

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

Annual Screening Questionnaire

PREVENTATIVE CARE				
Date of last Flu Vaccine:		(Ages 65+) Pneumonia Vaccine (yr/type):		
(Ages 50+) colorectal cancer screening (type/yr/result):	Type: Year: Result:	(Ages 65+) Bone Density:	Date:	
Do you see an OB/GYN? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		If yes, name:		
Mammogram (Ages 50+):	Results:	Date of last:	Location:	
Pap smear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Date of last:	Have you had an abnormal pap smear? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
SOCIAL HABITS				
Have you ever used tobacco/nicotine products? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, what kind?		
Current tobacco/nicotine user? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		How many years?		
Date quit tobacco/nicotine, if applicable:		Current user: interested in quitting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Have you ever used THC (marijuana or CBD) products? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, what kind?		
Current THC (marijuana or CBD) user? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		How many years?		
Date quit THC (marijuana or CBD), if applicable:		Current user: interested in quitting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, what kind?		
How much/How often?		Current user: interested in quitting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Do you exercise? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, how often?		
Do you use caffeine? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, how often?		
Do you drink soda or other sugar-sweetened beverages? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, how often?		
Do you use illicit drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If so, what kind?		
How much/How often?		Current user: interested in quitting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
FALL RISK ASSESSMENT – AGES 65 AND OLDER				
Have you had a fall in the past year?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If yes, how many falls:		<input type="checkbox"/> 1 w/o injury <input type="checkbox"/> 1 w/ injury <input type="checkbox"/> 2+ (w/wo injury)		
Are you unsteady walking, or, do you request assistance?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Do you use any assistive device (i.e. cane, walker, wheelchair)?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type: _____		
DEPRESSION SCREENING PHQ-9 (PLEASE CIRCLE THE APPROPRIATE NUMBER TO YOUR RESPONSE)				
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
Little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
Poor appetite or overeating	0	1	2	3
Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching TV	0	1	2	3
Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3
Total =				
How difficult have those problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?		<input type="checkbox"/> Not difficult at all <input type="checkbox"/> Somewhat difficult <input type="checkbox"/> Very difficult <input type="checkbox"/> Extremely difficult		
Do you currently have problems getting food, transportation, or affordable housing?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *Staff: If answer is "Yes" please provide the full 10 SDOH form to patient.		
Do you have problems with obtaining your prescriptions?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Cuestionario de examen de detección anual

CUIDADO PREVENTIVO				
Fecha de la última vacuna contra la gripe:		(Edades 65+) Vacuna contra la neumonía (año/tipo):		
(Edades 50+) prueba de cáncer colorrectal (tipo/año/resultado):	Tipo: Año: Resultado:	(Edades 65+) Densidad ósea:	Fecha:	
¿Ve a un ginecólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C		Si es así, nombre:		
Mamografía (Edades 50+):	Resultados:	Fecha de la última vez:	Ubicación:	
Prueba de Papanicolaou: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C		Fecha de la última vez:	¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HÁBITOS SOCIALES				
¿Ha usado alguna vez productos de tabaco/nicotina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Usa actualmente tabaco/nicotina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos años?		
Fecha en que dejó el tabaco/nicotina, si corresponde:		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha usado productos de THC (marihuana o CBD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Usuario actual de THC (marihuana o CBD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos años?		
Fecha en que dejó el THC (marihuana o CBD), si es aplicable:		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Cuánto/Con qué frecuencia?		Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Hace ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿con qué frecuencia?		
¿Usa cafeína? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿con qué frecuencia?		
¿Bebe refrescos u otras bebidas azucaradas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿con qué frecuencia?		
¿Utiliza drogas ilícitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		If so, what kind?		
¿Cuánto/Con qué frecuencia?		Current user: interested in quitting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS -- 65 AÑOS Y MÁS				
¿Ha tenido una caída en el último año?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es así, ¿cuántas caídas?		<input type="checkbox"/> 1 sin lesión <input type="checkbox"/> 1 con lesión <input type="checkbox"/> 2+ (con/sin lesión)		
¿Camina inestablemente o pide ayuda?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia (es decir: bastón, andador, silla de ruedas)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo:: _____		
EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN PHQ-9 (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO APROPIADO PARA SU RESPUESTA)				
¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Ninguna	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Siente poco interés o agrado en hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Se siente desanimado, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3
Problemas para quedarse dormido, permanecer dormido o dormir demasiado.	0	1	2	3
Sentir cansancio o falta de energía.	0	1	2	3
Disminución del apetito o sobrealimentación.	0	1	2	3
Falta de conformidad con uno mismo o sentimiento de fracaso o de haber decepcionado a su familia.	0	1	2	3
Problemas de concentración; como por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
¿Se desplaza o habla tan despacio que otros lo notan? O bien, lo contrario; estar inquieto o alterado, de manera que se desplaza de un lugar a otro más de lo normal.	0	1	2	3
Pensamientos sobre que estaría mejor muerto o deseos de lastimarse a sí mismo de alguna manera.	0	1	2	3
Total =				
¿Qué tan difícil le han resultado esos problemas para hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?		<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Bastante difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil		
¿Tiene actualmente problemas para conseguir comida, transporte o una vivienda asequible?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Personal: Si la respuesta es "Sí", proporcione el formulario 10 SDOH completo al paciente.		
¿Tiene problemas para obtener sus recetas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		