



RESPONDA TODAS LAS RESPUESTAS

Información de contacto

Nombre _____ Apellido _____
 Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____
 Número de identificación de Gold Kidney _____

Tipo de evaluación (*a completar por el gestor del caso*) Inicial Anual TOC

Idioma/Cultural

1. ¿Prefiere otro idioma que no sea el inglés?
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

- Árabe Chino Francés Alemán Hindi
 Coreano Navajo Español Tagalo Vietnamita
 Otro _____

2. ¿Existen creencias culturales o religiosas específicas que puedan afectar a su atención médica?
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

En caso afirmativo, ¿cuáles de las siguientes?

- Amish Baha'i Budismo Cristianismo Hindú
 Testigo de Jehová Judaísmo Musulmán Adventista del Séptimo Día
 Sikh Otro _____

Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, ¿cuáles son las creencias concretas?

General

3. En general, ¿cómo calificaría su salud actual?
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala
 Imposible de evaluar Se negó a contestar

¿Existen razones específicas que le hayan hecho responder a la pregunta de la forma en que lo hizo?



Actividad/Ejercicio

4. ¿Cuál es su nivel de actividad actual?
- Igual que hace tres meses Mejor que hace tres meses Peor que hace tres meses
 Imposible de evaluar Se negó a contestar
5. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de ayuda en su hogar?
- Bastón Andador Muletas Silla de ruedas manual Scooter
 Silla de ruedas eléctrica Ninguno Otro _____

Consumo de sustancias

6. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?
- Nunca A veces A menudo Muy a menudo
 Imposible de evaluar Se negó a contestar
7. ¿Consume sustancias ilegales o medicamentos que no le han sido recetados?
- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
- En caso afirmativo, ¿desea dejar de consumir sustancias ilegales o medicamentos que no le han sido recetados?
- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
8. ¿Consume productos de tabaco/nicotina como cigarrillos electrónicos/vapeadores o dip/para masticar?
- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
- En caso afirmativo, ¿desea dejar de fumar o de consumir tabaco/productos con nicotina?
- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

Servicios de salud mental

9. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?
- En absoluto (0) Varios días (1) Más de la mitad de los días (2)
 Casi todos los días (3) Imposible de evaluar Se negó a contestar
10. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado?
- En absoluto (0) Varios días (1) Más de la mitad de los días (2)
 Casi todos los días (3) Imposible de evaluar Se negó a contestar

Vacunación

11. ¿Se ha vacunado contra la gripe en el último año?
- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar



12. ¿Se ha vacunado contra la neumonía en los últimos cinco años? Si es mayor de 65 años.
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
13. ¿Se ha vacunado contra el herpes zóster? Si es mayor de 50 años.
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
14. ¿Se ha vacunado contra el covid?
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
En caso afirmativo, ¿cuántas?
 1ª dosis 2ª dosis Refuerzo Imposible de evaluar Se negó a contestar

Afecciones crónicas

15. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que padece lo siguiente?
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes o Prediabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Atención actual

16. ¿Tiene un médico de atención primaria (médico habitual) al que pueda ver fácilmente de forma rutinaria?
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y los datos de contacto de su médico de atención primaria?

17. ¿Tiene otros médicos/especialistas a los que acude?
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y los datos de contacto de su especialista, y qué tipo de médico es?

18. En los últimos tres meses, ¿ha visitado urgencias y ha pasado la noche en el hospital?
 Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar
En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué motivos?

19. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos médicos en su domicilio?
 Oxígeno CPAP/BiPAP Vacuna Insulina Camilla
 Ninguno Otro _____



Actividades de la vida diaria (AVD)

20. ¿Necesita ayuda de otras personas para ocuparse de cosas como la lavandería y las tareas domésticas, la compra, el uso del teléfono, la preparación de la comida, el transporte o la toma de sus propios medicamentos?

Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

En caso afirmativo, ¿obtiene la ayuda que necesita?

Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

21. ¿Necesita ayuda de otras personas para ocuparse de cosas como la lavandería y las tareas domésticas, la compra, el uso del teléfono, la preparación de la comida, el transporte o la toma de sus propios medicamentos?

Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

En caso afirmativo, ¿obtiene la ayuda que necesita?

Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

Caída

22. ¿Se ha caído más de una vez en los últimos seis meses? *(Una caída es cuando su cuerpo va al suelo sin que se lo empuje).*

Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

Situación doméstica

23. ¿Cuál es su situación de vida actual?

Vivo en mi propia casa (casa, apartamento, piso, caravana, etc.)

Vivo en un hogar colectivo

Vivo en un centro de vida asistida

Vivo en una residencia de ancianos

Vivo con un familiar o amigo en su casa

Vivo en un hotel

Vivo en un albergue o no tengo hogar

Otro _____



24. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes?

- Plagas como chinches, hormigas o ratones
- Falta de calefacción
- El horno o la cocina no funcionan
- No puedo pagar la vivienda
- No puedo pagar los servicios públicos
- Sensación de inseguridad
- Ninguna de las anteriores
- Otro _____

Alimentos

25. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

Transporte

26. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas o hacer cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Se negó a contestar

Medicamentos

27. ¿Tiene alguna dificultad para conseguir sus medicamentos?

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Se negó a contestar

En caso afirmativo, ¿cuál es su dificultad para conseguir sus medicamentos?

28. Entiende sus medicamentos y cómo tomarlos

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Se negó a contestar

En caso negativo, ¿qué es lo que no entiende?

Dolor

29. En los últimos siete días, ¿cuánto dolor ha sentido?

- Ninguno
- Algo
- Mucho
- Imposible de evaluar
- Se negó a contestar

Si ha sentido dolor, ¿especifique el lugar o la causa del dolor?



Instrucciones anticipadas

30. ¿Tiene instrucciones anticipadas? *(Un documento de instrucciones anticipadas es un documento escrito en el que se expresan sus deseos de atención médica en caso de que no pueda hablar por sí mismo).*

- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

En caso negativo, ¿podemos facilitarle información relativa a las instrucciones anticipadas?

- Sí No Imposible de evaluar Se negó a contestar

Informe

Estado de la evaluación: Pendiente Finalizada Rechazada

Fecha de finalización: _____

¿Quién completó el formulario? Miembro Cónyuge Familiar o amigo