

FORMULARIO DE VISITA/PROBLEMAS DE MOVILIDAD

Parte I Para ser llenado por el paciente o el proveedor de cuidado



Nombre: _____

Razón por su Visita:

- Caída desde la última visita (o en el último año si nuevo paciente)
- Temor de caerse, problemas caminando/de balance
- Aparato de ayuda usado para movilidad

Otro: _____

1. Si se cayó, fecha aproximada de su última caída: _____

2. ¿Cuántas veces se ha caído en el último año? _____

2. a. Favor de explicar cualquier herida que sufrió debida a estas caídas: _____

3. Circunstancias de la caída:

- Perdida de Conocimiento Si No
- Tropezó/ cayó encima de algo Si No
- Liviano de la cabeza/ palpitaciones Si No
- No puedo levantarme dentro de 5 minutos Si No
- Necesito ayuda para levantarme Si No

Explicación detallada de lo que estaba haciendo cuando se cayó: _____

4. Total de medicinas recetadas que toma: _____

Haga una lista de las medicinas recetadas que esta tomando: _____

5. Dos o mas bebidas alcohólicas al día Si No

6. ¿Alguna vez ha tenido problemas aguantando la orina? Si No

7. ¿Alguna vez se siente mareada/o?

- ¿Siente que el cuarto da vueltas? Si No
- ¿Se siente mareada/o cuando esta nerviosa/o? Si No
- ¿Se siente mareada/o cuando se acuesta y mira hacia arriba? Si No
- ¿Se marea cuando se levanta? Si No
- ¿Se marea cuando tiene dolor de cabeza? Si No

8. ¿Tiene algún aparato que le ayuda a moverse?

- Bastón Si No
 - Andador Si No
 - Silla de ruedas Si No
 - Abrazadera para las piernas/los pies Si No
 - Otro, especifique:
-

9. ¿Tiene o ha tenido algunas de las siguientes condiciones?

- Enfermedad de Parkinson Derrame Neuropatía Demencia
- Esclerosis Múltiple Amputación

Favor de escribir otras condiciones medicas:

10. Visión:

- ¿Ha notado algún cambio en su visión recientemente? Si No
- ¿Ha tenido un examen en el último año?..... Si No
- ¿Usa bifocales o trifocales?..... Si No
- ¿Se tropieza cuando sube la acera o escaleras?..... Si No

11. Situación Social

- Vivo en: Apartamento Hogar de Familia Hogar de Patio Hogar Residencial
- Centro de Vivienda con Asistencia Vivienda para personas de edad avanzada
- Hogar para ancianos

- Vivo sola/o Si No
- Tengo que usar escaleras donde vivo Si No
- Puedo salir de mi hogar..... Si No
- Tengo un ayudante de enfermería en mi hogar Si No
- Tengo aparatos de apoyo en el baño..... Si No
- Tengo alfombras en el piso en mi hogar Si No

12. ¿ En cuántos minutos de ejercicios (tal como caminando, jugando golf, aeróbicos) esta participando cada semana?