

Número de Identificación: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Razón por su visita: _____

Fecha: ____/____/____

Pérdida de la Memoria:

- a) ¿Cuanto tiempo? (Estable o peor)?
- b) ¿Qué se está olvidando? (Nombres, Personas, adonde a dejado artículos personales?)
- c) ¿Se ha perdido?
- d) ¿Ha tenido alucinaciones o falsas ilusiones?

Insomnio:

- a) ¿Usted ha tenido dificultad al dormirse?
- b) ¿Al Quedarse dormido?
- c) ¿Nicturia?
- d) ¿Usted toma medicación para ayudarle a dormir?

Temas de humor:

- a) ¿Se ha sentido triste?
- b) ¿Ansioso?
- c) ¿Por cuánto tiempo?
- d) ¿Estable o peor?
- e) ¿Alguna vez a tratado medicamentos para ayudar? ¿Por qué los dejó?

Medicamentos:

Medicamentos:

- a) ¿Ha tenido efectos secundarios de los medicamentos? ¿Cuáles?
- b) ¿Cuál de sus medicamentos es mas importante?
- c) ¿Cuál de sus medicamentos dejaría de tomar si pudiera? ¿Por qué?

Directivas Avanzadas:

- a) Testamento en vida Sí No
- b) Proxy de Salud Sí No

Preocupaciones de Seguridad:

- a) ¿Usted maneja? ¿Cómo vino hoy?
- b) ¿Usted alguna vez se ha perdido? ¿Algun accidente, casi accidentes o multa de tráfico?
- c) ¿Usted alguna vez ha dejado la estufa prendida o ha quemado las ollas?

Examen General:

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

- a) Pérdida temporal
- b) Impactación del cerumen
- c) Ayudas auditivas
- d) Dentición / ajuste de dentaduras

Problemas con la Movilidad:

- a) ¿Tiene dificultad al caminar? ¿Usted usa un bastón o andador?
- b) ¿Usted ha tenido alguna caída en los últimos 12 meses? ¿Alguna lesión?

Extremidades:

- a) Piel (úlceras por presión, evidencia de la mala cicatrización de heridas.)

Pérdida de Peso:

- a) ¿Ha tenido dificultad masticando o tragando su comida?
- b) ¿Usted usa prótesis dentales?
- c) ¿Ha perdido de peso?
- d) ¿Cómo esta su apetito?

Fuerza Motor:

Evaluación del caminar

- a) longitud de paso
- b) Altura de paso
- c) Cadencia
- d) Desviación de ruta

Estreñimiento o Problemas de la vejiga:

- a) ¿Usted ha tenido problemas de micción o controlando su orine o con los intestinos?
- b) ¿Usted ha tenido problema con la frecuencia urinaria, estreñimiento o diarrea?

Evaluación del Equilibrio

- a) En paralelo
- b) Parcial tándem
- c) Caminar tándem
- d) Soporte en una pierna

COACH
Connecticut Older Adult Collaboration for Health
Medicina Geriátrica
Formulario de Consulta

Datos: (Laboratorios y de imagen)

- a) Hormona estimulante de la tiroides (TSH):
- b) Albúmina:
- c) Vitamina D:
- d) Vitamina B12:

Juicio:

- a) ¿Si una bola rueda al frente de su carro, ¿qué le preocuparía?
Apropiado Marginal Incorrecto

- b) ¿Si usted huele humo en su hogar, ¿qué haría usted?
Apropiado Marginal Incorrecto

- c) ¿Si usted se cayó en casa solo y no podía levantarse, ¿qué haría usted?
Apropiado Marginal Incorrecto

- d) ¿Suponga que usted esta en su casa solo y no esperaba a nadie. Alguien toca la puerta a las 10 de la noche. ¿Qué haría usted?
Apropiado Marginal Incorrecto

Historia Social:

Impresión:

Recomendaciones:

- a) Cognición
- b) Función
- c) Medicamento
- d) Nutrición
- e) Objetivos de l'atención

Notas: