

Cómo prepararse para su visita de bienestar

¡Esperamos con gusto verlo para su visita anual de bienestar! Este paquete proporciona información importante sobre su visita e incluye un cuestionario de bienestar.

Le adjuntamos información importante sobre el cuestionario que debe completar antes de su visita. Explica las **dos formas diferentes en que puede completar el cuestionario.**

- **En formato de papel**

Le hemos adjuntado una copia impresa del cuestionario. Es posible que también haya recibido una cuando programó su visita. Solo necesita completarlo una vez por visita preventiva /de bienestar. Traiga consigo a su visita la copia en papel con el cuestionario completado.

- Este cuestionario también se encuentra en nuestro sitio web, en www.Hunterdonhealth.org. Se puede imprimir desde el sitio web y traerlo a la visita, pero la versión del sitio web no es electrónica y es la misma que la copia en papel que se adjunta.

- **En formato electrónico**

Si se ha inscrito para recibir recordatorios electrónicos de citas, también puede recibir un enlace a una versión electrónica de este cuestionario. El enlace se envía dos días antes de la visita programada. Si completa la versión electrónica, no necesita completar la versión en papel también. Mencione que completó el cuestionario electrónico al personal de recepción cuando registre su llegada.

- Si desea activar las alertas por mensaje de texto, comuníquese con nosotros para inscribirse.
- Puede visitar www.imhhhs.com para acceder al cuestionario electrónico dos días antes de su visita.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha del día de hoy _____

Bienvenido a su visita de bienestar de Medicare, ¡ya no es solo un examen físico!

Estaremos encantados de verlo en su próxima visita de bienestar de Medicare, donde nos centraremos en elaborar un **plan de bienestar** personalizado para usted.

Antes de la visita:

Queremos que el tiempo destinado a la visita la pasemos concentrados en lo que es más importante para usted. Complete el siguiente cuestionario y tráigalo el día de su visita para que pasemos menos tiempo recopilando información y ¡más tiempo en lo que es importante!

El día de su visita:

- Asegúrese de traer consigo su tarjeta de seguro vigente.
- Análisis de sangre: si planea hacerse análisis de sangre en ayunas para determinar su nivel de colesterol o de azúcar en sangre, no coma durante 5 horas antes de su cita, pero beba una gran cantidad de agua o bebidas sin calorías (¡el café negro o el té están bien!). Tome sus medicamentos como de costumbre.
- Muestra de orina: es posible que se le pida una muestra de orina en el consultorio.
- Si tiene que cancelar su cita, avísenos por lo menos con 24 horas de anticipación.
- Traiga una lista de sus medicamentos o los medicamentos. Incluya todos los productos de venta libre que toma.

¿Cubre Medicare mi visita de bienestar?

¡Sí! Medicare cubre su visita de bienestar con su médico de atención primaria una vez cada 365 días para asegurarse de que usted puede elaborar y seguir su propio Plan de bienestar. No es necesario un copago ni deducible para estas visitas.

Una **visita preventiva o de "bienestar"** se centra en mantenerse lo más saludable posible. Los problemas médicos como dolores, fatiga, estreñimiento, diabetes, problemas cardíacos, pulmonares, etc. se atienden en las **visitas por enfermedad o para el control de enfermedades**. Estos problemas requieren antecedentes diferentes, una revisión de tratamientos llevados anteriormente, pruebas de laboratorio y radiografías, y gestión de medicamentos.

Si combinamos una visita por un problema médico con la visita de bienestar, presentaremos los códigos y cargos correspondientes a su compañía de seguros tanto para la visita de bienestar como para la visita por el problema médico. Esta es la forma correcta y aprobada de facturar este tipo de citas. Dependiendo de su plan de seguro, es posible que sea responsable de una parte de la factura.

Cuestionario para las visitas de bienestar de Medicare para pacientes

Complete este cuestionario antes de su visita y tráigalo consigo junto con todos los medicamentos que toma actualmente.

Planificación de voluntades anticipadas *(Consulte la página 7 para obtener más detalles)*

	No	Sí*	No sé
¿Tiene un documento de voluntades anticipadas o un testamento vital?			
¿Tiene un apoderado para asuntos médicos o un representante legal responsable de la toma de decisiones?			

**En caso afirmativo, traiga una copia para adjuntar a su historia clínica.*

Vitaminas: marque las que toma actualmente

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Vitamina D
<input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/> Otra:
<input type="checkbox"/> Multivitamínicos	

Alimentación

- ¿Cuántas frutas y vegetales come la mayoría de los días? _____
- ¿Cuántos alimentos fritos come la mayoría de los días? _____
- ¿Cuántos vasos de jugo de frutas de 8 oz o bebidas azucaradas bebe la mayoría de los días? _____
- En los últimos 12 meses, yo/nosotros nos hemos preocupado por lo que pasaría si se nos acabara la comida antes de tener suficiente dinero para comprar más: Encierre una opción en un círculo
 A menudo A veces Nunca
- En los últimos 12 meses, la comida que compré/comparamos no duró y no teníamos dinero para comprar más: Encierre una opción en un círculo A menudo A veces Nunca

Condiciones de seguridad en el hogar

	No	Sí
¿Su hogar cuenta con detectores de humo?		
¿Guarda armas de fuego en su hogar?		
¿Usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un vehículo?		

Actividad en el hogar *(Continúa en la página siguiente)*

	Sí puede	No puede	Le resulta difícil
Vestirse			
Alimentarse			
Ir al baño por sí mismo			
Asearse			
Bañarse			

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha del día de hoy _____

	Sí puede	No puede	Le resulta difícil
Manejar sus finanzas			
Conseguir y tomar sus medicamentos			
Entrar y salir de un automóvil			
Caminar de 1 a 4 cuadras			
Caminar de 5 a 9 cuadras			
Caminar 10 o más cuadras			
Bajar escalones			
Subir escalones			
Arrodillarse			
Ponerse los calcetines y los zapatos			
Hacer sus compras			
Preparar sus propios alimentos			
Hacer sus tareas domésticas			
Lavar su ropa			
Usar un teléfono			

¿Qué medios de transporte utiliza? _____
(por ejemplo: en taxi, conduce su automóvil, la familia lo lleva, un amigo lo lleva, etc.)

¿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).

Caídas

	No	Sí
¿Se ha caído en el último año?		
En caso afirmativo, ¿las caídas causaron lesiones?		
¿Utiliza un bastón o un andador?		
¿Tiene problemas de equilibrio?		

Consumo de alcohol

- ¿Con qué frecuencia consume una bebida que contenga alcohol?
Encierre en un círculo: Nunca Una vez al mes o menos 2 a 4 veces al mes 4 o más veces al mes
- ¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar consume en un día normal cuando bebe?
Encierre en un círculo: Ninguna 1 o 2 3 o 4 5 o 6 7 a 9 10 o más
- ¿Con qué frecuencia toma 6 bebidas alcohólicas o más en una sola ocasión?
*Encierre en un círculo: Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente
Diariamente o casi diariamente*

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha del día de hoy _____

Tabaco y vapeo

	No	Sí	En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	En caso afirmativo, ¿número por día?	Antiguo consumidor - edad cuando lo dejó
¿Consume tabaco?					
¿Vapea o consume cigarrillos electrónicos?					

Otros medicamentos

	No	Sí
¿Consume opioides (narcóticos)?		
¿Toma medicamentos que obtuvo en otro lugar?		

Actualización del historial médico

	No	Sí	En caso afirmativo, proporcione detalles
Enfermedades desde la última visita			
Lesiones desde la última visita			
Estancias hospitalarias desde la última visita			
	No	Sí	En caso afirmativo, proporcione detalles
Especialistas desde la última visita			
Intervenciones quirúrgicas desde la última visita			

Actualización de antecedentes familiares

Escriba los problemas de salud recientes desde la última visita:

- Padres _____
- Hermanas y hermanos _____ No tengo hermanas ni hermanos
- Hijos _____ No tengo hijos

¿Cómo se ha sentido?

En las últimas dos semanas:	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Ha estado consternado por sentir poco placer al hacer las cosas?				
¿Ha estado consternado por sentirse deprimido o desesperado?				
¿Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o duerme demasiado?				
¿Se siente cansado o tiene muy poca energía?				
¿Tiene poco apetito o come en exceso?				

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha del día de hoy _____

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Se siente mal consigo mismo o siente que es un fracasado o que está decepcionado de sí mismo o ha decepcionado a su familia?				
¿Problemas para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?				
Se mueve o habla tan despacio que otras personas podrían haberlo notado. ¿O está tan nervioso o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual?				
¿Piensa que estaría mejor muerto o tiene pensamientos de hacerse daño?				

¿Cómo se ha estado sintiendo?

	Casi nunca	A veces	A menudo
¿Con qué frecuencia el estrés se vuelve un problema para usted cuando debe atender su salud, sus finanzas, sus relaciones familiares o sociales?			
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido enojado?			
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?			
¿Con qué frecuencia se siente excluido?			
¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?			
En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor ha sentido?			

	No	Sí
¿Le preocupa su memoria?		
¿Su familia o amigos se han preocupado por su memoria?		
¿Tiene inquietudes sobre las relaciones sexuales?		
¿Tiene problemas con los dientes o las encías?		
¿Tiene dentadura postiza?		
¿Va al dentista?		
¿Alguien está preocupado por su audición?		

