

# 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 tests<sup>1</sup>

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 recomendados<sup>1</sup>

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: