

# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

## Personas mayores (Senior)

Nombre del paciente (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que completa el formulario (si el paciente necesita ayuda)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifique</i>	¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?  
 Sí  No

**Clinic Use Only:**

				Nutrition
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
7	¿Tiene dificultades para masticar o tragar? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
8	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
9	¿Hace ejercicios o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
10	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
11	Por lo general, ¿tiene dificultades para llevar un registro de sus medicamentos? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
				Physical Activity
				Safety

12	¿Sus familiares o amigos se preocupan por la forma en que conduce? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿A veces se cae y se lastima, o le resulta difícil ponerse de pie? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Tiene un revólver en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
18	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
19	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
20	¿Usted u otras personas creen que tiene problemas para recordar cosas? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
21	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
23	En el último año ¿ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
24	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
25	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues

26	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
28	¿Le han forzado o presionado a tener relaciones sexuales, alguna vez? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
29	¿Cuenta con alguien que lo ayude a tomar decisiones sobre su salud o su atención médica? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Independent Living
30	¿Necesita ayuda para bañarse, comer, caminar, vestirse o ir al baño? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
31	¿Tiene a quién llamar cuando necesita ayuda en una emergencia? <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
32	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

*Si la respuesta es afirmativa, por favor describa:*

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	