

Complete esta información y llévela a su próxima consulta para hablar con su proveedor.

Su proveedor querrá saber

1. En el último año, ¿se ha caído o se ha sentido inestable mientras estaba de pie o caminando? Sí No
 Su seguridad es extremadamente importante para nosotros y para su proveedor. Tome nota de cualquier preocupación sobre caídas o inestabilidad y compártalo con su proveedor.
2. ¿Puede obtener consultas con su proveedor o especialista cuando las necesita? Sí No
3. En las últimas cuatro semanas ¿ha interferido su salud emocional (*sentirse ansioso o deprimido*) con sus actividades diarias? Sí No
 Su bienestar emocional es una parte importante de su salud. Si experimenta síntomas como ansiedad o se siente deprimido, hable con su proveedor sobre cómo se siente.
4. ¿Su salud física interfiere con las actividades diarias? Sí No
5. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o ha consumido otros productos de tabaco? Sí No
 Si contestó "Sí", ¿le gustaría hablar sobre las opciones para dejar de consumir tabaco? Sí No
6. En las últimas dos semanas, ¿se ha olvidado de tomar sus medicamentos? Sí No
7. En los últimos sesenta días, ¿ha experimentado algún problema de control de la vejiga, como dificultad para controlar la vejiga, controlar las ganas de orinar o goteo de orina? Sí No
8. ¿Ha completado directivas por adelantado o ha otorgado a alguien su poder notarial médico? Sí No

¿Qué preguntas tiene usted o su familia para su PCP?

Sus recetas médicas y medicamentos sin receta.

Asegúrese de llevar todas sus recetas médicas, medicamentos sin receta y suplementos en una bolsa a su próxima consulta con el PCP.

Nombre del Medicamento	Cuántas Tomo (unidades)	Cuánto Tomo (miligramos)	¿Por qué lo Tomo?