



Recientemente, Ogden Clinic actualizó los formularios de la Visita Anual de Bienestar. Si recibió un paquete para su visita anual de bienestar anteriormente, ignore y complete estos formularios para llevarlos a su próxima cita.

Estimado paciente de Medicare,

¡Gracias por programar su visita anual de bienestar con nosotros! Como miembro elegible de la Parte B de Medicare, Ogden Clinic se complace en brindarle este importante servicio. Durante su visita, revisaremos los antecedentes médicos y el historial social relacionado con su salud. También brindaremos educación y asesoramiento sobre servicios preventivos, incluidos ciertos exámenes de detección, inmunizaciones y remisiones para otros cuidados.

Su evaluación de salud también incluirá:

- Medidas de altura, peso y presión arterial.
- Un cálculo de su índice de masa corporal
- Una revisión de su riesgo potencial de depresión y su nivel de seguridad
- Una oferta para discutir el valor de crear directivas anticipadas que le indica a su médico y otros cuidadores si necesita atención o cuidados cuando no puede hablar por sí mismo.
- Un plan escrito que le informa qué exámenes de detección, inmunizaciones y otros servicios preventivos puede necesitar.

La visita anual de bienestar está cubierta cada 12 meses para los participantes elegibles de la Parte B de Medicare. Aunque la visita de bienestar está completamente cubierta por su seguro, es probable que se le cobre un copago si se renuevan los medicamentos o si tiene inquietudes médicas adicionales, pruebas o servicios realizados durante la visita; se puede aplicar el coseguro y el deducible de la Parte B. Cada año recopilamos esta información anterior para asegurarnos de que nuestros gráficos y documentación se actualicen correctamente.

En preparación para su visita, complete el formulario adjunto. Si tiene preguntas sobre su visita anual de bienestar, no dude en comunicarse con nosotros al (801) 475-3000. ¡Esperamos verte en tu próxima visita!

Atentamente,

Su proveedor de atención médica de Ogden Clinic

Cuestionario de Visita Médica Anual de Bienestar

Gracias por elegir Ogden Clinic para su Visita Anual de Bienestar. Para asegurarnos de que su información medica este al corriente, por favor complete todo el cuestionario.

Paciente	Fecha: _____
	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿En las últimas dos semanas le han molestado alguno de los siguientes problemas?

		Ningún Día	3 o más días a la semana	6 o más días a la semana	Casi todos los Días	
Detección de Depresión - PHQ-9	¿Se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanza?					 STAFF: PLEASE USE SMART FORM 
	¿Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?					
	¿Tiene problemas para conciliar el sueño o para mantenerse dormido, o duerme demasiado?					
	¿Se siente cansado o tiene poca energía?					
	¿Tiene poco apetito o come en exceso?					
	¿Se siente mal consigo mismo o cree que es un fracaso o que ha defraudado a su familia?					
	¿Tiene problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión?					
	¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado; o por el contrario, está tan inquieto o nervioso que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual?					
	¿Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera?					
¿Se enoja con facilidad?						
¿Se siente solo o socialmente aislado?						
¿Se sientes crónicamente fatigado?						

¿En los ultimas 12 meses, ha tenido:		NO	SI
SDOH	Dificultades para encontrar transportación de ida y vuelta para sus citas medicas?		
	Preocupaciones sobre la falta de alimentos en tu hogar?		
	Preocupaciones sobre su hogar? (renta, hipoteca, etc.)?		
	Tiene alguna problema con condiciones inseguras o sucias o problemas de servicios públicos (electricidad, agua, gas, etc.) en su residencia actual?		
	Preocupaciones laborales y/o inestabilidad financiera?		
	Instancias donde se ha sentido inseguro/en peligro o usted fue dañado?		
	¿Le gustaría recibir información sobre soporte adicional o recursos para usted y/o los miembros de su familia?		

Examen de Audición	Usas aparatos de oído?	SI- Continúa con esta sección ____ NO - Saltar a la siguiente sección ____	
		NO	SI
	¿Tiene problemas para oír por el teléfono?		
	¿Tiene problemas siguiendo una conversación con dos o más personas al mismo tiempo?		
	¿La gente se queja de que usted sube demasiado el volumen de la televisión?		
	¿Tiene dificultad para comprender una conversación?		
	¿Tiene problemas para oír con ruido de fondo?		
	¿Se encuentra preguntándole a las personas que repitan lo que dicen?		
	¿Muchas personas con las que habla parecen balbucear (o no hablar con claridad)?		
	¿Entiende mal lo que otros dicen y responde de manera inapropiada?		
	¿Tiene problemas en comprender el habla de mujeres y niños?		
	¿Se siente molesto porque no comprende lo que las personas dicen?		
Contesto sí a dos o más preguntas?			

Riesgo de Caída		NO	SI
	¿Se siente inestable cuando está parado o caminando?		
	¿Se preocupa caerse?		
	¿Se ha caído en el año pasado?		
	Si se ha caído en el año pasado, ¿cuántas veces? ____ Una caída ____ Más de una caída		
	¿Se ha herido como resultado de alguna caída? ____ NO ____ SI		
	¿Está tomando actualmente algún medicamento considerado como anticoagulante, como aspirina, Motrin (ibuprofeno), Comodina (Warfarina), Eliquis (apixabán), Xarelto (rivaroxabán), Plavix (clopidogrel)?		

Examen de Seguridad		NO	SI
	¿La casa del paciente carece de barras de apoyo en el baño?		
	¿La casa del paciente carece de barras de apoyo en las escaleras?		
	¿La casa del paciente tiene poca iluminación?		
	¿La casa del paciente tiene alfombras en el pasillo?		
	¿El paciente usa un cinturón de seguridad regularmente?		

Habilidad Funcional	¿Cuál es su nivel actual de actividad?	
	____ Actividad física moderada en el trabajo o el tiempo libre ____ Sin limitaciones ____ Sedentario ____ En silla de ruedas ____ En cama ____ Otro:	
	¿Cuál de las siguientes describe mejor su dieta actual? Puede elegir más de uno.	
	____ Cocina y come en casa con regularidad ____ Sale a cenar con frecuencia ____ Sin restricciones - dieta saludable ____ Dieta saludable para el corazón ____ Dieta diabética ____ Vegetariano ____ Intolerante a la lactosa ____ Sin gluten ____ Otro:	
	¿Con qué frecuencia participa en actividades sociales?	
	____ Una o más veces por semana ____ Una o más veces por mes ____ Menos de una vez por mes	

		NO	SI
Habilidad Funcional	¿El paciente necesita ayuda con el teléfono?		
	¿El paciente necesita ayuda con transporte?		
	¿El paciente necesita ayuda preparando sus comidas?		
	¿El paciente necesita ayuda con trabajos de la casa?		
	¿El paciente necesita ayuda lavando la ropa sucia?		
	¿El paciente necesita ayuda con medicamentos?		
	¿El paciente necesita ayuda para administrar dinero?		
	¿El paciente necesita ayuda vistiéndose?		
	¿El paciente necesita ayuda comiendo?		
	¿El paciente necesita ayuda para usar el baño?		
	¿El paciente experimenta incontinencia?		
	¿El paciente necesita ayuda con su propia limpieza?		
	¿El paciente necesita ayuda para bañarse?		
	¿El paciente necesita ayuda para levantarse de la cama a la silla?		
	¿El paciente necesita ayuda para caminar por la habitación (incluye bastón o andador)?		
	¿El paciente necesita ayuda para subir un tramo de escaleras?		
¿El paciente necesita ayuda para comprar?			

¿Hay otros proveedores o suplidores involucrados en su atención?			
Otros Proveedores	☐ Audiología	☐ Medicina Interna	☐ Suministros Médico
	☐ Cardiología	☐ Oftalmología	☐ Manejo del Dolor
	☐ Dermatología	☐ Nefrología	☐ Terapia Física
	☐ Endocrinología	☐ Oncología	☐ Reumatología
	☐ Salud en el Hogar		
	☐ Otro:		☐ No hay otros proveedores

		NO	SI
Examen de Dolor	¿Tiene dolor crónico?		
	Si tiene dolor crónico, ¿cómo describiría su dolor del 0 al 10?		
	Menos dolor <--- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ---> Más dolor		
	¿Actualmente está tomando analgésicos recetados conocidos como opioides?	NO - Saltar a la siguiente sección ☐	
		SI- Continúa con esta sección ☐	
	En caso afirmativo a la pregunta anterior, marque cualquiera de los siguientes que correspondan:		
	Historia Familiar de Abuso de Sustancias: ☐ Abuso de Alcohol ☐ Abuso de Drogas Ilegales ☐ Abuso de Prescripciones Médicas		
	Historia Personales de Abuso de Sustancias: ☐ Abuso de Alcohol ☐ Abuso de Drogas Ilegales ☐ Abuso de Prescripciones Médicas		
	Historia Personales de lo Siguierte: ☐ TDAH, TOC, Bipolar, Esquizofrenia, Depresión		
	Plan de Tratamiento Actual: ☐ Manejado por PCP ☐ Manejado por Especialista de Dolor		
☐ Acupuntura ☐ Terapia conductual ☐ Terapia de manipulación ☐ Terapia de masaje			
☐ Cannabis Medicinal ☐ Terapia física ☐ Contrato de dolor en el lugar ☐ Rehabilitación			
☐ Terapias sin receta: _____			

Mantenimiento de Salud	¿Tiene un testamento vital? ☐ Si ☐ No			
	Por favor registre el último año que tuvo lo siguiente, si no sabe déjelo en blanco.			
	Examen	Año	Clínica	Resultados
	Colonoscopia			
	Otro examen de detección de cáncer de colon:			
	Mamografía (Solo mujeres)			
	Papanicolaou (Solo mujeres)			
	Densidad ósea (DEXA)			
	Examen de la vista/detección de glaucoma			
	Electrocardiograma (ECG)			
	Detección de hepatitis C			
	Detección de HIV			
	Estudio de niveles de azúcar en la sangre			
	Perfil lipídico			
	PSA (Solo hombres)			
	Vacunas	Año	Lugar	
	Tétanos			
	Neumocócica			
	Influenza			
	Culebrilla			
COVID-19		Número de dosis:		

Actualizaciones médicas/quirúrgicas	¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su salud durante el último año?	
	☐ Mi salud ha mejorado ☐ Mi salud se ha mantenido igual ☐ Mi salud ha empeorado	
	Enumere cualquier actualización de su historial médico de la que Ogden Clinic no tenga registro. Incluya todos los nuevos diagnósticos médicos, cirugías u otras pruebas que se hayan realizado en el último año.	
	Condición/ Cirugía / Examen	Año