

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES

Fecha de la evaluación del paciente: ___/___/___ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FUNCIONAL

CPT: 1170

Actividades de la vida diaria

¿Es capaz de cuidar de sí mismo? Sí No

Si contestó que no, marque todas las actividades con las que necesita ayuda:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bañarse | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Transferirse | <input type="checkbox"/> Usar el sanitario | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Hacer compras | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Usar el teléfono |
| <input type="checkbox"/> Preparar alimentos | <input type="checkbox"/> Lavar ropa | <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos |

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN

CPT: 99497, 1123F, 1124F, 1157F, 1158F HCPCS: S0257

¿Ha hablado con su médico sobre lo que ocurriría si no pudiera tomar sus propias decisiones médicas? Sí No

Marque todos los planes anticipados de atención* que haya preparado:

- Directivas médicas por adelantado Testamento en vida Órdenes médicas aplicables

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

¿Toma medicamentos? Sí No Si contestó que sí, adjunte su lista de medicamentos o escriba sus medicamentos a continuación.

Por favor incluya sus vitaminas y suplementos de venta libre:

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento	Nombre del medicamento

EVALUACIÓN DEL DOLOR

CPT: 1125F, 1126F

¿Siente dolor? Sí No

Si contestó que sí, encierre la intensidad:



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



Si contestó que sí, fecha de aparición: _____

Si contestó que sí, lugar del dolor: _____

Fecha de revisión de los medicamentos	/ /	
Nombre del profesional médico		Acreditación del profesional
Firma del profesional médico que revisó		

Clave de planificación anticipada de la atención

Directiva médica por adelantado: Testamento en vida, poder notarial, apoderado para el cuidado de la salud

Órdenes médicas aplicables: Órdenes médicas para el soporte vital [POLST, por sus siglas en inglés], Five Wishes (Cinco Deseos).

Testamento en vida: Documento legal que expresa sus preferencias respecto al tratamiento de soporte vital y la atención al final de su vida.

Recuerde que su proveedor revisará este formulario y lo colocará en su expediente médico físico y/o lo escaneará para incluirlo en su expediente médico electrónico (EMR). H0423_PRV20_0010s_C 11202020