

Lista de control de riesgos de caídas para cuidadores

Responda cada pregunta con "Sí" o "No" si corresponde a su ser querido.



Pregunta:

1. ¿La persona que cuida tiene 65 años o más?
2. ¿Tiene él/ella 3 o más problemas de salud que hayan sido diagnosticados por un médico?
3. ¿Él/ella se ha caído en los últimos 3 meses?
4. ¿Él/ella ha tenido episodios recientes de incontinencia? Esto incluye incontinencia tanto de día como de noche, y también dificultad para llegar a tiempo al baño.
5. ¿La persona a la que cuida tiene problemas de la vista? Si tiene receta para anteojos o lentes de contactos, marque "Sí" si no los utiliza todo el tiempo en la casa.
6. ¿Tiene él/ella alguna dificultad con las actividades diarias como vestirse, cepillarse los dientes y el cabello, bañarse, ir al baño, comer o preparar comidas? Esto incluye utilizar el bastón, caminador o silla de ruedas para desplazarse.
7. ¿Hay áreas poco iluminadas, mascotas, desorden u otros elementos en casa que puedan hacer tropezar a su ser querido? Esto incluye bombillos de luz faltantes o tenues, cables de lámparas, tubos de equipamientos médicos, pisos o escaleras irregulares, objetos que necesitan una escalera o un banquillo para alcanzarlos, tapetes y cualquier cosa apilada en el suelo.
8. ¿Él/ella toma 4 o más medicamentos recetados?
9. ¿La persona a la que cuida experimenta dolor al moverse? Esto incluye tanto un dolor permanente con un movimiento específico como dolor que va y viene.
10. ¿Él/ella tiene problemas de memoria o pensamientos confusos? Esto incluye gente que muestra síntomas de demencia senil o de enfermedad de Alzheimer, que se confunden fácilmente, o que aparentan falta de criterio o de memoria.

Sí No

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Resultado total:

Sí _____ No _____

***Si respondió "Sí" a 4 preguntas o más, su ser querido tiene altos riesgos de caídas. Consulte los consejos para la prevención de caídas.**

Información provista por



Suministros médicos para el cuidado en el hogar desde 1957

