

Lista de verificación previa a la visita del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ MRN#: _____

Firma del proveedor: _____

1) ¿En los pasados 12 meses, ha hablado con su médico o algún otro proveedor de salud sobre su nivel de ejercicio o actividad física?

Sí No No estoy seguro

2) ¿En los pasados 12 meses, ha tenido algún problema con su equilibrio o caminando?

Sí No No estoy seguro

3) ¿Se ha puesto la vacuna contra la gripe desde julio?

Sí No No estoy seguro

4) Muchas personas experimentan un escape o pérdida de orina, también conocida como incontinencia urinaria. ¿En los pasados 6 meses, ha experimentado incontinencia urinaria?

Sí No No estoy seguro

5) ¿En las pasadas cuatro semanas, se ha sentido que quiere hacer menos cosas de las que normalmente hace debido a cualquier problema emocional, como sentirse con ansiedad o deprimido?

Sí No No estoy seguro

6) ¿Ha experimentado algún cambio en su salud mental, física o emocional durante el pasado año?

Sí No No estoy seguro

7) En general, ¿cómo describiría su estado de salud?

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Florida Blue Medicare es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.