

2. ¿Se siente mareado cuando se levanta de una cama o silla?
 - Si
 - No
3. ¿Se siente inestable cuando camina?
 - Si
 - No

Nivel de seguridad:

1. ¿Siempre se abrocha el cinturón de seguridad?
 - Si
 - No
2. ¿Tiene dificultades para conducir su coche?
 - Si
 - No
3. ¿Tiene una alarma de humo que funcione en su hogar?
 - Si
 - No
4. ¿Su casa tiene una iluminación adecuada?
 - Si
 - No
5. ¿Tiene su casa alguna alfombra suelta que pueda causar que tropiece?
 - Si
 - No
6. ¿Su casa tiene barras de sujeción en el baño?
 - Si
 - No
7. ¿Tiene dificultades con los escalones o escaleras en su casa?
 - Si
 - No
 - N/A
8. ¿Tiene su casa pasamanos en las escaleras?
 - Si
 - No
 - N/A
9. En los últimos 6 meses, ¿ha experimentado fugas de orina?
 - Si
 - No

Historia Social:

1. ¿Con quién vive?
 - Esposo/a/miembro significativo
 - Niños
 - Solo/a
 - Miembro de la familia
 - Amigos
 - Padres
 - Other
2. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contenga alcohol?
 - Nunca
 - Mensual o menos
 - 2-4 veces al mes
 - 2-3 veces a la semana
 - 4 o mas veces por semana
3. ¿Cuántas bebidas estándar que contienen alcohol toma en un día típico cuando está bebiendo?
 - 0-2
 - 3-4
 - 5-6
 - 7-9
 - 10 o mas
4. En los últimos seis (6) meses, ¿ha utilizado una o más de las siguientes sustancias?
 - Alcohol
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Metanfetamina
 - Intravenosa
 - Otro
 - Ninguno

5. ¿Fuma actualmente?
 Sí No
6. ¿Tiene algún problema de salud sexual?
 Sí No

Dieta/Actividad Física:

1. ¿Come cinco o más porciones de frutas y verduras al día?
 Sí No
2. ¿Limita la cantidad de alimentos fritos o ricos en grasas que come?
 Sí No
3. En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza ejercicios moderados a extenuantes?

4. En promedio, ¿cuántos minutos por sesión hace ejercicio a este nivel?

Apoyo Social:

1. ¿Su salud física y emocional ha limitado sus actividades sociales con familiares, amigos o grupos sociales?
 Sí No
2. ¿Por lo general recibes el apoyo social y emocional que necesitas?
 Sí No
3. ¿Su estrés afecta su capacidad para dormir o tiene otros efectos negativos en su salud?
 Sí No
4. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas? **Poco interés/placer en hacer las cosas**
 No en lo absoluto Mas de la mitad de los dias
 Varios dias Casi todos los dias
5. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas? **Sentirse deprimido, triste o desesperanzado?**
 No en lo absoluto Mas de la mitad de los dias
 Varios dias Casi todos los dias

Si respondió "no en absoluto" en ambas preguntas 4 y 5, por favor vaya a "Salud General" en la página siguiente. De lo contrario, complete los números 6-12

6. Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o duerme demasiado
 No en lo absoluto Mas de la mitad de los dias
 Varios dias Casi todos los dias
7. Sentirse cansado o tener poca energía
 No en lo absoluto Mas de la mitad de los dias
 Varios dias Casi todos los dias
8. Falta de apetito o comer en exceso
 No en lo absoluto Mas de la mitad de los dias
 Varios dias Casi todo los dias
9. Sentirse mal por ti mismo - o que eres un fracaso o te has defraudado a ti mismo o a tu familia
 No en lo absoluto Mas de la mitad de los dias

- Varios dias
- Casi todos los dias

10. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión
- No en lo absoluto
 - Mas de la mitad de los dias
 - Varios dias
 - Casi todos los dias

11. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado. O, lo contrario - ser tan inquieto o inquieto que usted ha estado moviéndose mucho más de lo habitual
- No en lo absoluto
 - Mas de la mitad de los dias
 - Varios dias
 - Casi todos los dias

12. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte a ti mismo de alguna manera
- No en lo absoluto
 - Mas de la mitad de los dias
 - Varios dias
 - Casi todos los dias

Salud General:

1. ¿Tiene problemas con respecto a sus dientes o detestaciones dentales?
- Si
 - No
2. En general, ¿cómo calificaría su salud física?
- Excelente
 - Muy bien
 - Bien
 - Justo
 - Pobre
3. ¿Qué tan seguro está de que puede controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud?
- Muy confiado
 - Algo confiado
 - Nada seguro

Por favor, enumere todos los proveedores que ve regularmente y su especialidad

_____	_____
_____	_____