Print in Color or Grayscale Only
Using Adobe Acrobat Reader 8.0 or later

Evaluación de Bienestar

Por favor conteste todas las preguntas

STAFF: Handwritten responses must be entered **MANUALLY**.

POR FAVOR IMPRIMA EL APELLIDO DEL PACIENTE

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2.
Llene todo el óvalo como se muestra.

IMPRIMA EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

Mes Día Año

¿Ha tenido problemas de balance o caminando? sí no

¿Esta físicamente activo? (por ejemplo, caminando, grupo de ejercicio, bicicleta estacionaria, etc.) sí no

¿Cuantas veces por semana hace ejerció? <1 1 2 3 4 5 6 7+

¿Se ha caído (sin haber estado empujado) **en las últimas 3 semanas?** sí no

¿Cuantas veces? 1 2 3 4 5+

¿Estaba usando un dispositivo de asistencia? (Por ejemplo, un bastón, andadera, silla de ruedas, etc.) sí no

Fecha de la última caída: _____

Favor de doblar en la línea punteada

Circunstancias sobre la caída:
tropezó / tropiezo sobre algo
mareo / latido alto del corazón
sin poder levantarse dentro de 5 minutos
necesito asistencia para levantarse
perdió la conciencia

¿Fue visto en la sala de emergencias sobre la caída? sí no

¿Tomó medicamentos nuevos alrededor del tiempo que tuvo la caída? sí no

¿Usa algún dispositivo para moverse? bastón, andadera, silla de ruedas

algún otro dispositivo: _____

¿Hubo algún cambio reciente con su visión? sí no

¿Hubo algún cambio reciente con su audición? sí no

¿Ha tenido problemas con pérdida de orina? sí no

¿Ha tenido problemas con su memoria a corto plazo?
(Por ejemplo, que tuvo para cenar la noche anterior?) sí no

¿Ha tenido problemas con su memoria a largo plazo? (Por ejemplo, donde nació?) sí no

¿Sobre las últimas dos semanas se ha sentido mal, deprimido o sin esperanza? sí no

¿Sobre las últimas dos semanas ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas? sí no

¿Cómo calificaría su salud en general? (Favor de seleccionar solamente una respuesta)
pobre razonable buena excelente

¿Tiene dificultad en completar las siguientes actividades?

Favor de doblar en la línea punteada

	independiente	necesita ayuda	totalmente dependiente
Bañarse			
Cambiarse			
Uso del baño			
Ir de compras			
Preparase comidas			
Darse de comer			
Usar el teléfono			
Quehaceres de la casa			
Lavar ropa			
Manejo de sus medicamentos			
Manejo de sus finanzas			

Por favor selección el número que mejor describa su NIVEL DE DOLOR TOTAL:

☺ 0 sin dolor · 1 dolor leve · 2 · 3 dolor moderado · 4 · 5 · 6 dolor severo · 7 · 8 dolor muy severo · 9 · 10 peor dolor posible ☹

Licensed Under U.S. Patent Nos. 7,487,102 and 7,941,328 from Willis Technologies, LLC

Copyright © PatientLink Form 734 S (Rev. 11/27/2013)

SAMPLE