PRE-Evaluación del Riesgo de Caer
Enviado por Correo para Visitas en el Hogar

Gracias por su interés en aprender a como prevenir caídas. Por favor complete esta forma antes de que Yo venga a visitarle en _____. Por favor llámeme al _____ si usted necesita cambiar la cita. Gracias, _____, Enfermera de Salud Pública.

_____

1. ¿Cuándo fue la ultima vez que visitó al doctor? _____

2. ¿Cuál fue la Razón?
_____

3. ¿Usa lentes para poder ver? ..... ☐ Sí ☐ No

4. ¿Cuándo fue su ultimo examen de la vista? _____

5. ¿Tiene glaucoma? ..... ☐ Sí ☐ No

6. ¿Otras condiciones en los ojos? ..... ☐ Sí ☐ No

7. ¿Utiliza aparatos auxiliares para escuchar? ..... ☐ Sí ☐No

8. ¿Cuándo fue la ultima vez que se hizo un examen de los oídos? _____

9. ¿Tiene algún problema de balance físico? ..... ☐ Sí ☐ No

10. ¿Se marea o siente que se desmaya? ..... ☐ Sí ☐ No

11. Si sí, ¿qué tan seguido?

    Todos los días ____ Todas las semanas____ Mas de una vez al día ____
    ¿Esta esto relacionado al levantarse de la cama, o al pararse? …… ☐ Sí ☐ No

12. ¿Tiene problemas al caminar? ..... ☐ Sí ☐ No

13. ¿Usa bastón, andadera, o una silla de ruedas para ayudarse? ..... ☐ Sí ☐ No

14. ¿Si sí, cual de todos? _____

15. ¿Le ha dicho su doctor que tiene alta la presión en la sangre, o diabetes o alguna otra enfermedad crónica? ..... ☐ Sí ☐ No

16. ¿De ser así, cual es la condición por la cual lo esta tratando su doctor?
_____
_____
_____

17. Enumere las medicinas que esta tomando:
_____
_____
¿Esto incluye esto medicamento para dormir/ nerviosismo/ depresión/ asimientos? ☐ Sí ☐ No

18. ¿Tiene usted problema en el intestino /vejiga o problemas de la próstata? ..... ☐ Sí ☐ No

19. ¿Cuantas veces se despierta en las noches para usar el baño? _____

20. ¿Se siente triste, solo y desamparado? ..... ☐ Sí ☐ No

21. ¿Tiene miedo de que pueda tener problemas con su memoria? ..... ☐ Sí ☐ No

22. ¿Le toma mas de una vez al tratar de levantarse de la silla o de la taza del baño? ☐ Sí ☐ No

Levantándose de la silla. Por favor siéntese en su silla mas cómoda y díganos cuantos intentos le toma levantarse de la silla. _____

Medio Ambiente:	**Sí**	**No**
1. ¿Hay un alumbrado apropiado en la casa?	☐	☐
2. ¿Hay escaleras?	☐	☐
3. ¿Están las escaleras libres de tiradero?	☐	☐
4. ¿Esta la alfombra suelta u otros obstáculos alrededor de las escaleras?	☐	☐
5. ¿Hay sostén en la escalera?	☐	☐
6. ¿Hay múltiples tapetes regados?	☐	☐
7. ¿Hay extensiones u otros obstáculos en el pasillo y espacios del piso que puedan causar una caída?	☐	☐
8. ¿Hay apagadores eléctricos al principio y final de la escalera?	☐	☐
9. ¿Puede encender las luces antes de entrar al cuarto?	☐	☐
10. ¿Cuándo esta acostado en la cama hay alguna luz fácil de alcanzar?	☐	☐
11. ¿Hay luces de noche en los pasillos, cuartos y baños?	☐	☐
12. ¿Hay barras de sostén en los baños?	☐	☐
13. ¿Hay tapetes de protección para no resbalarse en la regadera o en la tina?	☐	☐

Para mas información:
Por favor comuníquese
Comunidad de Salud del Condado de Placer

(530) 889-7141

Este proyecto fue fundado en cooperación con el Area 4 Agencia de la Edad.