

CUESTIONARIO DE RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

Género: Femenino Masculino

¿Se ha caído más de dos veces en el año pasado? Si No

¿Ha recibido daño físico al caerse durante el año pasado? Si No

¿Fueron estas caídas como consecuencia de un comienzo de repente de parálisis. Ataque epiléptico o demasiada fuerza externa Si No

Firma del Paciente

Fecha: