

COMPLETE ESTE BREVE FORMULARIO Y ENTRÉGUELO A SU FARMACÉUTICO

NOMBRE DE PILA

INICIALES NÚMERO

EDAD menor de 65 65 a 74 mayor de 74

SEXO hombre mujer

¿Pasa la mayor parte del día sentado/a?

Sí No

¿Se encuentra encamado/a la mayor parte del día?

Sí No

¿Cuántos comprimidos toma al día en total?

ninguno menos de 5 más de 5

¿Necesita apoyo para caminar? Sí No

¿Necesita asistencia para comer? Sí No

¿Necesita ayuda cuando va al inodoro? Sí No

¿Tiene incontinencia urinaria? Sí No

¿Necesita ayuda para asearse? Sí No

Normalmente se asea en: Ducha Bañera

¿Tiene dolores musculares y/o espalda? Sí No

¿Le gusta cuidarse y llevar una

Vida Sana? Sí No

MUCHAS GRACIAS

Entregue el formulario a su farmacéutico,
él le entregará su informe y le aconsejará
de modo personalizado.

