

Formulario de evaluación de la salud para adultos (65+)



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

(mm/dd/aaaa)

(mm/dd/aaaa)

1750 12th Street
Hood River, OR 97031

Teléfono: 541-386-5070
Fax: 541-386-7190
Sitio web: www.cgfm.com

Nombre Paciente: _____

Acceso a los alimentos

En los últimos 12 meses, ¿a usted y a las personas que viven con usted les preocupó quedarse sin alimentos antes de poder conseguir más? No Si

En los últimos 12 meses, ¿usted y las personas que viven con usted se quedaron sin alimentos antes de poder conseguir más? No Si

Consumo de tabaco

¿Actualmente fuma cigarrillos o cigarrillos de tabaco? No Si

¿cuánto tabaco consume por semana? _____

¿Usa otros productos de tabaco como tabaco, lo que incluye tabaco para mascar o cigarrillos electrónicos? No Si

¿cuánto tabaco consume por semana? _____

Consumo de alcohol

VARONES: ¿Cuántas veces ha bebido 5 o más bebidas en un día en el último año? Ninguna 1 o más

MUJERES: ¿Cuántas veces ha bebido 4 o más bebidas en un día en el último año? Ninguna 1 o más

Alcohol:

One drink =



12 oz.
beer



5 oz.
wine



1.5 oz.
liquor
(one shot)

Drogas ilegales

¿Cuántas veces ha usado una droga ilegal o ha tomado un medicamento recetado por motivos no médicos en el último año? Ninguna 1 o más

Nota: Las drogas ilegales incluyen metanfetaminas (speed, cristal), cannabis, disolvente para pintura, aerosol, pegamento, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

Estado de ánimo

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
--	------------	-------------	-----------------------------	---------------------

1. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PHQ2
(2015)

Uso de cafeína

¿Consumo cafeína en el café, té, bebidas energéticas, etc.? No Si

¿Cuánta cafeína consume en un día típico? _____