

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 2021?

 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 0721 C: 7/2021R

Y0011\_98069S\_C 0721 EGWP C: 7/2021R