

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Para: Nuestros Pacientes de Medicare:

Sujeto: BIENESTAR ANUAL DE MEDICARE Y OTRAS VISITAS PREVENTIVAS

Comenzando el primero de Enero del 2021, Medicare cubre una “Visita de Bienestar Anual” en adición al primer y único examen de “Bienvenido a Medicare.” El examen de “Bienvenido a Medicare” ocurre solamente una vez durante sus primeros doce meses como paciente de Medicare. Usted puede recibir su visita anual después de haber estado con Medicare durante más de un año o pasando al menos un año desde su examen de “Bienvenido a Medicare.”

Examen Físico Preventivo Inicial (IPPE)	“Bienvenido a Medicare” es solo para pacientes <i>nuevos</i> a Medicare. Esto debe hacerse en el primer año como paciente de Medicare.
Visita de Bienestar Anual, Inicial	Al menos un año después del examen de “Bienvenido a Medicare.”
Visita de Bienestar anual, Posterior	Una vez al año (más de un año y 1 día después de la última Visita de Bienestar)

La Visita de Bienestar no es lo mismo que muchas personas llaman su examen físico anual. Medicare es muy específico sobre lo que la “Visita de Bienestar Anual” incluye y excluye.

En la Visita de Bienestar Anual, su Doctor/PA/NP/ o enfermera hablarán con usted sobre su historial médico, revisarán sus factores de riesgo, y harán un plan de prevención personalizado para mantenerlo/a saludable. La visita *no* incluye el examen práctico, ni ninguna prueba que su médico pueda recomendar, ni tampoco incluye ninguna discusión sobre problemas médicos, condiciones, o medicamentos nuevos o actuales. Puede programar otra visita para discutir esos problemas o su médico puede cobrar las tarifas habituales de Medicare por dichos servicios que están fuera del campo de aplicación de la Visita de Bienestar Anual.

Si desea programar un examen físico anual, incluyendo análisis de laboratorio u otras pruebas diagnósticas, administración de medicamentos, vacunas y otros servicios, por favor comprenda que estos servicios se cobrarán y cubrirán de acuerdo con las pautas de la cobertura habitual de Medicare. Sin embargo, aún puede desarrollar un plan de atención basado en los criterios de la Visita de Bienestar Anual.

Agradecemos la confianza que deposita en nosotros para atender sus necesidades de atención médica y esperamos que aproveche este nuevo beneficio para trabajar con su médico en la creación de su plan de prevención personalizado.

Por favor llenar y regresar los siguientes papeles a su cita:

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ **Fec. Nac.:** ____/____/____ **Fecha:** ____/____/20____

Lo Que Debe Traer a su Visita De Bienestar Anual:

Los nombres de todos sus **doctores:**

Nombre	Especialidad

Una lista de todos sus **medicamentos:**

Nombre de la medicina	Dosis (si recuerda) O proporcione una lista

¿Algunos de sus parientes cercanos han tenido algún cambio de salud?

___ Sí ___ No

¿Ha cambiado su estado de ánimo?

___ Sí ___ No

¿Se preocupa por las caídas y la seguridad en casa?

___ Sí ___ No

¿Está preocupado(a) por su memoria?

___ Sí ___ No

¿Hay algunas pruebas preventivas que haya hecho recientemente?

___ Sí ___ No

(como pruebas de laboratorio, mamografías, radiografías, etc)

¿Ha recibido alguna vacuna recientemente?

___ Sí ___ No

¿Tiene un testamento en vida o una directiva anticipada?

___ Sí ___ No

(Si tiene uno, *traiga una copia con usted.*)

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ Fec. Nac. : ____/____/____ Fecha: ____/____/20____

**Usó De Oficina Solamente
IPPE / AWW: Practice checklist**

Before the visit:

- Verify eligibility: [] Medicare [] Not eligible for Welcome to Medicare Visit
[] More than 365 days since initial AWW
- Explain the Annual Wellness Visit to the patient
- Is the problem list complete?
- Is the medication list complete?
- Is the family history complete?
- Do we have a list of the patient's other physicians?

During the visit:

- Have the patient complete a depression screen (PHQ-9)
- Have the patient complete functional assessment.
- Measure BP, weight, BMI and/or waist measurement
- Complete list of risk factors.
- Update immunization record and order immunizations and other preventative checklist (See attached Adult Preventive/ Quality Measure/Screening form)
- Cognitive Testing (6-CIT)
- [] No impairment [] Mild cognitive impairment [] Further NEURO-psychological testing needed to score above **10**.

Covered MC Diagnosis: _____ 96103 96120

- Make a new schedule of preventive and early detection interventions.
- Make a new schedule appointment to discuss with a physician for any abnormal finding/ labs etc.
- Discuss advance directive (Pt has DNR / NOT DNR).

Dr. Suresh Prasad _____ Dr. Kalpana Prasad _____

Kimberly Cedillo FNP _____ Grace Andrade _____

Roxanna Nieto PA _____

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ **Fec. Nac.:** ____/____/____ **Fecha:** ____/____/20____

Evaluación de Riesgos Para la Salud

(Es muy importante que complete esta forma ANTES que la enfermera lo(a) lleve al cuarto de examen para su Visita de Bienestar Anual de Medicare. Es posible que NO vea al doctor durante esta visita ya que Medicare no espera que el doctor vea al paciente durante la visita requerida por Medicare. Si desea ver al doctor – se le dará una cita SEPARADA para ver al doctor.

FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES

INACTIVIDAD FÍSICA/FALTA DE ENERGÍA

¿Cuántos días a la semana haces ejercicio habitualmente? _____ días por semana

Los días en los que hace ejercicio, durante cuánto tiempo hace ejercicio normalmente (en minutos):

_____ Minutos por día [] No aplica

¿Qué tan intenso es su ejercicio típico? [] Actualmente no estoy haciendo ejercicio

[] Ligero (como estirarse o caminar lento) [] Moderado (como caminar a paso ligero)

[] Pesado (como trotar o nadar) [] Muy pesado (como correr o escaleras)

FUMAR / USO DE TABACO

¿Actualmente fuma o usa otros tipos de tabaco? [] Sí [] No

¿Es un exfumador(a)? [] Sí [] No, nunca he fumado

Si dejó de fumar, ¿cuánto tiempo hace que dejó de fumar cigarrillos?

[] Menos de 6 meses [] Hace 6-11 meses [] Hace 1-5 años [] Hace 6-10 años

[] Hace más de 10 años [] No aplica

Indique a continuación si actualmente usa alguno de estos otros productos de tabaco:

[] Puros [] Pipas de fumar [] Tabaco de masticar/tabaco en polvo

[] Parche de nicotina [] no uso ninguno de estos

CONSUMO DE ALCOHOL

¿En una semana típica, cuántos días bebe alcohol? _____ días por semana

¿Cuándo bebe alcohol, cuántas bebidas consume? _____ bebidas por día

¿En una semana típica, con qué frecuencia toma 5 ó más bebidas alcohólicas a la vez?

[] Nunca [] Una vez por semana

[] 2–3 veces por semana [] Más de 3 veces por semana

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ **Fec. Nac.:** ____/____/____ **Fecha:** ____/____/20 ____

NUTRICIÓN

- En un día típico, ¿cuántas porciones de frutas y / o verduras come? (1 porción = 1 taza de vegetales frescos, ½ taza de vegetales cocidos ó 1 pieza mediana de fruta. 1 taza = tamaño de una pelota de béisbol.) _____ **Porciones por día**
- En un día típico, ¿cuántas porciones de alimentos ricos en fibra o granos integrales consume? (1 porción = 1 rebanada de pan 100% integral, 1 taza de cereal integral o con alto contenido de fibra listo para comer, 1/2 taza de cereal cocido como avena o ½ taza de arroz integral cocido o pasta integral.) _____ **Porciones por día**
- En un día típico, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o con alto contenido de grasa come? (Ejemplos incluyen pollo frito, pescado frito, tocino, papas fritas, chips de maíz, donas, aderezos cremosos para ensaladas y comidas elaboradas con leche entera, crema, queso o mayonesa.) _____ **Porciones por día**

¿Le agrega sal a su comida de forma rutinaria? Sí No

PREGUNTAS DE MEMORIA

- ¿Alguien de su familia ha dicho que tiene problemas de memoria? Sí No
- ¿Cree que tiene problemas de memoria a corto plazo? Sí No
- ¿Cree que tiene problemas de memoria a largo plazo? Sí No
- ¿Tiene más confusión durante la noche que durante el día? Sí No

SEGURIDAD DE LOS VEHÍCULOS DE MOTOR

- ¿Siempre abrocha el cinturón de seguridad cuando está en el vehículo? Sí No
- ¿Alguna vez maneja después de beber o viaja con alguien que ha bebido? Sí No
- ¿Tiene cambios en su visión o problemas para conducir? Sí No

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

EXPOSICIÓN AL SOL

¿Se protege del sol cuando está afuera (protector solar)? Sí No

MEDIDAS BIOMÉTRICAS- AUTOINFORMADAS

¿Cuál fue su presión arterial reciente?

- No sé, no estoy segura(o)
- Baja o normal (en o por debajo de 120/80)
- Límite alta (120/80 a 139/89) Alta (140/90 o más)

COLESTEROL

Si su colesterol fue comprobado durante el último año, ¿cuál era su colesterol cuando fue comprobado?

- Deseable (Bajo 200) Límite alto (200-239)
- Alto (240 o más) No sé, no estoy seguro(a)

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ **Fec. Nac. :** ____/____/____ **Fecha:** ____/____/20____

GLUCOSA EN SANGRE

Si su nivel de glucosa fue comprobado durante el último año, ¿cuál fue su nivel de azúcar en sangre en ayunas la última vez que fue comprobada?

- Deseable (Bajo de 100) Límite alta (100–125)
 Alta (126 o más) No sé, no estoy seguro(a)

¿Alguna vez un médico o un profesional de la salud le ha dicho que tiene diabetes o un nivel alto de azúcar en sangre?

- Sí No (Pase a la siguiente sección)

Si le han revisado el nivel de hemoglobina A-1C en el último año, ¿cuál fue el nivel la última vez que fue revisado?

- Deseable (6 o menos) Límite Alto (7)
 Alto (8 o más) No sé, no estoy seguro(a)

SOBREPESO/OBESIDAD^[1]_[SEP]

¿Cuál es su altura aproximada? Pies _____ Pulgadas _____

¿Cuál es su peso aproximado? Peso en libras _____

¿Ha tenido algún cambio dramático de peso en el último año? Sí No

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL/DEPRESIÓN

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido, triste o sin esperanza?

- Casi todo el tiempo La mayor parte del tiempo
 Algunas veces Casi nunca Nunca

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés en hacer cosas?

- Casi todo el tiempo La mayor parte del tiempo
 Algunas veces Casi nunca Nunca

¿Sus sentimientos le han causado angustia o han interferido con su capacidad para interactuar socialmente con amigos?

- Sí No

Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste o deprimido?

- Casi todo el tiempo La mayor parte del tiempo Algunas veces Casi nunca Nunca

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ **Fec. Nac.:** ____/____/____ **Fecha:** ____/____/20____

En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con su vida?

Muy satisfecho(a) Satisfecho(a) Insatisfecho(a) Muy insatisfecho(a)

¿Con qué frecuencia el estrés es un problema para usted?

Nunca/raramente A veces Muchas veces Siempre

¿Qué tan bien manejas el estrés en tu vida?

Normalmente soy capaz de afrontarlo de forma eficaz A veces tengo problemas para afrontar

A menudo tengo problemas para afrontar

BIENESTAR GENERAL *En general, diría que su salud es*

Excelente Muy buena Buena

Justa Pobre

APOYO SOCIAL/EMOCIONAL *¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?:*

Siempre Generalmente A veces Raramente Nunca

SATISFACCIÓN GENERAL CON LA VIDA

En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con su vida?:

Muy satisfecho(a) Satisfecho(a) Insatisfecho(a) Muy insatisfecho(a)

DORMIR

¿Cuántas horas duerme cada noche? _____

Tiene problemas para conciliar el sueño por la noche?

Se despierta a menudo en medio de la noche?

Considera su sueño: Reposado Sin descanso Adecuado

USO DIARIO DE ASPIRINA

¿Ha hablado con su médico sobre tomar una aspirina diaria? Sí No

¿Se toma una aspirina diaria? Sí No

Dr. Suresh Prasad _____ Dr. Kalpana Prasad _____

Kimberly Cedillo FNP _____ Grace Andrade PA _____

Roxanna Nieto PA _____

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

TELÉFONO: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ Fec. Nac.: ____/____/____ Fecha: ____/____/20____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

La Prueba de Demencia 6 CIT

Cómo Funciona la Prueba

Pregunta	Puntuación	Ponderación	Puntuación Ponderada
¿Qué año es?	Correct = 0	Incorrect = 4	
¿Qué mes es?	Correct = 0	Incorrect = 3	
Recuerde la Dirección: <i>San Marcos</i> <i>Calle 42, Odessa</i>			
¿Sobre qué hora es? (entre 60 minutos)	Correct = 0	Incorrect = 3	
Contar desde 20-1	Correct = 0	1 Error = 2 More than 1 Error = 4	
Diga meses al revés	Correct = 0	1 Error = 2 More than 1 Error = 4	
Repita la frase de Memoria	Correct = 0 2 Errors = 4 4 Errors = 6	1 Error = 2 3 Errors = 6 Total Incorrect= 10	
Point Total para 6 CIT	0-28		

0-7 = normal - referral not necessary at present
8- 9 = mild cognitive impairment - probably refer
10-28 = significant cognitive impairment - refer

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

PHONE: (432) 332-3400 FAX: (432) 332-6500

Paciente: _____ **Fec. Nac. :** ____/____/____ **Fecha:** ____/____/20____

LA PRUEBA PHQ-9

1. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas quedándose dormido/durmiendo mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado(a) o tener poca energía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer en exceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo – o que es un fracaso o ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que otras personas se han dado cuenta, o al contrario- estar tan inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si marcó algún problema en este cuestionario hasta ahora, ¿qué tan difícil han sido estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?

No es nada difícil Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

Total Score	Depression Severity
1-4	Minimal depression
5-9	Mild depression
10-14	Moderate depression
15-19	Moderately severe depression
20-27	Severe depression