Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

Evaluación de riesgo de salud de Medicare

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

Instrucciones para el marcado

Utilice un lápiz número 2.
Rellene completamente el óvalo como se muestra...

ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes Día Año

AFECCIONES ACTUALES

¿Qué afecciones padece actualmente? *(Marque todas las afecciones que correspondan en su caso).*

- enfermedad cardíaca
- problemas para respirar a causa de enfisema o asma
- diabetes u otros problemas de azúcar en la sangre
- otras afecciones
- insuficiencia cardíaca o agrandamiento del corazón
- diálisis renal
- depresión
- **NINGUNA**

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

¿Cuántos medicamentos de venta con receta diferentes toma por día?

0	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20 o más

SALUD EN GENERAL

Queremos saber con qué facilidad se desplaza, o si le resulta difícil.

¿Tiene algún problemas para desplazarse?	sí	no
¿Usa bastón, silla de ruedas o andador para desplazarse?	sí	no
¿Necesita la ayuda de otra persona para desplazarse?	sí	no
¿Necesita quedarse en su casa la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?	sí	no
¿Necesita quedarse en cama la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?	sí	no
¿Hubo algún cambio reciente en su dieta?	sí	no
¿Sufrió alguna lesión recientemente?	sí	no

AYUDA EN EL HOGAR

¿Necesita ayuda en el hogar a causa de sus problemas de salud?	sí	no
¿Le ha resultado difícil obtener la ayuda que necesita?	sí	no

HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO

En los últimos 12 meses, ¿ha estado internado como paciente en un hospital?		sí	no
¿Alrededor de cuántas veces?	1 vez	2 - 3 veces	4 o más veces

PÉRDIDA DE LA MEMORIA

¿Recibe tratamiento para una pérdida grave de la memoria o le han dicho que usted tiene una pérdida grave de la memoria?	sí	no

DEPRESIÓN

Durante el último mes:

¿Se ha sentido abatido, deprimido o triste?	sí	no
¿Ha tenido poco interés o placer al hacer cosas?	sí	no

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

SAMPLE

Copyright © PatientLink Form 743 S (Rev. 8/12/2015)
For technical support, please contact PatientLink at ***Support@MyPatientLink.com.***