



Internal Medicine Associates

Querido Paciente, Fecha: _____ Nombre: _____

Para conocer acerca de su salud, por favor complete este formulario y entregue a su medico.

Acceso a sus actividades diarias:

Actividades	Puede hacer solo	Necesito ayuda	No puede hacer
Comer			
Vestirse			
Asearse			
Bañarse			
Ir al baño			
Incontinencia			
Usar el teléfono			
Comprar la comida			
Preparar la comida			
Mantener la casa			
Reparar la casa			
Lavar la ropa			
Transportarse			
Tomar la medicina			
Manejar sus finanzas			

Tiene usted dolor?

Nivel de dolor	Ningún	0 -3	4-6	7-9	10
Localizacion del dolor:	La cabeza or el cuello	La Spina Dorsal	Las Extremidades	El Pecho o El abdomen	Otro lugar

Instrucciones anticipadas de atención

Usted ha designado un apoderado de asistencia medica?	Si	No
---	----	----