LET'S TALK

During today's visit, use this handout as a guide to discuss health concerns or needs with your doctor or health care provider.

LET'S TALK // FALLS

- ☐ Have you fallen in the past year? Y // N
- ☐ Do you feel unsteady standing or walking? Y // N
- ☐ Do you use a cane or a walker? Y // N
- ☐ Have you seen a physical therapist in the past year? Y // N

LET'S TALK // PHYSICAL HEALTH

- ☐ How often does physical health interfere with your daily activities? Almost never / Occasionally / Frequently
- ☐ Approximately how many days each week are you physically active? Almost never / Occasionally / Frequently
- ☐ Are you as active as other persons your age? Y // N
- ☐ How often do you choose to take the stairs over an elevator or escalator? 0-1 days / 2-3 days / 4 days or more

LET'S TALK // MEDICATIONS

- ☐ Remembering to take your medications can sometimes be challenging. In the last two weeks, have you forgotten to take your medications? Y // N
- ☐ Understanding how and when to take medication and knowing why it was prescribed is important. Do you have any questions on how and when to take your medications or why they were prescribed? Y // N
- ☐ Some medications are difficult to afford, even with help from copayments. Do you have any medications that are not affordable? Y // N
- ☐ Every medication can have side effects. Do you have any unanswered worries or questions related to your medications or their side effects? Y // N

LET'S TALK // BLADDER CONTROL

- ☐ Is bladder control a problem for you? Y // N
- ☐ In the past 60 days, has urine leakage changed your daily activities or interfered with your sleep? Y // N
- ☐ If urine leakage is a problem for you, would you be willing to try: Y // N
  - Medications Y // N
  - Exercise Y // N
  - Surgery Y // N

LET'S TALK // EMOTIONAL HEALTH

- ☐ How would you describe your emotional health? Calm / Energetic / Sad
- ☐ In the last month, has your emotional health (feeling anxious or depressed) interfered with your daily activities? Y // N
- ☐ How many hours of sleep do you typically get each night? 5 or less hrs. / 6-7 hrs. / 8 hrs. or more
- ☐ In the last month, have you accomplished less than you would like or been more careless at work or while performing daily activities? Y // N

NOTES

HABLEMOS

Durante su visita hoy, use este volante como guía para hablar sobre sus preocupaciones o necesidades de salud con su doctor o proveedor de servicios médicos.

HABLEMOS // SOBRE CAÍDAS

- ☐ ¿Se ha caído durante el último año? S // N
- ☐ ¿Se siente inestable al estar parado o al caminar? S // N
- ☐ ¿Usa bastón o una caminadora? S // N
- ☐ ¿Ha visto a algún terapeuta físico durante el último año? S // N

HABLEMOS // SOBRE SU SALUD FÍSICA

- ☐ ¿Qué tan seguido su salud física interfiere con sus actividades diarias? Casi nunca / A veces / Con frecuencia
- ☐ Aproximadamente, ¿cuántas veces a la semana hace actividad física? 0-1 días / 2-3 días / 4 o más
- ☐ ¿Es tan activo como otras personas de sus edad? S // N
- ☐ ¿Qué tan seguido decide usar las escaleras en vez del elevador o las escaleras eléctricas? Casi nunca / A veces / Con frecuencia

HABLEMOS // SOBRE SUS MEDICAMENTOS

- ☐ Recordar tomar sus medicamentos puede ser difícil a veces. En las últimas dos semanas, ¿ha olvidado tomar sus medicamentos? S // N
- ☐ Entender cómo y cuándo tomarse sus medicamentos y saber por qué se los recetaron es importante. ¿Tiene alguna pregunta sobre cuándo y cómo tomar sus medicamentos y por qué se los recetaron? S // N
- ☐ Algunos medicamentos son caros, aún con ayuda para los copagos. ¿No puede pagar algunos de sus medicamentos? S // N
- ☐ Cada medicamento tiene efectos secundarios. ¿Tiene alguna preocupación o dudas que no le hayan contestado sobre sus medicamentos o sus efectos secundarios? S // N

HABLEMOS // SOBRE EL CONTROL DE ESFÍNTERES

- ☐ ¿El control de esfínteres es un problema para usted? S // N
- ☐ En los últimos 60 días, ¿la incontinencia urinaria ha cambiado sus actividades diarias o interferido con el sueño? S // N
- ☐ Si la fuga de orina es un problemas paras usted, ¿estaría dispuesto a intentar: S // N
  - Medicamentos S // N
  - Ejercicio S // N
  - Cirugía S // N

HABLEMOS // SOBRE SU SALUD EMOCIONAL

- ☐ ¿Cómo describiría su salud emocional? Calmada / Energética / Triste
- ☐ Durante el último mes, ¿su salud emocional (ansiedad o depresión) ha interferido con sus actividades diarias? S // N
- ☐ ¿Cuántas horas duerme por lo general cada noche? 5 o menos horas / 6-7 horas / 8 o más
- ☐ Durante el último mes, ¿ha hecho menos cosas de las que quisiera o ha sido más descuidado en el trabajo o al hacer sus actividades diarias? S // N

NOTAS