

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES

Fecha de la evaluación del paciente: ___/___/___ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____ **IMC ICD-10: Z68.1, Z68.2-Z68.39, Z68.41-Z68.45**

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FUNCIONAL

CPT (terminología actualizada de procedimientos médicos): 1170

Evaluación general	Actividades de la vida diaria
Caídas o problemas de equilibrio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El miembro puede realizar todas las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) independientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, el miembro necesita ayuda con: <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Trasladarse <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Caminar
Comenzó o piensa hacer ejercicio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra la gripe en 2018: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El miembro puede realizar todas las ADL instrumentales (IADL, por sus siglas en inglés) independientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, el miembro necesita ayuda con: <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Preparación de comidas <input type="checkbox"/> Tareas del hogar <input type="checkbox"/> Reparación del hogar
Mamograma en los últimos 5 años: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prueba de detección de cáncer de colon: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lavar la ropa <input type="checkbox"/> Toma medicamentos <input type="checkbox"/> Manejo de las finanzas

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN ANTICIPADA

CPT (terminología actualizada de procedimientos médicos): 99497, 1123F, 1124F, 1157F, 1158F HCPCS: S0257

¿Se habló con el miembro sobre las directivas anticipadas? Sí No Si el miembro tiene directivas anticipadas, enumere: _____

REVISIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

CPT DE LA REVISIÓN DE LOS MEDICAMENTOS: 90863, 99605 99606, 1160F Y CPT DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS: 1159F HCPCS G8427

El miembro toma medicamentos: Sí No Nombre del profesional de la revisión/Firma: _____ Fecha de la revisión: _____

Medicamento	Dosis/frecuencia	Medicamento	Dosis/frecuencia

EVALUACIÓN DEL DOLOR

CPT (terminología actualizada de procedimientos médicos): 1125F, 1126F

¿Tiene dolores? Sí No



0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

En caso afirmativo, haga un círculo para indicar la gravedad:

En caso afirmativo,

fecha del inicio de los dolores: _____

En caso afirmativo, lugar del dolor: _____

MetroPlus compartirá esta Evaluación anual de bienestar con su proveedor.

*****Escanee el formulario en el sistema EMR o archívalo en el historial médico*****