COMMUNITY MEDICAL PROVIDERS
Medical Group

❑	G0402-IPPE (Welcome)
❑	G0438 –AWV (Initial)
❑	G0439 – (Subsequent)

VISITA ANUAL DE BIENESTAR

Office staff: Medical Record Number: _____ *Date of Service* _____

POR FAVOR EMPRIME:

Nombre del Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenina

Medicare B Fecha de elegibilidad: _____

DOLOR *(office: EPIC's vital signs – pain information) (oficina: EPIC'S signos vitals, informacion de dolor)*

⇨ Por favor, encierra en círculo su respuesta

Con qué frecuencia es un problema dolor para usted?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

En donde tiene dolor? _____

Encierra en círculo una de las caras de abajo que major se relaciona con tu dolor:

ALERGIAS – Por favor de escribir todas sus alergias o reacciones a medicamentos

⇨☐ N o cambios en el ultimo año

Alergias/Medicamentos:	Reaccion:
☐ No Alergias	

MEDICAMENTOS – Por favor, escribe todos los medicamentos que toma actualmente, incluidas recetas, suplementos, medicamentos para el resfriado, aspirina, vitaminas y píldoras anticonceptivas. Por favor, escribe todas las dosis y la frequencia tomadas.

⇨☐ No cambios en el ultimo año

Medicamento	Dosis	Frecuencia
☐ No tomo medicamentos		

ANTECEDENTES MÉDICO – Escribe todas las condiciones y heridas y cuándo comenzaron. (Por ejemplo: asthma, diabetis, alta presion, soplo cardiac, epilepsia, cáncer, depression, fatiga, accidents, fracturas, heridas a la cabeza, quemaduras) *(Office: EPIC's medical history section & update problem list)(oficina: historial médico y lista de problemas en EPIC)*

⇨☐ No cambios en el ultimo año

Problema:	Fecha:

HOSPITALIZACIONES – aparte de cirugías *(Office: EPIC's medical/surgical history section)(Oficina: seccion de historial medico/cirugias en EPIC)*

Hospitalizacion para:	Fecha:
☐ Nunca he sido hospitalizado	
☐ No Hospitalizaciones en el ultimo año	

ANTECEDENTES DE CIRUGÍA – Escribe todas las cirugías y la fecha en que las tuvo. (Por ejemplo: remover apéndice, vesícula biliar, hernia, histerectomía) *(Office: EPIC's surgical history section)(Oficina: Historial de cirguías en EPIC)*

Cirugía para:	Fecha:
☐ No cirugías	
☐ No cirugías nuevas en el ultimo año	

ANTECEDENTES DE FAMILIA – para parientes consanguíneos *(Office: EPIC's family history section)(Oficina: historial de familia en EPIC)*

☐ No hay cambios de historia de familia en el ultimo año

	Edad ahora:	Edad en muerte:	Causo de muerte:
Madre			
Padre			

Algunos miembros imediatos de su familia(padres, hermano, hermana, abuelos o hijos) han tenido estos problemas:

Si	No	Antecedentes de:	Cual miembro de familia y edad:
		Alcoholismo	
		Asthma	
		Cáncer	
		Depresion	
		Diabetis	
		Problemas de drogas	
		Ataque al corazon	
		Alta presión	
		Colesterol alto	
		Derrame cerebral	
Otras enfermedades o condiciones que recuen en su familia:_____			

ANTECEDENTES SOCIAL *(Office: EPIC's social history and EPIC's Social Determinants section)(Oficina: secciones historial social y determinantes sociales en EPIC)*

Usted fuma tabaco? ☐ Si ☐ No *(Office: If Yes to smoking, give Smoking Cessation Counseling)*

(Si marcaste sí)

Con qué frecuencia? (encierra en un círculo)
- ☐ Ex fumador
- ☐ Todos los dias
- ☐ Algunos dias

Tipo: (encierra en un círculo)
- ☐ Cigarillos
- ☐ Pipa de fumar
- ☐ Cigarros

Cigarros electronicos o vapeo? ☐ Si ☐ No

Bebes alcohol? ☐ Si ☐ No

Si es asi, bebe mas de 4 bebidas al dia o 28 a la semana? _____

(Office: If Yes to more than 4 alcoholic drinks per day, perform AUDIT sheet)

Usted usa drogas ilegales/recreativas? ☐ Si ☐ No

Si marcaste sí, que tipo?_____

(Office: If Yes to illegal drug use, perform DAST Flowsheet)

Sexualmente activo? ☐ Si ☐ No

Cuál es su ocupación? ☐ Jubilado ☐ Si está empleado? En donde:_____

Cuál es su estado civil? ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a

Cuál es su nivel mas alto de educación? _____

Raza: _____ Origen étnico: _____

Cuáles son sus pasatiempos? _____

MUJERES: ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

(Office: EPIC's obstetric history section)(Oficina: seccion obstetricas en EPIC)

Número de embarazos _____

Número de aborto espontáneo_____

Número de hijos/hijas _____

Número de abortos _____

Actividades de la vida diaria, *(Office: EPIC's ADL's section)(Oficina: Seccion ADL's en EPIC)*

⇨☐ No cambios en actividades de la vida diaria en el ultimo año.

Cuidado de la espalda?	S/N	Dueño/a de pistola?	S/N	Preocupación de dormir?	S/N
Casco de bicicleta?	S/N	Pasatiempos peligrosos?	S/N	Detectores de humo?	S/N
Transfusiones de sangre?	S/N	Servicio Militar?	S/N	Dieta especial?	S/N
Perforaciones en el cuerpo?	S/N	Exposición ocupacional?	S/N	Preocupado por el estrés?	S/N
Preocupación por el cafe?	S/N	Usa sinturon de carro?	S/N	Tatuajes?	S/N
Ejercicio?	S/N	Autoexamenes?	S/N	Preocupado por su peso?	S/N

IMPULSAMIENTOS SOCIALES DE SALUD*(office: SDOH: financial, housing, transportation, food, utilities)(oficina: SDOH: financier, armazón, transporte, comida, utilidades)*

En promedio, cuántos días a la semana haces ejercicio de moderado a extenuante? _____

En promedio, cuántos minutos hace ejercicio a este nivel? _____

Qué tan difícil es para usted para pagar lo básico como comida, armázon, asistencia médica, y calefacción?

☐ Muy difícil ☐ Difícil ☐ Un poco difícil ☐ No es muy difícil ☐ Nada de difícil

En los últimos 12 meses, alguna vez hubo un momento en el no pudo pagar su hipoteca o alquiler a tiempo? ☐ Sí ☐ No

En los úlitmos 12 meses, cuántas veces se ha movido de casa? _____

En algún tiempo dentro los últimos 12 meses, estuviste sin hogar o vivías en un refugio(incluyendo ahora)? ☐ Sí ☐ No

En los últimos 12 meses, le a faltado transporte para sus citas médicas o para recojer sus medicamentos? ☐ Sí ☐ No

Te mantuvo fuera de juntas, el trabajo o de conseguir las cosas necesarias de la vida diaria?
☐ Sí ☐ No

En los últimos 12 meses, se ha preocupado que se le acabaria la comida antes de poder recibir dinero para comprar mas? ☐ Sí ☐ No

En los últimos 12 meses, la comida que compro no le rindio y no tenia dinero para comprar mas?
☐ Sí ☐ No

Sientes estrés: tenso, inquieto, nervioso o ansioso, incapaz de dormir por la noche porque tu mente está perturbada?
☐ En absoluto ☐ Solo un poco ☐ Hasta cierto punto ☐Más bien ☐ Mucho

En una semana típica, cuántas veces hablas pro telefono con familia, amistaded o vecinos?
☐ Nunca ☐ Una vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Mas de 3 veces

Con qué frecuencia te reúnes con amigos o familiares dentro de una semana?
☐ Nunca ☐ Una vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Mas de 3 veces

Con qué frecuencia asistes a la iglesia o a los servicios religiosos?
☐ Nunca ☐ 1-4 veces por año ☐ Mas de 4 veces al año

Perteneces a algún club u organización como grupos de la iglesia, sindicatos, grupos fraternales o deportivos o grupos escolares? ☐ Sí ☐ No

Que frecuentemente asiste juntas para los clubs u organizacíon que pertence?
☐ Nunca ☐ 1-4 veces por año ☐ Mas de 4 veces al año

Estás casado, viudo/a, alertado, nunca casado o vives con una pareja?
☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ alertado/a ☐ Nunca casado/a ☐ Viviendo con una pareja

En el ultimo año, has tenido miedo de tu pareja o expareja? ☐ Sí ☐ No

En el ultimo año, has sido humillado o abusado emocionalmente de otras maneras por tu pareja o ex pareja? ☐ Sí ☐ No

En el ultimo año, has sido pateado, golpeado o herifo físicamente port u pareja o ex pareja?
☐ Sí ☐ No

En el ultimo año, has sido violada o obligada a tener alguna actividad sexual port u pareja o ex pareja?
☐ Sí ☐ No

Con qué frecuencia tomas una bebida que contiene alcohol?
☐Nunca ☐Mensual o menos ☐2-4 veces al mes ☐2-3 veces por semana ☐Mas de 4 veces a la semana

Cuantás bebidas conteniendo alcohol tomas en un día típico cuando bebes? _____

Con que frecuencia bebes 6 o mas bebidas alcoholicas en una sola occasion?
☐ Nunca ☐ Menos de cada mes ☐ Mensual ☐ Cada semana ☐ Todos los días

En los últimos 12 meses, la compañia de electricidad, gas, petróleo o agua a amenazado con cortar los servicios en su hogar?

☐ Nunca ☐A veces es cierto ☐ Siempre cierto

Con qué frecuencia necesitas que alguien te ayude cuando lees instrucciones, folletos u otro material escrito de tu medico o farmacia?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Aveces ☐ Siempre

DETECCIÓN DE DEPRESIÓN *(Office: PHQ 9 added, are there any office notes we need to add here?)(Oficina- añadir PHQ 9, hay notas de oficina que tienes que añadir?)*

PHQ-9 SCREEN *[Office: EPIC's depression screening flowsheet]*

Durante las últimas 2 semanas, ¿le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los diás	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Si usted marco cualquier problema,				
Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremamente difícil

GAD-7 SCREEN *(Office: EPIC's GAD-7 Anxiety Scale Flowsheet)*

Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te molestan los siguientes problemas?				
	Nunca	Varios diás	Más de la mitad de los diás	Casi todos los diás
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No puede para o controlar la preocupacion	0	1	2	3
Preocupar mucho por diferentes cosas	0	1	2	3
Problemas para relajarse	0	1	2	3
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
Fácilmente molesto o irritable	0	1	2	3
Sentir miedo que algo horrible pueda pasar	0	1	2	3
Si marco cualquier problema en este cuestionario,				
Que difícil han echo estos problemas para que pueda hacer su trabajo, hacer cosas en casa o comunicarse con otras personas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, *Parte 2 de 2* *(Office: For next 2 pages, use PNA Annual Wellness Visit Flowsheet) (Provider: if needed, consider a Referral)(Oficina: usa pagina de Visita Annual de Bienestar de PNA para las proxímas 2 paginas) (Doctor Médico: considere referencía, si es necesario)*

Si	No	Tienes una dieta bien equilibrada? Si no, por qué no? _____
Con qué frecuencia haces ejercicio? ***Encierre en circulo:*** Diario Semanal Nunca		
Si	No	Ustéd maneja?
Si	No	Puede fácilmente subirse y bajarse de la taza del baño?
Si	No	Tienes autocontrol sobre tu vejiga o intestino?
Si	No	Necesita ayuda comiendo o cocinando?
Si	No	Necesita ayuda para ir de compras o limpiando su casa?
Si	No	Tienes dificultades para hacer mandados solo/a?
Si	No	Necesita ayuda para cambiarse or para bañarse?
Si	No	Tienes problemas funcionando sexualmente?
Si	No	Tienes problemas para oír?
Si	No	Tienes problemas con la vista, incluso con lentes?

Cuántas horas puedes quedarte solo/a?_____

ESTADO COGNITIVO/FUNCIONAL *(Provider: if needed, consider a Referral)(Doctor Médico: considere referencía, si es necesario) [Office: EPIC AWV Health Risk Assessment Flowsheet]*

Si	No	Está teniendo problemas concentrandose o haciendo sus propias decisions?
Si	No	Tiene problemas manteniendo el correo o pagando sus biles?
Si	No	Tiene problemas ordenando sus medicamentos o haciendo citas con el médico?
Si	No	Tiene problemas acordandose de tomar sus medicamentos?
Si	No	Tienes un sentido de dirección disminuido?
Si	No	En el ultimo año, ha tenido confusion o perdida de memoria que le esta pasando mas frecuentemente?

SATISFACCIÓN GENERAL CON LA VIDA *(Provider: if needed, consider a Referral or further testing)(Doctor Médico: considere referencia, si es necesario o mas estudios)*

(Por favor, marca tu respuesta)

1. **Con qué frecuencia obtienes el apoyo social y emocional que necesitas?**
   ☐ Siempre ☐ Por lo Regular ☐ A veces ☐ Raro ☐ Nunca
2. **Durante las ultimas 4 semanas, su salud fisica y emocional ha límitado sus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos?**
   ☐ Siempre ☐ Por lo Regular ☐ A veces ☐ Raro ☐ Nunca
3. **Durante las ultimas 4 semanas, alguien estaba disponible para ayudarte si queria o necesitaba?**
   ☐ Siempre ☐ Por lo Regular ☐ A veces ☐ Raro ☐ Nunca
4. **En general, qué tan satisfecho estás con tu vida?**
   ☐ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
5. **Qué tan frecuentemente es el estrés un problema para ti?**
   ☐ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

DETECCIÓN DE SEGURIDAD *(If Yes for the fall questions (1&2), complete STEADI Fall Risk in Visit Navigator)(Si sí para las preguntas de caídas (1&2), complete STEADI Fall Risk en la visita)*

Cuantas veces se ha caído en el ultimo año?_____		
Si	No	Se preocupa por las caídas?
Si	No	Alguien te ha hecho sentir miedo o te ha lastimado fisicamente?
Si	No	Has estado molesto porque alguien te habló de una manera que te hizo sentir avergonzado o amenazado?
Si	No	Alguien te ha tratado de forzar de firmar papeles o usar tu dinero contra tu voluntad?

NIVEL DE ACTIVIDAD EN ADULTOS – Para que la actividad sea regular, debe sumar hasta 30 minutos o más por día y hacerse al menos 5 días a la semana.

(Marque una respuesta)

1	Actualmente no hago ejercicio y no tengo la intención de empezar en los próximos 6 meses
2	Actualmente no hago ejercicio y sí tengo la intención de empezar en los próximos 6 meses
3	Actualmente hago algo de ejerciso, pero no con regularidad
4	Actualmente hago ejercisio regularmente, pero solo he empezado a hacerlo en los últimos 6 meses
5	Actualmente hago ejercisio regularmente, y lo ha hecho durante más de 6 meses

Porfavor encierre en circulo:

Si	No	Estás tomando actualmente medicamentos opioides?
Si	No	Ha sido hospitalizado y/o tratado por uso excesivo de opioides?

[Staff: if patient answered Yes, complete the Opioid Risk Tool and PEG]

MANTENIMIENTO DE LA SALUD *(Office: update EPIC's health maintenance section)(Oficina: actualizar la sección de manteniemento de salud)*

Vacunas	Fecha de última vez
Tétanos:	_____
Neumonía #1:	_____
Neumonía #2:	_____
Influenza:	_____
Hepatitis B:	_____
Covid:	_____
RSV:	_____
Zostavax:	_____
Shingrix:	_____

Pruebas Preventivas	Decha de última vez
DEXA:	_____
Colonoscopia:	_____
Examen de Ojos:	_____
FOBT(examen del escremento):	_____
Hepatitis C:	_____
Mamograma:	_____
Detección de nódulos pulmonares:	_____
Enfermedad cardiovascular:	_____
Prueba de HIV:	_____
Aneurisma aórtico abdominal:	_____
Papanicolao (para mujeres):	_____
PSA (próstata) (para hombres) :	_____

Directiva anticipada de atención médica o POLST *(Office: EPIC's Directives section)*

Si	No	Tiene usted un directive de atención avanzada o un POLST?

Usted recibe atención médica de otros médicos o fuentes médicas?*(Office: add physicians to EPIC's care team, patient care team section, team member)(Oficina: añedir nombres de médicos a care teams en EPIC)*

YES	NO	Specialty	Nombre del Proveedor	Motivo de la visita	Fecha de la última visita?
☐	☐	Audiología(Oídos)			
☐	☐	Cardiologo(Corazon)			
☐	☐	Dermatologo(Piel)			
☐	☐	Dentista			
☐	☐	Gastrointestinal			
☐	☐	Optometrista(Ojos)			
☐	☐	Podólogo(Pies)			
☐	☐	Equipo medical			
☐	☐	Servicios de sauld en el hogar			
Otro:					

INFORMACION DE SALUD:

Quién podría ayudarte en caso de enfermadad o emergencia?

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

- Por favor firme aqui para dar aprobación para mandar su informacion médica a la persona que apunto arriba: _____*(su firma)*

Esta forma fue llenada por (apunte su nombre):

Nombre: _____

Relación: _____