

Material para el paciente previo a la visita de control de la salud de adultos de 18 a 64 años

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¡Bienvenido a su visita de control de la salud: ya no es solo un examen físico!

Esperamos verlo(a) pronto en su próxima visita de atención preventiva, donde nos centraremos en crear un **plan de control de la salud** especialmente para usted, que incluirá lo siguiente:

- realizar exámenes de detección de cáncer, depresión, enfermedades cardíacas y otros problemas de salud ("detección" significa buscar problemas que no se habían diagnosticado antes, no tratar problemas que usted sabe que tiene)
- asegurarnos de que sus vacunas y las pruebas correspondientes estén al día
- conversar sobre la nutrición, el ejercicio, el estrés y otros factores que afectan la salud
- actualizar sus antecedentes familiares
- asegurarnos de que se respeten sus deseos con respecto a su atención de la salud creando una directiva anticipada
- asegurarnos de que TODOS sus medicamentos sean adecuados, seguros y lo más económicos posible
- atender lo que es más importante para USTED

El día de su visita:

- No olvide traer consigo su tarjeta del seguro médico válida.
- Análisis de sangre: Si tiene que hacerse un análisis de sangre en ayunas para medir el colesterol o el azúcar en la sangre, no coma durante 5 horas antes de su cita, pero sí beba abundante agua o bebidas sin calorías (como té o café sin leche). Tome sus medicamentos como de costumbre.
- Muestra de orina: es posible que le pidan una muestra de orina en el consultorio.
- Traiga una lista de sus medicamentos, ¡o traiga los medicamentos! Incluya todos los productos de venta sin receta que use.

Queremos dedicar el tiempo que pasemos juntos a concentrarnos en lo que es más importante para usted. Responda el cuestionario, abajo, y tráigalo consigo el día de su visita para que pasemos menos tiempo pidiéndole información y más tiempo en lo que importa.

Si debe cancelar su cita, avísenos al menos 24 antes.

Preguntas frecuentes:

¿El seguro médico cubre la atención médica preventiva?

Antes, algunas personas no venían para sus visitas de atención preventiva porque el seguro médico no las cubría. Sin embargo, ahora casi todos los planes de seguro médico cubren la **visita** al médico de atención primaria cada año, sin copago ni deducible, para que usted pueda crear y continuar su propio plan de control de la salud.

Una **visita preventiva o de "control de la salud"** se centra en que usted se mantenga lo más saludable posible. Los problemas médicos, como dolores, cansancio, estreñimiento, diabetes, problemas cardíacos, problemas pulmonares, etc. se atienden en las **visitas por enfermedad o para tratamiento**. Estos problemas requieren tomar una historia clínica distinta, revisar sus tratamientos anteriores, análisis clínicos y radiografías, y manejar sus medicamentos.

Si combinamos una visita por un problema con su visita de control de la salud, enviaremos a su compañía de seguro médico los códigos y los cargos que correspondan tanto por la visita de control como por la visita por el problema. Esta es la manera correcta y aceptada de facturar este tipo de cita. Según cómo sea su plan de seguro médico, usted puede ser responsable de pagar una parte de la factura.

He oído hablar de "hogares médicos", ¿qué son?

Un hogar médico no es un edificio o un lugar. Es una manera que tiene el médico de atención primaria de trabajar junto con usted y su familia en el consultorio y entre las visitas y también de ayudar a coordinar su atención con otros médicos y hospitales.

Las preguntas sobre su salud que tiene que responder y traer a su visita son:

- | | | | |
|----|--|------------------------|-----------|
| 1. | ¿Alguna vez usó tabaco? | No | Sí |
| | a. Si responde Sí, ¿lo usaba o usa a diario? | No | Sí |
| | b. ¿Qué tipo de tabaco? | _____ | |
| | c. ¿Cuánto fumaba o fuma? | _____cigarrillos/día o | |
| | | _____paquete(s)/día | |
| | d. ¿A qué edad empezó? | _____ | |
| | e. ¿Si dejó de usarlo, ¿a qué edad dejó? | _____ | |

2. ¿Alguna vez fumó cigarrillos electrónicos o vapeó usando Juul u otro dispositivo? **No** **Sí**
- a. Si responde **Sí**, ¿lo usaba o usa a diario? **No** **Sí**
- b. ¿A qué edad empezó? _____
- c. ¿Qué tipo de dispositivo usaba/usa? _____
- d. ¿Qué concentración de nicotina usaba/usa? _____
- e. ¿Si dejó de usarlo, ¿a qué edad dejó? _____

3. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

Nunca (**pase a la pregunta 4**)

Una vez al mes o menos

2 a 4 veces al mes

2 o 3 veces a la semana

4 veces o más a la semana

¿Cuántas copas o tragos de bebida alcohólica toma en un día típico cuando bebe?

1 o 2

3 o 4

5 o 6

7 a 9

10 o más

¿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

A diario o casi a diario

4. En los últimos 12 meses, ¿tuvo/tuvieron miedo de quedarse sin comida antes de tener suficiente dinero para comprar más?

Rodee su respuesta con un círculo → **A menudo** **A veces** **Nunca**

En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró/compraron simplemente no duró y no tuvo/tuvieron dinero para comprar más?

Rodee su respuesta con un círculo → **A menudo** **A veces** **Nunca**

- 5. 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**
- 6. Planificación anticipada de la atención**
- ¿Tiene una directiva anticipada (testamento vital)? **No Sí**
- ¿Tiene un apoderado para atención médica a fin de que tome las decisiones si usted no puede hacerlo?
- Si responde Sí, ¡asegúrese de que tengamos sus copias más recientes!* **No Sí**
- 7. ¿Le preocupa algo sobre su memoria?** **No Sí**

8. ¿Cómo se ha estado sintiendo?

En las últimas dos semanas:	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Ha tenido poco interés o placer en hacer cosas ?				
¿Se ha sentido triste, deprimido o sin esperanzas?				
¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o seguir durmiendo, o ha dormido demasiado?				
¿Tiene cansancio o muy poca energía?				
¿Tiene falta de apetito o come demasiado?				
¿Se sintió mal consigo mismo(a), o que ha fracasado o que se ha decepcionado a sí mismo(a) o a su familia?				
¿Tiene dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión?				
¿Se mueve o habla tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? ¿O ha estado tan inquieto(a) o agitado(a) que se mueve y anda mucho más que de costumbre?				
¿Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o pensó en lastimarse?				

- Si tiene más de 45 años, ¿cuándo fue su última colonoscopia (prueba de detección de cáncer colorrectal)?
 - o ¿Dónde se la hicieron?
- Si tiene alta presión arterial, ¿alguna vez le hicieron un ECG (electrocardiograma)?
 - o ¿Cuándo se lo hicieron?
 - o ¿Dónde se la hicieron?
- Si tiene diabetes, ¿cuándo fue el último examen de ojos?
 - o ¿Dónde se la hicieron?

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).
10. No olvide traer un registro completo de todas sus vacunas
- Si se aplicó una vacuna en otro sitio, traiga el comprobante
 - Ejemplos: Vacunas contra: COVID, gripe, neumonía, herpes zóster (culebrilla), tétanos, hepatitis, etc.
11. Recuerde traer una lista de todos sus medicamentos, ¡o directamente los medicamentos! Incluya todos los productos de venta sin receta.

Si tiene más de 65 años:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ● ¿Se ha caído el último año? | No | Sí |
| ○ Si es así, ¿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 levantarse cuando está sentado? | No | Sí |

Mujeres

- ¿Acude a un ginecólogo?
 - Si es así, ¿a quién?
- ¿Cuándo le hicieron el último examen de Papanicolaou (prueba de detección del cáncer del cuello uterino)?
 - ¿Dónde se lo hicieron?
- Si tiene más de 40 años:
 - ¿Cuándo se hizo la última mamografía (prueba de detección del cáncer de mama)?
 - ¿Dónde se lo hicieron?

- Si tiene más de 65 años:
 - ¿Se ha hecho una prueba de densidad ósea para la osteoporosis, conocida también como "dexa scan")?
 - ¿Cuándo se la hicieron?
 - ¿Dónde se lo hicieron?

Indique el nombre de todos los otros médicos que lo/la atienden:

Especialidad	Nombre	Dirección	Teléfono

¿Ha tenido alguna operación desde su última visita? Si es así, escriba abajo la operación y la fecha. Pacientes nuevos: indiquen todas las operaciones que hayan tenido.

¿Le han hecho algún diagnóstico médico nuevo desde su última visita? Si es así, escriba abajo los diagnósticos y la fecha. Pacientes nuevos: indiquen todas sus enfermedades y problemas de salud.

Actualice sus **antecedentes familiares**: ¿Alguno de sus padres, un hermano o hijo ha recibido un diagnóstico nuevo? Si es así, escriba el parentesco y el diagnóstico. Pacientes nuevos: indiquen todos los diagnósticos de sus familiares.

Actualice sus **antecedentes de empleo:**

Utilice este espacio para escribir las preguntas que tenga para hacerle al médico o enfermero durante la visita: