

Nombre: _____ Fecha: _____ MRN#: _____

Firma del Proveedor: _____

1. En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con su médico u otro proveedor de salud acerca de su nivel de ejercicio o actividad física?

Sí

No

2. ¿Se ha puesto la vacuna contra la gripe desde el 1 de julio de 2019?

Sí

No

3. En los últimos 6 meses, ¿ha sufrido de goteo de orina?

Sí

No

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha realizado menos actividades de las deseadas debido a problemas emocionales?

Todo el tiempo

La mayoría del tiempo

En momentos

Muy pocos momentos

En ningún momento

5. En general, diría que su salud es: (*marque una opción*)

Excelente

Muy buena

Regular

No muy buena

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Y0011_ 98069S_C 0919 C: 9/2019

Y0011_ 98069S_C 0919 EGWP C: 9/2019