



Cuestionario de Medicare de Visitas Anuales para el Bienestar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Today's date: _____

1. ¿Qué medicamentos sin receta está tomando, incluyendo vitaminas y suplementos?

Medicamentos/Vitaminas/Suplementos

Razón por el que las toma

Medicamentos/Vitaminas/Suplementos	Razón por el que las toma

Si necesita más espacio, favor de escribir en el reverso de la página.

2. ¿Qué otros médicos o proveedores de servicios de salud visita usted, y para qué tipo de problemas?

Especialista

Problema

Especialista	Problema

3. ¿Dónde obtiene sus suministros médicos? (diabetes, artículos para ostomía, etc)

Proveedor de suministros médicos

Problema

Proveedor de suministros médicos	Problema

Documento de instrucciones médicas por adelantado:

1. ¿Tiene usted un documento de instrucciones médicas por adelantado? Sí No