

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Autoevaluación del Estado de Salud

¿Cuál es tu raza?	<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Blanca
Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Justa <input type="checkbox"/> Deficiente
¿Comes 5 porciones de frutas y verduras al día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Haces ejercicio al menos 20 minutos, 3 o más veces por semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o un miembro de su familia está preocupado por su memoria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Te sientes demasiado cansada o fatigada con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Do you have any physical pain that limits your activities?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Riesgos Psicosociales

En las últimas 4 semanas, ¿te has sentido sola?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algunas de las veces
En las últimas 4 semanas, ¿te has sentido enojada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algunas de las veces
En las últimas 4 semanas, ¿te has sentido aislada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algunas de las veces
En las últimas 4 semanas, ¿te has sentido estresada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algunas de las veces
En las últimas 4 semanas, ¿has tenido dificultades sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algunas de las veces

PHQ-2 - Riesgos conductuales (últimas 2 semanas)

Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/> 0-De nada <input type="checkbox"/> 1-Varios días <input type="checkbox"/> 2-Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3-Casi todos los días
Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	<input type="checkbox"/> 0-De nada <input type="checkbox"/> 1-Varios días <input type="checkbox"/> 2-Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3-Casi todos los días
Puntuación Total=	

***The additional PHQ-9 screening should only be provided to the patient to complete or be conducted through patient interview by a clinical staff member, IF the PHQ-2 was positive.**

Seguridad en el Hogar

¿Tiene problemas de audición? En caso afirmativo, ¿tiene un audífono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tu casa tiene alfombras en el pasillo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tienes barras de apoyo en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Te has caído en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Number of times fallen
¿Tu casa tiene poca iluminación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tienes pasamanos en las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actividades de la vida diaria (¿Ha tenido las últimas 4 semanas...)

Sí/No

Si la respuesta es afirmativa...

Actividades de la vida diaria (¿Ha tenido las últimas 4 semanas...)	Sí/No	Si la respuesta es afirmativa...
Dificultad para caminar por una habitación (¿incluso usar un bastón o una andadora?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para subir o bajar las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para ponerse de pie o sentarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para vestirse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para cepillarse los dientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para bañarse o ducharse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para ir al baño?the toilet?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?

Actividades de la vida diaria (¿Ha tenido las últimas 4 semanas...)**Sí/No****Si la respuesta es afirmativa...**

¿Dificultad para alimentarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para administrar los medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para cocinar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para la limpieza de la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para lavar la ropa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
Dificultad para usar una computadora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para usar el teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para administrar las finanzas o pagar las facturas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para usar el transporte público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?
¿Dificultad para comprar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Necesitas ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿Tienes ayuda con esta tarea? <input type="checkbox"/> ¿A tu familia le preocupa que realices esta tarea?

Directiva Anticipada

¿Tiene una Directiva de Atención Médica completada en el archivo de su historia clínica electrónica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Desea ayuda para actualizar o completar una Directiva de atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Solo para el Personal Clínico

***This additional PHQ-9 screening should only be provided to the patient to complete or be conducted through patient interview by a clinical staff member, IF the PHQ-2 was positive.**

PHQ-9 - Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

0=Not at all 1=Several Days 2=More than half the days 3=Nearly every day

Trouble falling or staying asleep or sleeping too much	_____
Feeling tired or having little energy	_____
Poor appetite or overeating	_____
Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down	_____
Trouble concentrating on things like schoolwork, reading, or watching TV	_____
Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	_____
Thought you would be better off dead or of hurting yourself in some way	_____
Total Score =	_____

PHQ-9 - Disability and Additional Questions

If you checked off any problems, how difficult have these problems been?	<input type="checkbox"/> Not difficult at all	<input type="checkbox"/> Somewhat difficult
	<input type="checkbox"/> Very difficult	<input type="checkbox"/> Extremely difficult