

## Evaluando su Riesgo de Caerse

Por favor conteste este cuestionario para que su médico le ayude a mantenerse activo e independiente.

| Por favor marque <input type="checkbox"/> Sí ó <input type="checkbox"/> No para cada una de las siguientes frases. |                                 |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí (2)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Me he caído en este último año.                                                         |
| <input type="checkbox"/> Sí (2)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Uso o me han recomendado que use un bastón o un andador para moverme con mas seguridad. |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | A veces me siento sin equilibrio/inestable cuando camino.                               |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Me apoyo en los muebles cuando camino dentro de mi casa.                                |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Me preocupa el caerme.                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Necesito apoyarme con las manos y empujar para poder pararme de una silla.              |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Tengo dificultad en subir la vereda o acera.                                            |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Seguido tengo que correr al baño.                                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | He perdido la sensibilidad en mis pies.                                                 |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Tomo medicina que a veces me mareo o me hace sentir mas cansancio de lo normal.         |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Tomo medicina que me ayuda a dormir o a mejorar mi ánimo.                               |
| <input type="checkbox"/> Sí (1)                                                                                    | <input type="checkbox"/> No (0) | Seguido me siento triste o deprimido.                                                   |
| Total _____                                                                                                        |                                 | Su médico hablará con usted acerca de su puntaje.                                       |

**El Proyecto para  
Prevenir Accidentes,  
Muerte, y Lesiones  
(STEADI por sus  
siglas en Ingles)**

**Departamento de Medicina  
Interna y Geriátría de OHSU**

## **Resumen del Proyecto STEADI**

Las herramientas de STEADI (por sus siglas en Ingles), fueron desarrolladas por el Centro Para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en Ingles) para ayudarle a los médicos a usar las guías de prevención de caídas mas recientes en su práctica. El CDC ha apoyado económicamente a tres Programas de Prevención de Caídas en: Oregon, Colorado, y New York. El Departamento de Medicina Interna y Geriatría de OHSU es la primera clínica en Oregon en implementar las herramientas de STEADI.

Usted ha recibido esta Evaluación de Riesgo de Caerse (del otro lado de la página) porque su edad es de 75 años o más, y su médico esta participando en este proyecto de STEADI. Estamos dedicados a evaluar su riesgo de caerse y ayudarle a desarrollar un plan con pasos específicos para reducir su riesgo de caerse.

## **Lo que puede anticipar durante su cita:**

1. Recibirá una evaluación de su riesgo de caídas por lo menos una vez al año.
2. Antes de su cita, por favor llene el cuestionario que esta del otro lado de esta hoja.
3. Si su evaluación muestra que usted esta a riesgo de caídas, su asistente médico le revisará su vista, su presión, y le tomará el tiempo mientras usted camina por el pasillo de un lado al otro.
4. Su médico revisará los resultados de estos examenes, y si es necesario, hará un repaso de cualquier enfermedad o medicamento que pueda estar afectando su riesgo de caerse. Trabajaré con usted para desarrollar un plan que reduzca su riesgo de caerse. Esta evaluación puede ocurrir hoy o en un futuro cercano.

## **Lo que usted puede hacer para prevenir caídas:**

- Haga ejercicio con regularidad.
- Haga una revisión de sus medicinas.
- Hágase un examen de sus ojos.
- Haga mas seguro su hogar:
  - Reduzca la acumulación de cosas que puedan causar tropiezos.
  - Quite los tapetes.
  - Mantenga a la mano los artículos que usa con frecuencia.
  - Instale barandillas dentro y afuera de la tina o regadera y junto a la taza de baño.
  - Use tapetes con antideslizante en la tina o regadera.
  - Mejore la iluminación en su hogar.
  - Instale barandillas y luces por los escalones.
  - Use zapatos dentro y fuera del hogar. Evite andar descalzo o en chancletas.
  - Pida una evaluación de la seguridad de su hogar con un