



Visita Annual de Bienestar

February 16, 2015

Estimado paciente de Medicare,

Si usted ha sido inscrito en la Parte B de Medicare por más de 12 meses usted ahora es elegible para recibir una visita anual de bienestar, la cual es una visita preventiva anual cubierta por Medicare. Esta evaluación es muy específica que se destina principalmente para ayudar a que usted y su proveedor médico desarrollen un plan para determinar y abordar los posibles problemas médicos. Este tipo de visita es una evaluación limitada y requiere que usted y su proveedor profesional evalúen temas específicos con la intención de desarrollar y / o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo.

Usted está recibiendo esta carta porque va a someterse a una consulta de bienestar en su próxima visita anual. Como se mencionó anteriormente, Medicare exige que determinados elementos se aborden en este tipo de visita. Como resultado de ello, le pedimos que por favor complete el formulario que se adjunta y llevarlo con usted a su visita, para revisarlo con su proveedor. También le sugerimos que traiga todos sus medicamentos con usted a su cita para asegurarse de que su proveedor obtenga una lista precisa y completa de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo la dosificación del medicamento y la frecuencia con la que se toma el medicamento.

Además de la revisión de la información anterior, Medicare cubrirá también la siguiente, como parte de la visita anual de bienestar:

- *Medidas de rutina, tales como altura, peso, presión arterial e índice de masa corporal.
- *Creación de un programa para la detección y servicios preventivos para los próximos 5 a 10 años
- *Recomendar servicios de referencia que pueden ayudar y tratar a los posibles riesgos para la salud.

A las conclusiones de su visita, si hay algún problema médico que quisiera que fuera evaluado por su proveedor, si el tiempo permite será evaluado. Tenga en mente que la evaluación y tratamiento de cualquier sistema no son parte de su visita anual de bienestar y tendrá que hacer su pago de aseguración si así desea. Si no hay tiempo tendrá que hacer otra cita con su proveedor para seguir con la evaluación de sus problemas médicos, en lo cual su pago de aseguración es aplicable.

Atentamente,

Douglas R. Jackson, MD

Jackson Medical Group Director Médico

Por favor escriba todas las hospitalizaciones que ha tenido en su vida. Sírvase indicar el año y la razón por la que fue hospitalizado. No es necesario que incluya visitas a la sala de emergencia.

Año:

Hospitalización:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Anote todos los medicamentos de receta, que está tomando, incluyendo la dosis y la forma en que los toma. Por ejemplo: Lipitor 20 mg, un comprimido cada noche.

Medicamento:
toma:

Dosis:

Cómo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Del mismo modo, anote todos los medicamentos que usted toma que no necesitan receta médica.

Medicamento:
toma:

Dosis:

Cómo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?

- *Excelente
- *Muy bueno.
- *Bueno
- *Regular
- *Pobre

15. ¿Cómo han ido las cosas para usted durante las últimas cuatro semanas?

- *Muy bien, no podría ser mejor.
- *Bastante bien.
- *Buen y mal, aproximadamente partes iguales.
- *Bastante mal.
- *Muy mal, no podía ser peor.

16. ¿Está teniendo dificultades para conducir su coche?

- *Sí, a menudo
- *A veces
- *No
- *No aplica, no utilizo un coche.

17. ¿Se abrocha siempre el cinturón de seguridad cuando esté en un coche?

- *Sí, por lo general
- *Sí, a veces
- *No

18. ¿Con qué frecuencia durante las últimas cuatro semanas ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

La caída o mareos al ponerse de pie.	*Nunca	*Rara vez	*A veces	*A menudo	*Siempre
Los problemas sexuales	*Nunca	*Rara vez	*A veces	*A menudo	*Siempre
Dificultad para comer bien	*Nunca	*Rara vez	*A veces	*A menudo	*Siempre
Los dientes o problemas para dentaduras postizas	*Nunca	*Rara vez	*A veces	*A menudo	*Siempre
Problemas al utilizar el teléfono	*Nunca	*Rara vez	*A veces	*A menudo	*Siempre
Cansancio o fatiga	*Nunca	*Rara vez	*A veces	*A menudo	*Siempre

26. ¿Qué tan seguro está usted de que usted puede controlar y manejar la mayor parte de sus problemas de salud?

- *Muy confiado.
- *Algo confiado.
- *No es muy seguro
- *No tengo ningún problema de salud.

27. ¿Cuál es su raza? (Marque todas las que apliquen.)

- *Blanco
- *Negro o afroamericano
- *Asiático
- *Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico
- *Indio americano o nativo de Alaska
- *Origen o ascendencia hispana o latina
- *Otro

Muchas gracias por completar el chequeo de bienestar de Medicare. Regrese el chequeo completo a su médico o enfermera.