

BRISTOL PARK

MEDICAL GROUP

CUESTIONARIO SOBRE SALUD PREVENTIVA DE 65 AÑOS DE EDAD O MAYORES

NOMBRE: _____ REGISTRO MÉDICO No.: _____

FECHA: _____

TODOS LOS PACIENTES

1. ¿SE LE HAN HECHO ANÁLISIS DE SANGRE OCULTA EN HECES (FOBT) EN EL ÚLTIMO AÑO?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si contestó que sí, ¿en qué fecha?_____ resultados:_____ ¿en dónde le hicieron el análisis? _____
2. ¿SE LE HA HECHO UNA SIGMOIDOSCOPIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si contestó que sí, ¿en qué fecha?_____ resultados:_____ ¿en dónde le hicieron el análisis? _____
3. ¿RECIBIÓ UNA VACUNA CONTRA TÉTANO Y DIFTERIA (dT) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si contestó que sí, ¿en qué año?_____ ¿en dónde se vacunó? _____
4. ¿RECIBIÓ UNA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA DURANTE EL AÑO PASADO?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿RECIBIÓ UNA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si contestó que sí, ¿en qué año?_____ ¿en dónde se vacunó? _____
6. ¿TIENE USTED UNA DIRECTIVA AVANZADA?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si no, ¿está interesado en recibir información sobre las Directivas avanzadas?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. ¿SE LE HA ACONSEJADO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

MUJERES DE 65 A 69 AÑOS

¿SE LE HA HECHO UNA MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 1 A 2 AÑOS?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si contestó que sí, ¿en qué fecha?_____ resultados:_____ ¿en dónde le hicieron el análisis? _____

SOLAMENTE HOMBRES

¿SE LE HA ACONSEJADO SOBRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DEL EXAMEN DE LA PRÓSTATA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER?SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--

COMMENTS/ACTION TAKEN:

PROVIDER SIGNATURE