

ARE YOU AT RISK OF FALLING?



SPANISH	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO
Historia de mis caídas			
En los últimos 12 meses me he caído por lo menos una vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acerca de mis medicamentos			
Regularmente tomo tabletas para dormir, tranquilizantes o tabletas antidepresivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy tomando por lo menos 4 remedios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi nivel de actividad			
Hago menos de 30 minutos de actividad física por día casi todos los días de la semana (como caminar, hacer las tareas domésticas, jardinería o jugar a los bolos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La condición de mi salud			
Tengo, o he tenido anteriormente lo siguiente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de corazón, de tensión o de circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vahídos o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener que correr al baño o problemas de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un cambio importante y reciente en mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi equilibrio y cuando camino			
Tengo dificultades para levantarme de una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando camino me falla el equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando camino tengo dolor de pié, y / o se me hinchan los pies y /o tengo una deformación en los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi visión			
Veo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Han pasado más de 12 meses desde que me chequearon los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado que **Sí** o **No estoy seguro** a alguna de las preguntas anteriores, puede estar a riesgo de sufrir una caída.

Nombre: _____

Para obtener mayor información, durante su próxima cita hable sobre este cuestionario con su:

- > Médico
- > Terapeuta Ocupacional
- > Fisioterapeuta
- > Farmacéutico
- > Podiatra
- > Enfermero/a

This brochure has been prepared for education and information purposes only and does not constitute medical advice. The SA Department for Health and Wellbeing assumes no responsibility for the information contained in this brochure and disclaims all liability in respect of such information. Readers should not act upon such information without seeking personal professional medical advice. This questionnaire is modified from the questionnaire produced by Public Health Division, Department of Health, Western Australia.





ARE YOU AT RISK OF FALLING?

If you answered **YES** for more than one of the questions, please discuss this questionnaire during your next appointment with your Health Professional.

	YES	NO	UNSURE
My history of falling:			
I have had two or more falls in the 12 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my medications:			
I regularly take sleeping tablets or sedatives or antidepressants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have four or more different types of medications each day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my levels of exercise:			
I do less than 30 minutes of physical activity in a day on most days of the week (such as housework, gardening or bowls)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my health conditions:			
I have, or previously had the following:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problems with my heart, blood pressure or circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson's disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizziness or funny turns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A need to rush to the toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A recent major change in my health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my balance and walking:			
I have difficulty getting up from a chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel unsteady when walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My foot/feet are painful, or swollen or mis-shapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my eyesight:			
I have poor eyesight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It has been more than two years since my eyes were tested	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>