- ☐ Muy bien: difícilmente podría estar mejor
- ☐ Bastante bien
- ☐ Las partes buenas y malas son más o menos iguales
- ☐ Bastante mal
- ☐ Muy malo: difícilmente podría ser peor

14. ¿Tienes dificultades para conducir tu coche?

- ☐ Sí, a menudo
- ☐ A veces
- ☐ No
- ☐ No es aplicable, no uso coche

15. ¿Siempre te abrochas el cinturón cuando vas en coche?

- ☐ Sí, normalmente
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No

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

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
Caerse o marearse al levantarse o ponerse de pie					
Problemas sexuales					
Problemas para comer bien					
Problemas dentales o de dentadura postiza					
Problemas con el uso del teléfono					
Cansancio o fatiga					

17. ¿Te has caído dos o más veces en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No



INNOVATIVE COMMUNITY HEALTH INSTITUTE, LLC

Saline Medical Specialties - 830 E 1st St. Suite 200 Crete, NE 68333

Lancaster Family Medicine - 4911 N 26th St. Suite 106 Lincoln, NE 68521

Name: _____ Date of Birth: _____

Date: _____

18. ¿Tienes miedo de caerte?

☐ Sí

☐ No

19. ¿Cuántas bebidas de vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas has tomado en las últimas cuatro semanas?

☐ 10 o más bebidas por semana

☐ 6-9 bebidas por semana

☐ 2-5 bebidas por semana

☐ Una copa o menos por semana

☐ Nada de alcohol

20. ¿Haces unos 20 minutos de ejercicios tres o más días a la semana?

☐ Sí, la mayoría de las veces

☐ Sí, a veces

☐ No, normalmente no hago tanto ejercicio

21. ¿Te han dado alguna información que te ayude con lo siguiente?

¿Peligros en su casa que podrían lastimarlo (a)?

☐ Sí

☐ No

¿Llevar el control de tus medicamentos?

☐ Sí

☐ No

22. ¿Con qué frecuencia tienes problemas para tomar los medicamentos tal y como te han dicho que los tomes?

☐ No tengo que tomar medicación

☐ Siempre los tomo según lo recetado

☐ A veces los tomo según lo recetado

☐ Rara vez los tomo según lo recetado

23. ¿Qué confianza tienes en que puedes controlar y gestionar la mayoría de tus problemas de salud?

☐ Muy seguro de mí mismo(a)

☐ Algo seguro de mí mismo(a)

☐ No me tengo mucha confianza

☐ No tengo ningún problema de salud.



INNOVATIVE COMMUNITY HEALTH INSTITUTE, LLC

Saline Medical Specialties - 830 E 1st St. Suite 200 Crete, NE 68333

Lancaster Family Medicine - 4911 N 26th St. Suite 106 Lincoln, NE 68521

Name: _____ Date of Birth: _____

Date: _____

PHQ-9

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas				
2. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas				
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado(a) o con poca energía				
5. Falta de apetito o comer en exceso				
6. Sentirte mal contigo mismo, o pensar que eres un fracas, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia				
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión				
8. Movimientos y habla tan lenta que otros lo han notado? O, al contrario, has estado más inquieto o agitado de lo normal				
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño				
Si está experimentando alguno de los problemas mencionados en este formulario, ¿en qué medida estos problemas le han dificultado realizar su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? ☐ Para nada difícil ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil				

INNOVATIVE COMMUNITY HEALTH INSTITUTE, LLC

Saline Medical Specialties - 830 E 1st St. Suite 200 Crete, NE 68333

Lancaster Family Medicine - 4911 N 26th St. Suite 106 Lincoln, NE 68521

Name: _____ **Date of Birth:** _____

Date: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

[illegible]