

Mi plan de acción para la prevención de caídas

Mi nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

En el año pasado me caí: ___ 0 a 1 vez ___ 2 o más veces

Durante mi evaluación de riesgo de caída, me determinaron: Bajo riesgo Riesgo moderado Alto riesgo

| De qué se habló y qué se cubrió durante mi cita: | |
|---|---|
| ¿Mi historial de caídas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ejercicios de fuerza y equilibrio? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En cuanto a seguridad en el hogar y peligros de caídas, ¿me proporcionaron una lista de verificación de seguridad en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En cuanto a mi andar, ¿se evaluaron la fuerza y el equilibrio? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Suplemento/medicamentos para la salud ósea? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Para ayudar a reducir mi riesgo de caídas, mi médico también revisó los siguientes puntos de acción conmigo: | |
| Mis medicamentos fueron revisados y se realizaron los siguientes cambios: | |
| Mi visión fue controlada. Mi médico me dijo: | |
| Mi presión arterial es demasiado alta/baja. Mi médico me dijo que la controle a menudo: | |
| Hablamos acerca de mi dolor. Mi médico me dijo: | |
| Tengo una cita para un control de osteoporosis: | |
| Hablamos acerca de mi actividad física. Mi médico me dio esta receta para ejercitar: | |
| Me recomendaron un programa de prevención de caídas: | |
| Me recomendaron fisioterapia para ayudar con mi andar, fuerza y equilibrio: | |
| Me recomendaron un podólogo: | |
| Me recomendaron una gestión de casos: | |
| Mi médico me recomendó que obtenga un servicio de respuesta para emergencias: | |
| Me refirieron al audio digital educativo de prevención de caídas de SCAN https://www.scanhealthplan.com/members/healthy-at-any-age-podcasts | |
| Al consultorio de mi médico le gustaría hacerme un seguimiento (por teléfono o en persona) sobre mi Plan de acción para la prevención de caídas dentro de los próximos 30 días. Mi cita está programada para: | |

La Firma del Médico _____