

My Wellness and Prevention Checklists

Prevention is important to staying healthy!

Please take this health checklist to your next doctor visit. Check off the items you want to discuss with your doctor. Your doctor will review the list and provide advice on care or tests. There is space for you or your doctor to write notes on what was discussed. We hope this will be a useful tool for your health care.

Patient's name: _____ Age: _____

Today's date: _____

My recommended screenings and tests¹

My annual physical exam

Notes: _____

My flu vaccine

Notes: _____

My pneumonia vaccine

Notes: _____

My lab work

Notes: _____

My diabetic eye exam/glaucoma test

Notes: _____

My colorectal cancer screening

Notes: _____

My prostate exam (males)

Notes: _____

My mammogram (females)

Notes: _____

My bone density test

Notes: _____

My dental exam

Notes: _____

Topics discussed with my doctor today

My fall prevention plan

Notes: _____

My physical activity

Notes: _____

My emotional well-being

Notes: _____

Maintaining bladder control

Notes: _____

My advance directive Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Notes: _____

My medication list

Notes: _____

My pain management plan

Notes: _____

My personal habits

Notes: _____

My next appointment

Physician name: _____

Phone number: _____

Comments/Notes:

Mis listas de verificación de prevención y bienestar

¡La prevención es importante para mantenerse saludable!

Lleve esta lista de verificación de salud a la próxima visita con su doctor. Marque los elementos que quiere analizar con su doctor. Su doctor revisará la lista y le proporcionará asesoramiento sobre la atención y las pruebas correspondientes. La lista incluye espacio para que usted o su doctor escriban notas sobre los temas que analizaron. Esperamos que sea una herramienta útil para su atención médica.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha de hoy: _____

Mis pruebas de detección y exámenes recomendados¹

Mi examen físico anual

Notas: _____

Mi vacuna contra la gripe

Notas: _____

Mi vacuna contra la neumonía

Notas: _____

Mis análisis de laboratorio

Notas: _____

Mi prueba de glaucoma/examen de la vista por la diabetes

Notas: _____

Mi examen de detección de cáncer colorrectal

Notas: _____

Mi examen de próstata (hombres)

Notas: _____

Mi mamografía (mujeres)

Notas: _____

Mi prueba de densidad ósea

Notas: _____

Mi examen dental

Notas: _____

Temas que analizamos hoy con mi doctor

Mi plan de prevención de caídas

Notas: _____

Mi actividad física

Notas: _____

Mi bienestar emocional

Notas: _____

Cómo mantener el control de la vejiga

Notas: _____

Mi directiva anticipada/órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (POLST)

Notas: _____

Mi lista de medicinas

Notas: _____

Mi plan para controlar el dolor

Notas: _____

Mis hábitos personales

Notas: _____

Mi próxima cita

Nombre del doctor: _____

Número de teléfono: _____

Notas/comentarios: