

Spanish Hills Medical Group, Inc.

FAMILY PRACTICE

Jose Mauricio Pleitez, M.D.

Valerie Malinoski, N.P.

Jennifer Neira, MSN AGPCNP-BC

INTERNAL MEDICINE

Victor Alcocer, M.D. FACP

Sergio Neira, M.D.

1901 Outlet Center Drive, Suite 200

Oxnard, California 93036

Phone (805) 981-8300 Fax (805) 981-8302

A nuestros pacientes valorados de Medicare:

Efectivo Enero, 2011 Medicare permite una visita anual de bienestar. Esto es un nuevo beneficio para nuestros pacientes mayores. La visita anual de bienestar es diferente del físico rutinario tradicional porque busca riesgos específicos de la población mayor (como prevención de caída, por ejemplo). Su visita anual de bienestar es la única visita preventiva que Medicare reembolsará. Pedimos, por eso, que esta visita sea limitada a desarrollar su plan personalizado de prevención. Su médico le proporcionará con una lista escrita de pruebas e intervenciones que recomienda específicamente para usted. Si tiene preocupaciones más urgentes (como dolor de pecho, dolor de hombro, etc.) solicitamos que programe una cita separada para tratar de esto. Copagos y franquicias se aplicarán por cuidado que *no* es parte de su visita anual de bienestar.

Nuestros registros indican que usted no tiene una **Directiva Anticipada o Testamento de Vida en archivo en nuestra oficina**. Si usted tiene una completa, por favor de traer lo con usted a su visita. Si no tiene uno, Le hemos adjuntado una copia para usted (Cinco Deseos). Consulte con su representante o apoderado. Esta sería la persona que usted elija para hacer sus decisiones de asistencia médica de la salud si usted ya no pueda hacerlo. Si usted tiene preguntas con respecto a esta forma, por favor de hablar con su médico en el momento de su visita. Si decide completar los Cinco Deseos, le proporcionaremos un original en cualquier momento.

Para hacer su visita anual de bienestar tan útil como sea posible, pedimos que llene la forma adjunta de Bienestar Anual. Por favor sea concienzudo y completo. *Favor de traer estas formas con usted junto con sus medicamentos, vitaminas y suplementos para su visita.*

Esperamos verle para su Visita Anual de Bienestar en

_____ a las _____ AM/PM

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar 805 981-8300.

Sinceramente,

Spanish Hills Medical Group

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Ejercicio

En los ultimos 7 dias ha echo ejercicio?

_____ dias

En los ultimos 7 dias, cuanto ejercicio hizo?

_____ minutos por dia

Usualmente, que tan intenso es su ejercicio?

- Libiano (caminando lento)
- Moderado (caminando mas rapido)
- Ejercicio pesado (nadando o corriendo despacio)
- Ejercicio demaciado pesado (corriendo rapidamente o subiendo escalera)
- Ahora, yo no estoy hacienda ejercicio

Audición

Ha notado que tiene problemas al escuchar y entiendo cuando alguien esta hablando?

- Si
- No

Tabaco/Cigarros

En los ultimos 30 dias, has usado tabaco?

- Si
- No

Ha usado tabaco sin humo?

- Si
- No

Tienes interés en parar de fumar?

- Si
- No

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alcohol

En los últimos 7 días, cuantos días has tomado alcohol?

_____ días

En los días que tomo alcohol, cuantas veces tomo?

_____ Veces

(5 o mas Para hombres, 4 o mas Para mujeres o 4 o mas Para hombres y mujeres de 65 años o mas) bebidas con alcohol en una ocasion solamente?

- Nunca
- Una vez por semana
- 2-3 Veces por semana
- Mas de 3 veces por semana

Manejas el caro después de tomar bebidas alcohólicas, o esta en el carro cuando alguien esta manejando que ha bebido alcohol?

- Si
- No

Nutricion

En los ultimos 7 dias, cuantas porciones de verduras y frutas comio cada dia?

(1 porcion es una tasa de verduras frescas, o media tasa de verduras cocidas, o un pedaso de fruta mediana.)

_____ porciones cada dia

En los ultimos 7 dias, cuantas porciones de fibra o comidas con trigo comio casa dia?

(1 porcion es un pedaso de pan con trigo, 1 tasa de cereal con trigo, media tasa de comida cocida como avena, o media tasa de arroz café/Moreno o pasta con trigo)

_____ porciones cada dia

En los ultimos 7 dias, cuantas porciones de comida fruta o comida con grasa comio cada dia

(Pollo frito, pescado frito, papas fritas, sabritas, donas, pan dulce, aderezos para ensalada que tiene crema, comidas hechas con leche entera, queso o mayonesa)

_____ porciones cada dia

En las ultimos 7 dias, cuantas bebidas con azucar (no de dieta) ha tomado cada dia?

_____ bebidas con azucar cada dia

Cinturón de Seguridad

Cada ves que esta en el caro, se pone el cinturon de seguridad?

- Si
- No

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Depresión

En las ultimas 2 semanas, cuantas veces ha sentido triste, deprimido, o no tiene esperanza?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Un poco de tiempo
- Casi nunca

En las ultimas 2 semanas, cuantas veces se ha sentido sin ganas o interes en hacer cosas?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Un poco de tiempo
- Casi nunca

Ha sentido que sus sentimientos an affectado a su familia, amigos o en el trabajo en una manera negativa?

- Si
- No

If Depression screening positive (MA please initiate PHQ-9)

Ansiedad

En las ultimas 2 semanas, cuantas veces ha sentido con ansiedad, o se a sentido nerviosa?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Un poco de tiempo
- Casi nunca

En las ultimas 2 semanas, cuantas veces no pudo para de preocuparse o sentirse fuera de control?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Un poco de tiempo
- Casi nunca

Máxima Ansiedad

Cuantas veces se ha sentido que el estres causa problemas en su salud? Sus finanzas? Su familia y relaciones con amigos, o en su trabajo?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Un poco de tiempo
- Casi nunca

El Apoyo Social/Emocional

Siente que tiene el apoyo emocional y social que necesita?

- Casi todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Un poco de tiempo
- Casi nunca

Dolor

En los ultimos 7 dias, cuanto dolor ha sentido?

- Nada
- Un Poco
- Mucho

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Salud General

En general como es su salud?

- Excelente
- Muy bien
- Bien
- Pobre

Actividades De La Vida Diaria

En los ultimos 7 dias, necesita ayuda para comer, vestir, bañarse, caminar, usar el baño?

- Si
- No

Actividades Instrumentales De La Vida Diaria

En los ultimos 7 dias, ha necesitado ayuda en limpieza de casa, con sus finanzas, usando el telefono, transportacion, o administracion de sus medicamentos?

- Si
- No

Dolor

Por la noche, cuantas horas duerme?

_____ horas

Le han dicho que ronca por la noche?

- Si
- No

En los ultimos 7 dias, durante el dia cuantas veces se ha sentido con sueño?

- Todo el tiempo
- Usualmente
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia Medical

Por favor nombre todos sus doctores y Proveedores medicas.
(Ejemplo: Dr. Peters –cardiologo-, CCS: Provisiones diabeticas)

Nombre:

Especialidad:

Por favor nombre sus medicamentos incluyendo vitaminas y suplementos

Nombre de medicina/vitamina/suplemento

Dosis:

Alergias a medicamentos

Ha notado cambios, problemas de salud en su familia (mama, papa, hermanos, hijos)?

Ejemplo: Mama (Ataque al Corazon):

Por favor incluya la ultima fechas de los siguientes exámenes:

Vision/Glaucoma: _____

Mammografia (Mujeres) _____

Papanicolau (Mujeres) _____

Estudio de Huesos (Mujeres) _____

Examen de colesterol, Lipidos, Triglyceridos: _____

Proyeccion de diabetes: _____

Colonoscopia/Cancer de Colon: _____

Proyeccion De HIV: _____

Vacuna de Pneumonia: _____

Vacuna de Influenza: _____

Vacuna de Hepatitis B: _____

Examen Dental: _____

Examen de Prostata/PSA: (Hombres) _____

Ultrasonido Abdominal Aneurisma Aortico: _____

Revisado por: MA: _____ PCP: _____

Encuesta: Equilibrio y prevención caídas y mareos

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____
 Fecha: _____

Para ayudar a determinar si usted corre el riesgo una caída debido a un trastorno de equilibrio, por favor, responda ala siguiente cuestionario. Si usted responde afirmativamente a una o más preguntas, usted podría estar expuesto a ese riesgo. La mejor manera de determinar si usted padece un problema de equilibrio, es que comparta con su médico cualquier temor e inquietud que tenga con respecto a caídas, mareos o vertigo. De esta forma, él o ella le podrá ayudarle a diagnosticar la causa de los síntomas.

Lea cada pregunta y seleccione la casilla que más se acerque a su situación.	Sí o a menudo	Algunas veces	No o nunca
1. En el ultimo año, ¿se ha caído más de una vez sin causa aparente?			
2. ¿Ha tenido alguna caída o la sensación de que está a punto de caerse sin razón alguna?			
3. ¿Suele temer temor a caerse o le preocupa perder el equilibrio?			
4. ¿Ha sentido mareos, vértigo, o grave desequilibrio en los últimos seis meses?			
5. ¿Siente que pierde estabilidad cuando camina o sube escaleras?			
6. ¿Siente mareos cuando está sentado o se pone de pie?			
7. ¿Le causa mareos caminar por el pasillo de un supermercado o al detenerse a un costado de vehículos en movimiento?			
8. ¿Se mareo o le causa nauseas mover la cabeza rápidamente?			
9. ¿Se encuentra mareado o inestable al levantarse por la mañana?			
10. Después de una lesión o accidente, ¿ha continuado experimentando mareos?			
11. ¿Utiliza o se le ha sugerido el uso de andadera, bastón, o cualquier otra forma de apoyo para su movilidad?			
12. ¿ Ha experimentado recientemente una pérdida o una disminución de visión o audición?			
13. ¿El mareo o desequilibrio interfieren en su trabajo o sus responsabilidades en el hogar?			
14. ¿Ha afectado a su vida social el problema de su equilibrio?			
15. ¿Pierde con frecuencia el equilibrio o se siente mareado o inestable?			
16. ¿Se apoya en los muebles cuando camina en casa para estabilizarse?			

Por favor, no olvide incluir su nombre y fecha en la parte superior, y su firma en la parte inferior de esta encuesta. En su próxima visita, proporcione esta información a su medico.

 Firma del Paciente

 Teléfono



SPANISH HILLS MEDICAL GROUP

Peripheral Arterial Disease (PAD) Questionnaire

Date/Fecha:	
Name/Nombre:	
DOB/Fecha de Nacimiento:	
Sex/Género:	

Answers to the following questions will help determine if you are at risk for PAD and if a vascular examination can help better assess your vascular health status.

Sus respuestas a las siguientes preguntas determinaran si estas a riesgo de PAD y si un examen vascular le podrá asesar mejor su salud vascular.

1. Do you experience any pain in your legs or feet while at rest? ¿Siente dolor en sus piernas o pies cuando estas descansando?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
2. Do you have uncomfortable aching, fatigue, tingling, cramping or pain in your feet, calves, buttocks, hip or thigh during walking/exercise? Tiene dolor, fatiga, hormigueo, calambres o dolor en los pies, pantorrillas, glúteos, cadera o muslo al caminar / hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
If yes to Question 2, does the pain go away when you stop walking/exercising? Si contestaste si a la segunda pregunta, el dolor desaparece cuando deja de caminar / hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
3. Do your feet get pale, discolored or bluish at any time during the day? ¿Tus pies se ponen pálidos, descoloridos o azulados en cualquier momento durante el día?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
4. Do you have an infection, skin wound or ulcer on your leg or foot that is slow to heal over the past 8-12 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No

¿Tiene una infección, una herida en la piel o una úlcera en su pierna o pie que tarda en sanar en las últimas 8-12 semanas?	
5. Do you have high cholesterol or other blood lipid (fat) problems or require cholesterol medication? ¿Tiene problemas de colesterol alto u otros problemas de lípidos o necesita medicamentos para el colesterol?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
6. Do you have high blood pressure or take medication to reduce blood pressure? ¿Tiene presión arterial alta o toma medicamentos para reducir la presión arterial?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
7. Do you have diabetes? ¿Tienes diabetes?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
8. Do you have a history of chronic kidney disease? ¿Tiene antecedentes de enfermedad renal crónica?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
9. Do you currently or have you ever smoked? ¿Actualmente o alguna vez has fumado?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
10. Do you have a history of stroke or mini stroke (TIA)? ¿As tenido accidente cerebrovascular o mini accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
11. Do you have a history of heart disease (heart attack, MI)? ¿Tiene historia de enfermedad cardíaca (ataque cardíaco)?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
12. Do you have a history of carotid stenosis, AAA (abdominal aortic aneurysm), atheroembolism, thoracic aneurysm and/or stent placement? Tiene antecedentes de estenosis carotídea, AAA (aneurisma aórtico abdominal), ateroembolismo, aneurisma torácico y / o colocación de stent?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No