

First Name (Nombre):	Last Name (Apellido):	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. (Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):		

**Please answer the following questions. You can also fill out this form on [ARCmychart.com](https://arcmychart.com), if you have a MyChart account. (Por favor, conteste a las siguientes preguntas. También puede completar este cuestionario en [ARCmychart.com](https://arcmychart.com), si tiene una cuenta MyChart.)**

- 1. Who is filling out this questionnaire? (¿Quién está completando este cuestionario?):**  
 Patient/Self (Paciente/usted mismo)     Caregiver (Cuidador)
- 2. Do you have difficulty remembering any of the following (select all that apply)?**  
 (¿Tiene dificultades para recordar alguno de los siguientes (seleccione todos los que correspondan)?):
 

<input type="checkbox"/> the current (today's) date (la fecha de hoy)	<input type="checkbox"/> the name of your street (el nombre de tu calle)
<input type="checkbox"/> the current year (en qué año estamos)	<input type="checkbox"/> none of the above (Ninguna de las anteriores)
- 3. Do you or anyone else think that you have problems with hearing? (¿Usted o alguien más piensa que tiene problemas de audición?):**     Yes (Sí)     No
- 4. Do you need help with any of the following (select all that apply)?**  
 (¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes (seleccione todos los que correspondan)?):
 

<input type="checkbox"/> transportation (transporte)	<input type="checkbox"/> managing your medications (administrando sus medicamentos)
<input type="checkbox"/> shopping (compras)	<input type="checkbox"/> managing your money (administrando su dinero)
<input type="checkbox"/> meal preparation (preparación de la comida)	<input type="checkbox"/> no help required for any of the above (no se requiere ayuda para ninguno de los anteriores)
<input type="checkbox"/> housework (tareas del hogar)	
<input type="checkbox"/> using a phone (usando un teléfono)	
- 5. Do you have difficulties performing activities of daily living (i.e. eating, bathing, dressing, or toileting)?**  
 (¿Tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria? (es decir, comer, bañarse, vestirse o ir al baño):  
 Yes (Si)     No
- 6. Do you receive home health or medical services (home nursing, oxygen services, etc)? (¿Recibe servicios médicos o de salud en el hogar (enfermería en el hogar, servicios de oxígeno, etc.):**     Yes (Sí)     No
- 7. Have you had two or more falls, or one fall with injury, in the past year? (¿Ha tenido dos o más caídas, o una caída con una lesión, en el último año?)**     Yes (Sí)     No
- 8. Does your home have any of the following (select all that apply)?**  
 (¿Tiene su hogar alguno de los siguientes (seleccione todos los que correspondan)?):
  - throw rugs (alfombras pequeñas)
  - poor lighting (mala iluminación)
  - no grab bars in the bathroom (no hay barras de sujeción en el baño)
  - no handrails on stairs (no hay pasamanos en las escaleras)
  - none of the above/does not apply (ninguno de los anteriores/no aplica)
- 9. Do you use a cane or walker? (¿Usas un bastón o andador?)**     Yes (Si)     No
- 10. What physical activities/exercise do you do (i.e. gardening, walking, swimming, etc.)?**  
 (¿Qué actividades físicas / ejercicio haces (es decir, jardinería, caminar, nadar, etc.)?)  


---

**11. During the last 3 months have you experienced the following (select all that apply)?**

(Durante los últimos 3 meses, ¿ha experimentado lo siguiente (seleccione todos los que correspondan)?)

- The urge to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough**  
(La necesidad de vaciar su vejiga, pero no pudo llegar al baño lo suficientemente rápido)
- Leaked urine when performing some physical activity, i.e. sneezing, lifting, or exercise**  
(Fugas de orina al realizar alguna actividad física, es decir, estornudar, levantar objetos o hacer ejercicio.)
- None of the above / does not apply** (ninguno de los anteriores/no aplica)

**12. Over the past two weeks, have you felt down, depressed or hopeless?** (En las últimas dos semanas, ¿te has sentido deprimida, deprimida o sin esperanza?)  **Yes** (Sí)  **No**

**13. Over the past two weeks, have you felt little interest or pleasure in doing things?** (En las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?)  **Yes** (Sí)  **No**