

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 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tropezó/ cayó encima de algo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Liviano de la cabeza/ palpitaciones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| No puedo levantarme dentro de 5 minutos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Necesito ayuda para levantarme | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> 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?