

¿Con qué frecuencia toma seis copas/tragos o más en una misma ocasión?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi a diario

5. En los últimos 12 meses, tuvimos miedo de quedarnos sin comida antes de tener dinero para comprar más: **Rodee su respuesta con un círculo** → **A menudo** **A veces** **Nunca**
En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no duró y no tuvimos dinero para comprar más: **Rodee su respuesta con un círculo** → **A menudo** **A veces** **Nunca**

6. Exposición a violencia **En cada pregunta rodee con un círculo (Sí), (No) o (N/D) (no deseo decirlo)**

- Este último año, ¿su pareja o ex pareja la/lo ha humillado o abusado emocionalmente o de otra forma?
No **Sí** **N/D**
- Este último año, ¿le ha temido a su pareja o expareja?
No **Sí** **N/D**
- Este último año, ¿su pareja o expareja la/lo ha violado o forzado a tener algún tipo de actividad sexual?
No **Sí** **N/D**
- Este último año, ¿su pareja o expareja la/lo ha pateado, golpeado, cacheteado o lastimado físicamente de alguna otra forma?
No **Sí** **N/D**

7. Planificación anticipada de la atención

¿Tiene una directiva anticipada (testamento vital)? **No** **Sí**

¿Tiene un apoderado para atención médica que pueda tomar decisiones si usted no puede hacerlo? **No** **Sí**

Si responde Sí, ¡asegúrese de que tengamos sus copias más recientes!

8. ¿Le preocupa algo sobre su memoria? **No** **Sí**

9. ¿Cómo describiría su nivel de actividad física?

- **Ninguno:** Usted no hace actividad física y pasa la mayor parte del tiempo sentado o descansando.
- **Bajo:** Realiza actividades físicas ligeras (es capaz de tener una conversación normal mientras se mantiene en movimiento).
- **Mediano:** Realiza algún tipo de actividad física moderada a la semana (respira con más dificultad, es más difícil hablar mientras se mantiene en movimiento).
- **Alto:** Realiza 150 minutos o más de actividad física moderada a la semana o 75 minutos o más de actividad física intensa a la semana (se queda un poco sin aliento, es muy difícil hablar mientras se mantiene en movimiento).

Si tiene 65 años o más:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| • ¿Se ha caído el último año? | No | Sí |
| ○ Si responde Sí , ¿cuántas veces? _____ | | |
| ○ ¿Se lastimó a causa de las caídas? | No | Sí |
| • ¿Toma cuatro medicamentos o más por día? | No | Sí |
| • ¿Se siente inestable o tiene problemas de equilibrio? | No | Sí |
| • ¿Le cuesta mucho levantarse de una silla? | No | Sí |