

## Medicare Annual Wellness Visit Form

### **UNA NOTA A NUESTROS PACIENTES ACERCA DE LAS VISITAS ANUALES DE BIENESTAR DE MEDICARE**

---

Estimado paciente,

Queremos que reciba cuidados para la salud - cuidado de la salud que puede reducir su riesgo de enfermedad o lesión. Medicare paga por algunos cuidados para la salud, pero no paga por todos los cuidados para la salud que pueda necesitar. Queremos que usted se informe acerca de sus beneficios de Medicare y cómo podemos ayudarle a sacar el máximo provecho de ellos. El término "examen físico" se utiliza a menudo para describir cuidados para la salud. Pero Medicare no paga por examen físico tradicional, un físico de la cabeza a los pies. Medicare paga para una visita de bienestar una vez al año para identificar los riesgos de salud y ayudará a reducirlos. En su visita de bienestar, nuestro equipo médico elaborará una historia de salud completa y proporcionará otros servicios como los siguientes:

- Exámenes para detectar la depresión, riesgo de caídas y otros problemas
- Un examen físico limitado para comprobar su presión arterial, peso, visión y otras cosas en función de su edad, sexo y nivel de actividad
- Recomendaciones para otros servicios de bienestar y los cambios de estilo de vida saludables.

Antes de su cita, nuestro personal le hará algunas preguntas sobre su salud y le pedirá que llene un formulario.

Una visita de bienestar no se ocupa de los problemas nuevos o existentes de salud. Eso sería un servicio independiente y requiere una cita más larga. Por favor, déjenles saber a nuestro personal de programación si usted necesita la ayuda del médico con un problema de salud, una recarga de medicación o algo más. Tal vez tengamos que programar una cita por separado. Un cargo adicional se aplica a estos servicios, sean en la misma fecha o en una fecha diferente a la visita de bienestar.

Esperamos ayudarle a sacar el máximo provecho de sus beneficios de bienestar de Medicare. Por favor, póngase en contacto con nosotros con cualquier pregunta.

Atentamente,

Su equipo de atención médica de Physicians at Sugar Creek

## Medicare Annual Wellness Visit Form

Rellena los siguientes elementos. Si la pregunta no se aplica a usted, favor de omitir la pregunta.

Por favor, marque "sí" o "no" para cada uno de los siguientes preguntas:	Si	No
¿Vive usted solo(a)? Si no, ¿con quien vive? _____		
¿Alguien más le ayuden a cuidar de ti mismo?		
En caso afirmativo, ¿es esta persona de buena salud? _____		
¿Usted recibe atención por parte de cualquier empresa de salud en casa?		
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la empresa? _____		
¿Tiene su casa riesgos de caídas como alfombras sueltas, luces tenues, etc.?		
¿Se ha caído en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____		
Ha roto la espalda, la columna vertebral, la cadera o el brazo en el último año?		
¿Necesita un intérprete para las visitas a su médico?		
¿Ha estado en el hospital en el último año?		
¿Cuál es su nivel de educación más alto? (marque uno)		
Escuela Media    Secundaria    Universidad    Posgrado		
¿Cuál es su método de aprendizaje preferido? (marque uno)		
Folleto    Instrucciones    Lectura verbales		
¿Alguna vez ha sido abusado? En caso afirmativo, indique que tipo de abuso.		
Abuso Sexual    Abuso Doméstico    Abuso de Ancianos		
¿Usted tiene fugas de orina?		
¿Recibe suficientes alimentos saludables para comer?		
¿Está teniendo dificultades para conducir su coche?		
¿Tiene problemas para oír?		
¿Tiene problemas para ver (más que las gafas de solo para leer?)		
¿Tiene detectores de humo en su casa?		
¿Tiene detectores de monóxido de carbono en su casa?		
¿Tiene barras de seguridad en su baño o casa?		
¿Tiene un dispositivo o un botón de llamada de emergencia?		
¿Utiliza alguna de las siguientes? (círculo cualquiera que utilice)		
CAÑA DE MULETAS    ANDADOR    SILLA DE RUEDAS    SCOOTER		

## Medicare Annual Wellness Visit Form

¿Está preocupado por su memoria?		
¿Está su familia preocupada acerca de su memoria?		
Por favor, marque "sí" si usted necesita ayuda con cualquiera de los siguientes (en caso contrario marque "no")	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Baño?		
¿Vestirse?		
¿Comer?		
¿Usar el baño?		
¿Levantarse de la cama o de una silla?		
¿El viajar en autobuses, taxis, o en un coche?		
¿Preparación de las comidas?		
¿El hacer compras para la ropa o comestibles?		
¿Limpieza de la casa?		
¿Manejo de su propio dinero (pago de facturas, etc.)?		
¿Tomar sus medicamentos (recordar a tomarlos o pedir recambios)?		
¿El uso del teléfono?		
¿Servicio de lavandería?		

Por favor escriba los nombres de los especialistas que usted ve:

Especialidad	Nombre	¿Para qué problema? (i.e. insuficiencia cardiaca)
Cardiología:		
Gastrointestinal:		
Neurología:		
Ocular:		
Urología:		

## Medicare Annual Wellness Visit Form

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado por cualquiera razón los siguientes problemas?	Nunca o rara vez	Algunos días	Más de ½ de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso, o en el borde				
No ser capaz de dejar de preocuparse				
Preocuparse demasiado por cosas diferentes				
Problemas para relajarse				
Al estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto				
Convertirse fácilmente molesto o irritable				
Sentir miedo como si algo terrible podría suceder				

Si marcó algún problema, que tan difícil han hecho estos problemas que haga su trabajo, cuidar de las cosas en su casa, o que se llevan bien con otras personas?

No es difícil \_\_\_\_ Algo difícil \_\_\_\_ Muy difícil \_\_\_\_ Extremadamente difícil \_\_\_\_

<b>During the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?</b>	Nunca o rara vez	Algunos días	Más de ½ de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas				
Se siente triste, deprimido o sin esperanza				
Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir mucho				
Siente cansado o tiene poca energía				
Falta de apetito o comer en exceso				
Sentirse mal consigo mismo, sentirse como un fracaso, o que usted le ha quedado mal a su familia				

## Medicare Annual Wellness Visit Form

Dificultad para concentrarse, como cuando se está leyendo o viendo la televisión				
Se mueve o habla tan despacio que otras personas notan, o muy nervioso e intranquilo.				
Pensar que estaría mejor muerto o que quiere hacerse daño a usted mismo de alguna manera				

Si marcó algún problema, que tan difícil han hecho estos problemas que haga su trabajo, cuidar de las cosas en su casa, o que se llevan bien con otras personas?

No es difícil \_\_\_\_ Algo difícil \_\_\_\_ Muy difícil \_\_\_\_ Extremadamente difícil \_\_\_\_

---

¿Usted tiene un poder notarial? Sí No

¿Tiene un testamento en vida (Directiva avanzado)? Sí No

*(Si su respuesta es "sí" a cualquier artículo de arriba, por favor asegúrese de que tengamos una copia)*

¿Quieres información sobre cualquiera de estos? Sí No

### **Medicamentos**

*(Por favor, incluya su nombre, dosis, cuántas veces al día, y por qué lo toma)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Medicare Annual Wellness Visit Form**

### **Alergias**

*(Anote todos los medicamentos que usted es alérgico, e incluyen lo que sucede cuando se los toma)*

---

---

---

---

---

Nombre de tu farmacia:

---