



---

1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Estimado paciente,

¡Bienvenido a la iniciativa de Hogares de Atención Médica Centrada en los Pacientes (PCMH por sus siglas en Inglés), una nueva manera de manejar el cuidado de su salud! PCMH es un modelo de atención diseñado para mejorar la coordinación de su atención médica con énfasis en su bienestar general.

Le invito a seguir trabajando conmigo en este nuevo modelo de atención. Voy a trabajar con otros proveedores de atención médica para cuidar de usted. Dado a que somos su equipo de cuidado, le involucraremos en las decisiones sobre su salud y cuidados para así poder desarrollar una relación más fuerte con usted.

La oficina se preocupa por su salud en general, incluyendo la salud mental. Somos responsables de coordinar su cuidado con otros proveedores de salud.

¡Espero trabajar con usted en el camino hacia una mejor salud!

Atentamente,

J. Roberto Duran, III, M.D.  
Director Medico  
Southwest Center on Aging



---

1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

**Servimos a personas de edad 55 y mayores. Nuestra misión es hacer realidad un envejecimiento saludable a través de la excelencia en la atención médica.**

**Horas de Oficina**

Lunes – Jueves 8:00 am – 5:00 pm m

Viernes 8:00 am – 1:00 pm

(La oficina esta cerrada para almuerzo de 12:00 pm – 1:00 pm)

1<sup>er</sup> lunes del mes, horario extendido de 5:00 pm – 7:00 pm sólo con cita previa

Visitas sin cita previa de lunes a viernes 12:00 pm -12:30 pm

(únicamente para pacientes existentes)

**Para programar una cita o hablar con un médico, por favor llame a nuestra oficina al 575-532-5455**

**Después de horas de oficina, llame al número anterior y el servicio de contestador contestará su llamada y notificara al médico de guardia si es necesario.**

**En caso de emergencia, llame inmediatamente al 9-1-1.**

Southwest Center on Aging (SWCOA) ofrece una evaluación única y completa de las personas mayores. SWCOA utiliza múltiples recursos para mirar a la persona desde una perspectiva médica, funcional y emocional. Nuestro objetivo es trabajar con la familia del paciente para enfocarse en las fortalezas y debilidades encontradas durante el proceso de evaluación. Esta evaluación es útil como base de consulta o como un primer paso para la atención primaria continua con nosotros.

SWCOA provee servicios médicos a residentes en una variedad de instalaciones de vivienda asistida y a largo plazo.

SWCOA ofrece servicios de coordinación médicos, sociales y de hospicio para pacientes y familias que enfrentan enfermedades terminales. Asistencia en el establecimiento de directivas anticipadas, seleccionar estado de reanimación y diseñar un poder notarial. Planes de atención son individualizados a las necesidades del paciente y su familia, con énfasis en maximizar la calidad de vida y confort.



## Consentimiento - Portal del Paciente

El Portal del Paciente es un recurso seguro en línea donde los pacientes tienen acceso a información médica confidencial. Esto da al paciente un acceso conveniente a su información personal de salud las 24 horas, desde cualquier lugar con conexión a Internet. Usando un nombre de usuario seguro y contraseña, los pacientes pueden:

- Tener acceso a información de salud personal
- Solicitar rellenar sus recetas
- Repasar resultados de laboratorio/radiología
- Comunicarse con nuestro personal y proveedores con respecto a su cuidado

Estoy de acuerdo a lo siguiente:

1. Voy a respetar los términos y condiciones del Portal del Paciente de Southwest Center on Aging
2. Southwest Center on Aging no es responsable por ninguna filtración de datos causada por el mal uso por parte del paciente
3. Entiendo que mis actividades dentro del Portal del Paciente se convertirán en parte de mi expediente medico

Yo entiendo lo siguiente:

1. Para emergencias médicas, marque el 911. El Portal del Paciente NO debe ser utilizado para necesidades urgentes.
2. Toda la comunicación se envía al personal de enfermería, no directamente al doctor. Usted recibirá una respuesta dentro de 24-48 horas.
3. El Portal del Paciente NO substituye visitas con su médico y no se ordenarán recetas para medicamentos que no estén recetados actualmente

Yo reconozco que he leído y que entiendo este consentimiento, y las normas y procedimientos del Portal del Paciente.

Yo no quiero acceso al Portal del Paciente  Yo quiero acceso al Portal del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico (e-mail) Seguro: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco (en caso de representate): \_\_\_\_\_

For office use only

Portal invitation emailed by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Initials Date



## Contrato de Hogares de Atención Medica Centrada en los Pacientes

**Gracias por elegir Southwest Center on Aging como su Hogar de Atención Medica Centrada en los Pacientes. Nuestro personal está comprometido a proveer la mejor atención de salud posible para usted.**

**Como su proveedor de cuidado primario (PCP), mis responsabilidades son:**

- Explicar las enfermedades, tratamiento y resultados en una manera fácil de entender. Escuchar sus sentimientos y preguntas que nos ayudarán a tomar decisiones sobre su cuidado.
- Mantener la confidencialidad de sus tratamientos, conversaciones y récords.
- Proporcionar citas el mismo día siempre que sea posible.
- Proporcionar instrucciones sobre cómo satisfacer sus necesidades de salud cuando nuestra oficina no está abierta, a través de nuestro contestador después de horas de oficina que proporciona acceso a la atención médica las 24 horas.
- Dar a usted indicaciones claras sobre medicamentos y otros tratamientos.
- Enviar a un especialista de confianza, si es necesario.

Cada visita terminará asegurándose de que usted tiene instrucciones claras y las expectativas, objetivos de tratamiento, y planes para el futuro.

**Como nuestro paciente, sus responsabilidades son:**

- Hacer preguntas, compartir sus sentimientos y tomar parte activa en su cuidado.
- Ser honesto sobre su historial, síntomas y otra información importante, incluyendo posibles cambios de atención en su salud y cualquier cuidado que puede recibir de otros profesionales de la salud.

- Tomar todos los medicamentos según las indicaciones. Nos informa cuando hay un problema con su medicamento.
- Tomar decisiones saludables acerca de sus hábitos cotidianos y estilo de vida.
- Mantener sus citas programadas o reprogramar por adelantado si es posible.
- Llamando a nuestra oficina primero con sus problemas de salud, a menos que sea una emergencia.
- Asegurándose de dejar nuestra oficina con un claro entendimiento de las expectativas, objetivos del tratamiento y plan a futuro.

He leído y entiendo mis responsabilidades como paciente de esta oficina. Entiendo que es imprescindible conocer estas responsabilidades para que mi médico de atención primaria puede proporcionar una atención óptima para mí.

---

Nombre del Paciente

---

Firma del Paciente

Fecha

Como su proveedor de atención primaria, entiendo que mis responsabilidades hacia usted como paciente de esta oficina. Haré mi mejor esfuerzo para ofrecerle la más alta calidad de atención posible.

**" Hacer realidad un envejecimiento saludable a través de la excelencia en la atención médica"**



---

1106 CENTRE CORT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

## **Consentimiento del acuerdo de HIPPA**

Nuestro aviso de privacidad (en la parte posterior) proporciona información acerca de cómo podemos utilizar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene la sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted comprueba con su firma que a revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Pueden cambiar los términos de la notificación, en caso de que esto suceda, se le notificará en su próxima visita para actualizar la fecha de firma.

Usted tiene el derecho de limitar cómo es utilizada y divulgada su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, debemos honrar este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.

### Sus derechos:

- Obtener una copia de sus récords de salud y reclamos
- Pedir correcciones a su récord de salud y reclamos
- Pedir comunicaciones confidenciales
- Pedirnos limitar la información que usamos o compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para actuar por usted
- Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados

### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una filtración de datos que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos obedecer los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionar una copia de la misma.
- No usar o compartir su información más que como se describe aquí a menos que usted lo autorice por escrito. Si usted lo autoriza, usted tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si usted cambia de opinión.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida y el uso potencialmente anónima en una publicación. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.



---

1106 CENTRE CORT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

## Responsabilidad Financiera del Paciente

Como una cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguro de atención médica administrada. Nos complace poder ofrecer este servicio a usted, y haremos todo lo posible para verificar cobertura y facturar a su compañía de seguro correctamente. Sin embargo, no nos es posible hacer un seguimiento de todos los requisitos individuales de cada plan.

**Es responsabilidad de cada paciente el conocer los detalles de su plan de seguro** además de cualquier pérdida en cobertura de seguro. Cargos que se producen como consecuencia de las restricciones de plan de seguro o fallos de cobertura son, en última instancia, la responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si usted no nos informa de requisitos especiales requeridos por su plan y ordenamos servicios médicamente necesarios, tales como análisis de laboratorio, hospitalización o artículos médicos que no están cubiertos por su plan; podemos cobrarle directamente para esos cargos. Si la cobertura actual de seguros no puede ser verificada antes de cada cita, el pago será requerido al tiempo de servicio.

Esta oficina sólo factura servicios realizados por nuestros proveedores. Los laboratorios son entidades separadas y le factura a usted o su compañía de seguros por los servicios que se realizan. Si usted tiene alguna pregunta sobre su factura de laboratorio por favor póngase en contacto con ellos o su compañía de seguros directamente.

Proporcionar atención médica de la más alta calidad para nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a brindar esa atención dentro de las normas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación debe ser capaz de recibir todos los beneficios de seguros a que tiene derecho, y podremos concentrar nuestros esfuerzos en tratar de proporcionarle atención médica excelente. SWCOA ofrece un descuento del 50% para pacientes sin seguro y este pago se requiere en el momento que recibe la atención.

Es posible que se le cobre una **tasa administrativa de \$35.00** por adelantado para llenar formas tales como discapacidad o seguro y solicitud de récords médicos. Tenga en cuenta que estos servicios pueden requerir hasta siete a diez días para procesar.

Si una cuenta no se paga en total dentro de 90 días, una **cuota de procesamiento de colección de 25%** se sumará al saldo pendiente y la cuenta será entregada a una agencia de cobranza para su procesamiento. No se realizarán citas adicionales para cuentas que están atrasadas hasta que se ponga al corriente.

Cheques devueltos por cualquier motivo se le aplicará un **cargo por servicio de \$35.00** además de la cantidad del cheque. Cheques sin fondos deben ser redimidos con fondos certificados y ya no se le permitirá pagar con cheque.

Intentamos contactar a cada paciente para recordarles de su cita; sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a su cita a tiempo. SWCOA reserva el derecho a cobrar una cuota por inasistencia para los pacientes que no llamen a cancelar dentro de 24 horas de la cita. La **cuota por inasistencia es \$25.00** y está sujeta a cambios sin previo aviso.

Autorizo al médico a compartir cualquier y toda información necesaria con respecto a mi diagnóstico y tratamiento para asegurar el pago de mi compañía de seguro médico; y así autorizo el pago de las prestaciones del seguro directamente al médico por los servicios prestados que no son pagados directamente por mí.



---

1106 CENTRE CORT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Información protegida de salud puede ser divulgada o utilizado para tratamiento, pago u operación profesional de la salud
- La oficina reserva el derecho de modificar la política de privacidad según lo permitido por la ley
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de la información, pero la oficina no tiene por qué aceptar esas restricciones
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces pararemos de divulgar y utilizar su información

AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA, LEIDO Y ENTIENDO LAS SIGUIENTES POLÍTICAS. ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES QUE SE DESCRIBEN EN ELLOS:

- **Carta iniciativa de Hogares de Atención Medica Centrada en los Pacientes (PCMH)**
- **Derechos del Paciente con Respecto a los Registros Médicos**
- **Responsabilidades y Políticas HIPPA**
- **Responsabilidad Financiera del Paciente incluyendo colecciones, política de inasistencia**

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX ( 575) 532-5641

## Patient Authorization for the Release of Medical Records

\_\_\_\_\_  
Name (Please Print) Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Address City State Zip Ph #:

I hereby authorize: Release to:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Records requested are as follows:**  
 Lab Reports, X-Rays, EKG Reports  
 History and Physical, Echocardiograms  
 Nuclear/ Regular Stress Test  
 Holter Monitors  
 Cath/ PTCA/ Stent Reports  
 All Records  
 Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I specifically authorize the release of information relating to:**  
 Substance abuse (including alcohol/drug abuse)  
 STD related information (HIV and AIDS related testing)  
 Mental health (including psychotherapy notes)

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or Legal Guardian

I understand that I have the right to revoke this authorization at anytime. I also understand that I must do so in writing and present my written revocation to Southwest Center on Aging at the above address. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when insurers contest a claim under my policy.

\_\_\_\_\_  
Signature of the Patient or Legally Authorized Representative Date Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Witness- Printed Name and Signature Date





1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX ( 575) 532-5641

## Release of Medical Information

I, \_\_\_\_\_ hereby give authority to \_\_\_\_\_  
(Patient's name) (Other than Physician)

\_\_\_\_\_, to have access to the medical information below, effective  
(Relationship to patient)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_ *Procedures*

\_\_\_ *Medications*

\_\_\_ *Appointment times and cancellations*

\_\_\_ *Patient history*

\_\_\_ *All medical information may be released to the above mentioned person(s).*

**I understand that I may request to cancel this release of information in writing for whatever reason, at anytime and that information about me or anything pertaining to me will not be released to anyone but the person mention above. I also understand that Southwest Center on Aging cannot be held liable for any misuse of information obtained by the person mentioned above.**

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date



1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX ( 575) 532-5641

**PLEASE NOTE THE FOLLOWING CHANGES AND CHARGES THAT WILL TAKE EFFECT JUNE 6, 2017**

### **MEDICAL APPOINTMENT CANCELATION POLICY**

**Initial**\_\_\_\_\_ If a patient misses or reschedules a confirmed appointment without contacting the office 24 hours in advance, this is considered a missed appointment (no call, no show). A fee of **\$25.00** will be charged to you for a missed appointment. (**YOUR INSURANCE WILL NOT COVER THIS FEE**)

### **REQUEST FOR PHISICIAN LETTER**

**Initial**\_\_\_\_\_ Any letter such as disability, competency, diagnosis etc.--**\$25.00**

**Initial**\_\_\_\_\_ Jury Duty excuse -- **\$20.00**

**Initial**\_\_\_\_\_ Handicap parking placard form fill out-- **\$15.00**

**Initial**\_\_\_\_\_ Family Medical Leave Act form --**\$30.00**

### **MEDICAL RECORDS CHARGE**

**Initial**\_\_\_\_\_ The following fee will apply for copying medical records: If you request a copy of your medical records, there will be a **\$30.00** charge. The fee includes preparing electronic records exported on a CD, cost of labor and supplies. If a new physician requests your medical records, you will not be charged.

\_\_\_\_\_  
Patient/POA Signature

\_\_\_\_\_  
Date



1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX ( 575) 532-5641

**General Information**

Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
City/State/Zip code: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Employer: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
Marital Status: \_\_\_\_\_ Spouse/ Partner: \_\_\_\_\_  
Age/ Sex: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_  
Race: \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_

**Preferred Provider**

Dr. Duran

Tyson Kay, MSPAS, PA-C

\*In the event that preferred provider is not available, to avoid a delay in care, you agree to see an alternate provider. Schedules are subject to change.

**E-mail address:**

\_\_\_\_\_

**In Case of Emergency (other than spouse)**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone#: \_\_\_\_\_ Work Phone#: \_\_\_\_\_

**Insurance Information**

1<sup>st</sup> Insurance: \_\_\_\_\_ 2nd Insurance: \_\_\_\_\_  
Policy #: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_  
Group #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_



1106 CENTRE COURT | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX ( 575) 532-5641

## Medical Questionnaire

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Circle the highest year of education: 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4  
Elementary High College Post-Grad

What is your marital status? Single Married Divorced Widowed

Reason for visit: \_\_\_\_\_

Are you under a health care provider's care for any condition? YES \_\_\_ NO \_\_\_

If yes, what is the health care provider's name: \_\_\_\_\_

Last date seen by provider: \_\_\_\_\_

### PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ABOUT YOUR GENERAL HEALTH:

How would you rate your general health: Excellent \_\_\_ Good \_\_\_ Fair \_\_\_ Poor \_\_\_

#### PAST MAJOR ILLNESSES:

Lung Disease	Date: _____	Migraine / Headaches	Date: _____
Heart Disease	Date: _____	Neurological Problems	Date: _____
Kidney Disease	Date: _____	Gallbladder Disease	Date: _____
Tuberculosis	Date: _____	Epilepsy / Seizures	Date: _____
Blood Disorder	Date: _____	Migraine / Headaches	Date: _____
Diabetes	Date: _____	Blood Transfusion	Date: _____
Stroke / TIA	Date: _____	Anxiety / Depression	Date: _____
Swelling	Date: _____	High Blood Pressure	Date: _____
Glaucoma	Date: _____	Parkinson's Disease	Date: _____
Cataracts	Date: _____	Colitis / Bowel Disease	Date: _____
Gallbladder Disease	Date: _____	Seasonal allergies	Date: _____
Epilepsy / Seizures	Date: _____	Loss of Consciousness	Date: _____
Thyroid Problems	Date: _____		



**PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ABOUT YOUR SOCIAL HISTORY:**

Who would assist you in an emergency? \_\_\_\_\_

Are you Retired?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_                    YEAR\_\_\_\_\_

Do you have a living will or a Medical Power of Attorney ?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_

What type of work have you done? \_\_\_\_\_

What kind of activities are you involved in now? \_\_\_\_\_

Do you live by yourself?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_

If not, who do you live with? \_\_\_\_\_

**PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ABOUT YOUR RECENT HEALTH STATUS:**

When was your last Mammogram?                    YEAR\_\_\_\_\_                    Not applicable\_\_

When was your last pelvic exam or Pap Smear? YEAR\_\_\_\_\_                    Not applicable\_\_

When was your last Prostate exam?                    YEAR\_\_\_\_\_                    Not applicable\_\_

When was your last hearing exam?                    YEAR\_\_\_\_\_                    Not applicable\_\_

When was your last bone density exam?                    YEAR\_\_\_\_\_                    Not applicable\_\_

When was your last eye exam?                    YEAR\_\_\_\_\_

When was your last dental exam and cleaning? YEAR\_\_\_\_\_

When was your last Colonoscopy?                    YEAR\_\_\_\_\_

When was your last Pneumococcal Immunization?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_                    Date\_\_\_\_\_

Have you had a flu shot this season?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_                    Date\_\_\_\_\_

Have you had a Tetanus Immunization?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_                    Date\_\_\_\_\_

Do you exercise regularly?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_

Do you smoke or have you ever smoked?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_

If so, how many years? \_\_\_\_\_                    How many packs a day? \_\_\_\_\_

Do you still smoke? \_\_\_\_\_                    When did you quit? \_\_\_\_\_

Do you drink alcohol?                    YES\_\_\_                    NO\_\_\_

- Social\_\_\_\_\_
- Occasional\_\_\_\_\_
- Daily\_\_\_\_\_                    How many glasses a day? \_\_\_\_\_

**PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ABOUT YOUR ACTIVIES OF DAILY LIVING:**

Can you handle your own personal care (Toileting, Eating, Walking, Dressing, Bathing)?

YES\_\_\_ NO\_\_\_ SOME\_\_\_

Do you do your own cooking?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

Do you do your own cleaning?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

Do you do your own shopping?

YES\_\_\_ No\_\_\_

Do you handle your own finances?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

Do you handle your own medications?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

If you answered no to any of these questions, who does these things for you?

Do you use the phone to call family, friends or for emergencies?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

Do you drive?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

If so, have you had any accidents or near accidents in the last two years?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

Have you ever gotten lost?

YES\_\_\_ NO\_\_\_

**PLEASE INDICATE IF YOUR ARE HAVING PROBLEMS WITH ANY OF THE FOLLOWING:**

Dizziness YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Blurred Vision YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Headaches YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Swelling YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Chest Pain YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Insomnia YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Sexual Function YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Memory Loss YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Easily Fatigued YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Recent Fall YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Painful/Burning Urination YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Diarrhea/Constipation YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Indigestion/Heartburn YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Weight loss/ Weight gain YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Muscle or Joint Pain YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Anxiety/ Depression YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Recent appetite change YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Shortness of Breath YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

Cough YES\_\_\_ NO\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_