



Health Risk and Preventive Care Assessment Evaluación de Riesgos para la Salud y Cuidado Preventivo

Patient Name | **Nombre:** _____ DOB | **Fecha de Nacimiento:** _____

Date of Service | **Fecha de servicio:** _____ Sex | **Sexo:** Male/Hombre Female/Mujer

My overall health condition is	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Fair	<input type="checkbox"/> Poor
Siento que mi estado de salud es	Excelente	Bueno	Justo	Mal

Please answer questions 1-23 below as the preceding statement pertains to you and speak with your doctor if you have any questions. **Por favor responda a las siguientes preguntas 1-23 como la declaración anterior pertenece a usted y hable con su médico si tiene alguna pregunta.**

Diet / Dieta			
1	I eat three balanced meals a day that includes fruits, vegetables, grains, and calcium rich foods. Como tres comidas balanceadas cada día que incluyen frutas, verduras, cereales, y alimentos ricos en calcio.	Yes Cierto	No Falso
2	I limit eating fried or fast foods and seldom drink soda, juice drinks, sports, or energy drink. Limito el consumo de alimentos fritos o comidas rápidas.	Yes Cierto	No Falso
3	I have gained or lost over 10 lbs. in the last 6 months. He aumentado o bajado más de 10 libras en los últimos 6 meses.	Yes Cierto	No Falso
Physical Activity / Actividad Física			
	I exercise. Hago ejercicio.	Yes Cierto	No Falso
4	If you answered “Yes” to question 4, please answer the following questions a and b: Si su respuesta es “Cierto” a la pregunta 4, por favor conteste las siguientes preguntas a y b: a. How many days a week do you exercise? ¿Cuántos días cada semana hace ejercicio? <input type="checkbox"/> 1 to 2 days 1 a 2 días <input type="checkbox"/> 3 to 4 days 3 a 4 días <input type="checkbox"/> 5 to 7 days 5 a 7 días How long do you exercise? ¿Por cuánto tiempo hace ejercicio? <input type="checkbox"/> <30 mins <30 minutos <input type="checkbox"/> > 30 mins > 30 minutos <input type="checkbox"/> 1 hour 1 hora <input type="checkbox"/> ≥ 1 hour ≥1 hora		
Contenance / Continencia			
	I have problems urinating. Tengo problemas para orinar.	Yes Cierto	No Falso
5	If you answered “Yes” to question 5, why do you have trouble with urinating? Si su respuesta es “Cierto” a la pregunta 5, ¿Que tipo de problemas tiene al orinar? <input type="checkbox"/> Leaking Gotea <input type="checkbox"/> Frequent trips Visitas frecuentes al baño <input type="checkbox"/> Other Otra		
6	I have frequent urinary tract infections (more than 2 times a year). Tengo infecciones urinarias frecuentes (más de 2 veces cada año).	Yes Cierto	No Falso
7	I have been diagnosed with an enlarged prostate. Me han diagnosticado un agrandamiento de la próstata.	Yes Cierto	No Falso
Home and Safety / El Hogar y la Seguridad			
8	I feel safe where I live. Me siento seguro donde vivo.	Yes Cierto	No Falso
9	I drive cautiously, always wear a seat belt while sitting in a car and have not had a car accident in the past year. Manejo con precaución, siempre uso el cinturón de seguridad mientras estoy sentado en un coche, y no he tenido ningún accidente de automóvil durante el año pasado.	Yes Cierto	No Falso
Fall Risk, Vision, and Hearing Problems Riesgo de Caídas, Problemas de Visión y Audición			
10	I have fallen in the past 12 months. Me he caído en los últimos 12 meses.	Yes Cierto	No Falso



Health Risk and Preventive Care Assessment Evaluación de Riesgos para la Salud y Cuidado Preventivo

Patient Name | **Nombre:** _____ DOB | **Fecha de Nacimiento:** _____

Date of Service | **Fecha de servicio:** _____ Sex | **Sexo:** Male/Hombre Female/Mujer

	<p>If you answered “Yes” to question 10, please answer the following questions a and b: Si su respuesta es “Cierto” a la pregunta 10, por favor conteste las siguientes preguntas a y b</p> <p>a. How many times did you fall? ¿Cuántas veces se ha caído? <input type="checkbox"/> 1 time 1 vez <input type="checkbox"/> 2 or more times 2 veces o más What caused your fall? Cuál fue la causa de su caída: _____</p> <p>b. Did your fall cause a fracture or serious injury? ¿Causó su caída una fractura o lesión grave? <input type="checkbox"/> Yes. Explain the injury Sí. Explique su herida: _____ <input type="checkbox"/> No No</p>		
11	I have safety bars installed in my bathroom. He instalado barras de seguridad en mi baño.	Yes Cierto	No Falso
12	My vision and hearing changed a lot in the past 12 months. Mi visión y mi audición cambiaron mucho en los últimos 12 meses.	Yes Cierto	No Falso
Oral Health and Lifestyle & Staying Healthy Salud Oral y Estilo de Vida & Mantenerse Saludable			
13	I have problem with my oral health. Tengo problemas con mi salud oral.	Yes Cierto	No Falso
14	I can chew and swallow easily. Puedo masticar y tragar con facilidad.	Yes Cierto	No Falso
15	I smoke/chew tobacco. Fumo/mastico tabaco. Frequency of Tobacco Use: Con qué frecuencia fuma/mastica tabaco: _____	Yes Cierto	No Falso
16	I drink alcohol. Yo tomo alcohol. If you answered “Yes” to question 16, how many glasses do you drink a day? Si su respuesta es “Cierto” a la pregunta 16, ¿cuántas bebidas tome cada día? <input type="checkbox"/> < 2 glasses < 2 bebidas <input type="checkbox"/> > 2 glasses > 2 bebidas	Yes Cierto	No Falso
17	Have you had the following health vaccinations? ¿Ha recibido las siguientes vacunas? a. Flu shot in the last year Vacuna de gripe en el año pasado <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Do not know or remember No sé o no recuerdo <input type="checkbox"/> Not Applicable No aplica b. Pneumonia shot in the last 5 years Vacuna de neumonía en los últimos 5 años <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Do not know or remember No sé o no recuerdo <input type="checkbox"/> Not Applicable No aplica c. Covid-19 vaccine Vacuna de Covid-19 <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Do not know or remember No sé o no recuerdo <input type="checkbox"/> Not Applicable No aplica		
Functional Status Assessment Evaluación del Estado Funcional			
18	I can take care of my daily living activities such as eating, toileting, bathing, dressing, walking, etc. Puedo cuidarme y llevar a cabo actividades diarias como comer, ir al baño, bañarme, vestirme, caminar, etc. If you answered “No,” please explain: Si su respuesta es "Falso," ¿por qué? _____	Yes Cierto	No Falso
19	I can handle jobs like doing laundry, cooking, paying bills, using the telephone, driving, or taking buses, shopping, etc. Puedo encargarme de obligaciones como lavar ropa, cocinar, pagar facturas, usar el teléfono, conducir un carro o tomar camiones, etc. If you answered “No,” please explain: Si su respuesta es "Falso," ¿por qué? _____	Yes Cierto	No Falso
20	I have trouble remembering important things such as taking my medications on time. Tengo problema recordando cosas importantes, como tomar mis medicamentos a tiempo.	Yes Cierto	No Falso



Health Risk and Preventive Care Assessment Evaluación de Riesgos para la Salud y Cuidado Preventivo

Patient Name | **Nombre:** _____ DOB | **Fecha de Nacimiento:** _____

Date of Service | **Fecha de servicio:** _____ Sex | **Sexo:** Male/Hombre Female/Mujer

Pain Scale/ Escala de dolor						Location of Pain/ Ubicación del dolor : _____					
Circle the number that best describes pain level in the last five days /Encierra en un círculo el número que mejor describa el nivel de dolor en los últimos cinco días											
21	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verbal Scale Escala Verbal	No Pain No Dolor	Mild Pain Dolor Leve		Moderate Pain Dolor moderado			Severe Pain Dolor severo		Worst Possible Peor possible		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activity Scale Escala de actividad	No Pain No Dolor	Can be ignored Puede ser ignorado		Interferes with Tasks Interfiere con las tareas		Interferes with Concentration Interfiere con concentración		Interferes with Basic Needs Interfiere con las necesidades básicas		Bed rest Required Se requiere reposo en cama	
Advance Directive Directiva Anticipad											
22	Have you ever completed an Advance Care Plan? ¿Alguna vez ha completado un Plan de Atención Avanzado?									Yes Cierto	No Falso
	If you marked "No," do you want to receive one? *Please ask your PCP for materials Si respondió "No," ¿desea recibir uno? *Por favor pídale las formas necesarias a su doctor									Yes Cierto	No Falso
23	Do you have other questions or concerns about your health? ¿Tiene otras preguntas o inquietudes sobre su salud?									Yes Cierto	No Falso
	If yes, please describe En caso afirmativo, describa:										

*I understood the above questionnaire and received education and counseling from my Primary Care Physician.
Entendí el cuestionario anterior y recibí educación y consejería de mi médico de cabecera

Office Use Only Solo uso de oficina		
Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)		Score
24	What year is this?	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> Incorrect (4pts)
25	What month is this?	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> Incorrect (3pts)
26	Give the patient an address phrase to remember with 5 components - <i>example:</i> John Doe, 52 Grand St, Arcadia.	Make sure patient can repeat address phrase properly and inform him/her that you will ask to repeat later.
27	About what time is it (within one hour)?	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> Incorrect (3pts)
28	Count backwards from 20-1.	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> 1 Error (2pts) <input type="checkbox"/> > than 1 Error (4 pts)
29	Say the months of the year in reverse.	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> 1 Error (2pts) <input type="checkbox"/> > than 1 Error (4 pts)
30	Repeat address phrase.	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> 1 Error (2pts) <input type="checkbox"/> 2 Errors (4pts) <input type="checkbox"/> 3 Errors (6pts) <input type="checkbox"/> 4 Errors (8pts) <input type="checkbox"/> All wrong (10 pts)
(6CIT score) Add all scores to total =		

0-7 Normal

8 -9 Mild Cognitive Impairment (consider referral)

10-28 Significant Cognitive Impairment (referral)



Health Risk and Preventive Care Assessment Evaluación de Riesgos para la Salud y Cuidado Preventivo

Patient Name | **Nombre:** _____ DOB | **Fecha de Nacimiento:** _____

Date of Service | **Fecha de servicio:** _____ Sex | **Sexo:** Male/Hombre Female/Mujer

Depression Screening (PHQ9) Detección de depresión (PHQ9)					
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? ¿En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?		Not at all Para nada	Several Days Varios días	More Than Half the Days Más de la mitad de los días	Nearly Everyday Casi a diario
1	Little interest or pleasure in doing things Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Feeling down, depressed, or hopeless Sentirse abatido, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3	Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much Problemas para dormirse o permanecer dormido, o duerme demasiado	0	1	2	3
4	Feeling tired or having little energy Se siente cansado o tiene poca energía	0	1	2	3
5	Poor appetite or overeating Falta de apetito o come en exceso	0	1	2	3
6	Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down Sentirse mal de sí mismo o que usted es un fracaso o siente que ha fallado a sí mismo(a) o a su familia	0	1	2	3
7	Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8	Moving or speaking so slowly that other people could have noticed or being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado o ser tan inquieto o inquieto que usted ha estado moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9	Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself Pensamientos que sería mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3
10	If you circle any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil han hecho estos problemas para que usted haga su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas?	Not difficult at all Nada difícil			<input type="checkbox"/>
		Somewhat difficult Algo difícil			<input type="checkbox"/>
		Very difficult Muy difícil			<input type="checkbox"/>
		Extremely difficult Extremadamente difícil			<input type="checkbox"/>
1-4 Minimal Depression 5-9 Mild Depression 10-14 Moderate Depression 15-19 Moderately Severe Depression 20-27 Severe Depression		TOTAL:			

Provider's Name (Print): _____ **Title: M.D./D.O.** _____
Provider's Signature: _____ **Reviewed Date:** _____

* I have reviewed this questionnaire with my patient and will schedule a follow up as needed