

## HOJA ANUAL DE BIENESTAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA NACIM.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios en su historial médico desde su última consulta?

\_\_\_\_\_

Mencione otros proveedores de atención médica a quienes vea con regularidad (cardiólogo, proveedor de servicios de salud mental, nefrólogo, dentista, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL/CULTURAL:

Nivel de educación:  Elemental  Escuela secundaria  Formación profesional  Educación superior  Graduado/Profesional

¿Hay algún problema que afecte a su comunicación?  Preocupaciones sobre la vista  Preocupaciones sobre el oído

¿Tiene alguna limitación para comprender o seguir las instrucciones (escritas o habladas)?  Sí  No

Situación de vivienda actual (marque todo lo que corresponda):  Casa unifamiliar  Casa multigeneracional  Sin casa

Refugio  Centro de enfermería especializada  Otros: \_\_\_\_\_

Fumar/consumo de tabaco:  Nunca  En el pasado  Actualmente Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad/día: \_\_\_\_\_ Número de años: \_\_\_\_\_

Alcohol:  Nunca  En el pasado  Actualmente Tragos/semana: \_\_\_\_\_

Consumo de drogas recreativas:  Nunca  En el pasado  Actualmente Tipo: \_\_\_\_\_

¿Es usted sexualmente activo?  Sí  No

¿Cómo describiría su orientación sexual?  Heterosexual  Lesbiana, gay u homosexual  Bisexual

No sé/Desconocido  Prefiero no revelarlo

¿Cuál es su identidad de género actual?  Hombre  Mujer  Hombre transgénero (de mujer a hombre)

Mujer transgénero (de hombre a mujer)  Genderqueer (no exclusivamente masculino ni femenino)  Prefiero no revelarlo

¿Qué sexo le asignaron al nacer?  Hombre  Mujer

¿Tiene algún problema o preocupación personal en casa, en el trabajo o en la escuela que le gustaría tratar?  Sí  No

¿Tiene alguna preocupación cultural o religiosa relacionada con la atención que prestamos?  Sí  No

¿Tiene algún problema económico que afecte directamente a su capacidad para administrar su salud?  Sí  No

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

Siempre  Generalmente  Algunas veces  Pocas veces  Nunca

¿Encuentra poco interés o placer en hacer cosas?

En absoluto  Algunos días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días  Prefiero no especificarlo

¿Ha estado sintiéndose deprimido, desanimado o desesperado?

En absoluto  Algunos días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días  Prefiero no especificarlo

Comentarios (No dude en comentar cualquier respuesta de arriba donde haya marcado "Sí"):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Actualizado: 05/28/2024