

Year: _____ **MIPS (Spanish) FORM. INSTRUCCIONES: CADA paciente debe completar este formulario UNA VEZ al año.**

A. MIPS #226. Tobacco (responda si tiene 12 años o más): ¿Está usando tabaco actualmente? Sí No.

B. MIPS # 047. Advanced Care. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA (responda si tiene 65 años o más).

() Yo (paciente) NO deseo participar. Continúe con la siguiente Parte.

a. ¿Tiene una directiva anticipada de atención médica (poder notarial para atención médica) en caso de quedar incapacitado (por ejemplo, en estado de coma)? Sí No. b. Si la respuesta es SÍ, ¿puede proporcionar una copia? Sí No. Si la respuesta es SÍ, el paciente: () traerá una copia. () enviará una copia por correo electrónico o fax. () Otro: _____

c. Si NO tiene una directiva anticipada de atención médica, ¿quiere que alguien tome sus decisiones de atención médica? Sí No.

d. Si la respuesta es SÍ, proporcione el nombre: _____ teléfono: _____

C. MIPS #134. Depression. EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN (PHQ-2) (responda si tiene 12 años o más).

() Yo (paciente) NO deseo participar. Continúe con la siguiente Parte.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?

1. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo deprimido, desanimado o desesperanzado? Sí No

2. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo desanimado o descontento por hacer cosas? Sí No

D. #318 Falls (responda si tiene 65 años o más). En el último año, ¿ha tenido 2 o más caídas, o 1 caída CON lesión? Sí No

MIPS #155. Si respondió SÍ, utilice estos recursos (enlaces) a continuación para prevenir caídas:

www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/fall-prevention-exercises,

www.lifeline.ca/en/resources/14-exercises-for-seniors-to-improve-strength-and-balance/

mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/010526-037CL_tcm75-574622.pdf

E. MIPS #431 Alcohol (responda si tiene 18 años o más): ¿Cuántas veces en el último año ha consumido 5 (para hombres) o 4 (para mujeres Y todos los adultos mayores de 65 años) o más bebidas en un día? # veces: _____ (Respuesta: ≥ 2)

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nac.: _____ Firma: /s/ _____

If telemed appt: the staff member certifies above patient answers are true. Staff Signature: _____