

**EVALUACION ANUAL DE SALUD  
(ANNUAL HEALTH ASSESSMENT (AHA) QUESTIONNAIRE – SPANISH)**

**ANTECEDENTES DE SALUD**

- ¿Se ha sometido a una colonoscopia?  Sí  No Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_
- ¿Quién realizó la colonoscopia? \_\_\_\_\_
- ¿Se ha sometido a una prueba Cologuard?  Sí  No Fecha de la prueba de Cologuard: \_\_\_\_\_
- ¿Se ha sometido a una mamografía?  Sí  No Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_
- ¿Se le forman hematomas con facilidad?  Sí  No
- ¿Tiene antecedentes de cáncer?  Sí  No Tipo de cáncer: \_\_\_\_\_
- ¿Se está realizando un tratamiento contra el cáncer?  Sí  No

**VISTA**

- ¿Ha ido a un oftalmólogo o a un optometrista en el último año?  Sí  No
- Fecha de la última consulta con un oftalmólogo o un optometrista: \_\_\_\_\_
- Nombre del oftalmólogo o del optometrista: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas con la vista?  Sí  No

**PULMONAR**

- ¿Tiene alguna sibilancia?  Sí  No
- ¿Tose todas las mañanas o casi todas las mañanas?  Sí  No
- ¿Cuántos años ha tenido una tos crónica o ha producido flema? \_\_\_\_\_ años
- ¿Le es difícil respirar cuando hace un esfuerzo leve?  Sí  No

**TABAQUISMO**

- ¿Alguna vez ha fumado tabaco?  Sí  No
- ¿Cuántos paquetes de cigarrillos al día fumaba o fuma actualmente? \_\_\_\_\_ paquetes
- ¿A qué edad empezó a fumar? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_ años
- ¿Ha dejado de fumar?  Sí  No
- ¿A qué edad dejó de fumar? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene antecedentes de consumo de tabaco sin humo?  Sí  No
- ¿Cuántos años ha consumido productos de tabaco sin humo? \_\_\_\_\_ años

**CARDIOVASCULAR**

- ¿Tiene un ritmo cardíaco irregular?  Sí  No
- ¿Tiene dificultad para respirar por la noche o al acostarse?  Sí  No
- ¿Ha experimentado intolerancia al ejercicio?  Sí  No
- ¿Siente molestias, dolor, presión o pesadez en el pecho?  Sí  No
- ¿Tiene hinchazón en las piernas?  Sí  No
- ¿Tiene antecedentes de ataques cardíacos?  Sí  No Si elige sí, ¿en qué años? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
- ¿Se ha sometido a una cirugía de injerto de baipás de arteria coronaria?  Sí  No Si elige sí, ¿en qué año? \_\_\_\_\_
- ¿Le han colocado endoprótesis coronarias?  Sí  No Si elige sí, ¿en qué años? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
- ¿Tiene un marcapaso actualmente?  Sí  No
- ¿Tiene un desfibrilador implantado?  Sí  No Si elige sí, ¿cuándo se lo colocaron? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dolor en los músculos de la pantorrilla cuando camina que desaparece con el descanso?  Sí  No
- ¿Alguna vez le han colocado una endoprótesis vascular en las piernas?  Sí  No Si elige sí, ¿en qué años? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  
Si elige sí, ¿en qué pierna(s)?  
 Izquierda  Derecha



**FUNCIÓN VESICAL**

- En los últimos seis meses, ¿ha tenido pérdidas de orina?  Sí  No
- ¿En qué medida la pérdida de orina ha provocado que cambie sus actividades diarias o ha interferido en su sueño?  En gran medida  En cierta medida  En ninguna medida
- ¿Alguna vez ha hablado con un proveedor sobre la pérdida de orina?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha hablado con un proveedor sobre maneras de controlar la pérdida de orina?  Sí  No

**GASTROINTESTINAL**

- ¿Ha tenido algún sangrado rectal reciente o ha hecho heces con sangre?  Sí  No
- ¿Tiene antecedentes de colitis ulcerosa o de la enfermedad de Crohn?  Sí  No
- ¿Ha tenido algún dolor abdominal reciente?  Sí  No
- ¿Ha tenido algún cambio reciente en sus deposiciones?  Sí  No
- ¿Alguna vez lo han tratado por hepatitis crónica?  Sí  No
- ¿Tiene antecedentes de cirrosis?  Sí  No

**RIESGO DE CAÍDA**

- ¿Se ha caído dos o más veces en el último año?  Sí  No
- Durante el último año, ¿ha tenido un problema con el equilibrio o con caminar?  Sí  No

**ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGAS**

- ¿Toma medicaciones habitualmente para dormir?  Sí  No
- ¿Consume alcohol habitualmente?  Sí  No
- ¿Cuánto alcohol bebe en una semana? Cantidad de tragos: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene antecedentes de dependencia de drogas o de alcohol?  Sí  No

Firma del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si firma otra persona que no es el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde (representante legal): \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL:****FOR STAFF USE ONLY:****DEPRESSION SCREENING**

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by little interest or pleasure in doing things?  
 Not at all (0)      Several Days (1)      More than half the days (2)      Nearly every day (3)

Over the last 2 weeks, how often have you been feeling down, depressed or hopeless?  
 Not at all (0)      Several Days (1)      More than half the days (2)      Nearly every day (3)

PHQ-2 Score \_\_\_\_\_ If score is above 3, have patient complete PHQ-9 and notify provider.

**COGNITIVE IMPAIRMENT SCREEN**

Have you noticed any memory loss that interferes with daily activities?  Yes  No

**MINI-COG**

Mini-Cog Score: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_