

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de visita \_\_\_\_\_

### **ROCKY MOUNTAIN FAMILY MEDICINE EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD (HRA)**

- Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No

#### **¿TIENE ALGUN PROBLEMAS EN CASA HACIENDO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?**

- Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No

#### **EN TU CASA, ¿TIENES...?**

- Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No

- Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No

#### **EN LOS ANTERIORES 12 MESES:**

- Sí  No  
 Sí  No  
 Sí  No