

DATOS DEL INFORMANTE

INSTRUCCIONES: Este reporte debería de ser completado por él infórmate. El INFORMANTE se define como la persona que provee información sobre o a otro individuo.

INFORMACION SOBRE: _____
(Nombre del Paciente)

NOMBRE DEL INFORMANTE: _____

1. Su mes/año de nacimiento: _____
2. Su sexo: __ Masculino __ Femenino
3. Es usted de etnicidad Hispánica o Latina? __ Sí __ No
 - Si su respuesta es SI, cuáles son sus orígenes?
 - __ Mexicano/Chicano/México-Americano __ Puertorriqueño
 - __ Cubano __ Dominicano __ Centroamericano
 - __ Sudamericano __ Otro (especifique) _____ __ Desconocido
4. Cuál es su raza? (Raza se divide en las siguientes categorías. Escoja la que considere se le aplica a usted)
 - __ Blanco __ Afroamericano __ Nativo Americano o Nativo de Alaska
 - __ Asiático __ Hawaiano o Isleño del Pacífico
 - __ Otro (especifique) _____ __ Desconocido
5. Raza adicional con la que usted se identifica?
 - __ Blanco __ Afroamericano __ Nativo Americano o Nativo de Alaska
 - __ Asiático __ Hawaiano o Isleño del Pacífico
 - __ Otro (especifique) _____ __ Desconocido
6. Nivel educativo: Cuantos años escolares atendió? (Incluya de primaria a universidad si se le aplica) _____
7. Cuál es su relación al paciente?
 - __ Espos(a)/pareja __ Hijo(a) __ Hermano(a)
 - __ Otro parentesco __ Amigo(a)/Vecino(a) __ Empleado como cuidador
 - __ Otro (especifique) _____
8. Vive usted con el paciente? __ Si __ No
 - Si NO, frecuencia de contacto en persona:
 - __ A diario __ Por lo menos 3x/semana __ Semanal
 - __ Por lo menos 3x/mes __ Mensual __ Menos de una vez al mes
 - Si NO, frecuencia de contacto telefónico:
 - __ A diario __ Por lo menos 3x/semana __ Semanal
 - __ Por lo menos 3x/mes __ Mensual __ Menos de una vez al mes

NOMBRE DEL PACIENTE <i>(Name)</i>		
FECHA DE NACIMIENTO <i>(Date of birth)</i>		
FECHA <i>(Date)</i>		
NOMBRE DE LA PERSONA COMPLETANDO EL CUESTIONARIO: (Si usted no es el paciente, por favor responda las preguntas en nombre del paciente.) <i>(Name of person completing questionnaire: If other than patient. Please respond to questions on behalf of patient above.)</i>		
RELACIÓN CON EL PACIENTE <i>(Relationship to patient):</i> ¿CON QUÉ FRECUENCIA PASA TIEMPO CON EL PACIENTE: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 3 Meses <input type="checkbox"/> Cada 6 Meses <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> <i>(How often do you spend time with patient: Daily <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Every 3 month <input type="checkbox"/> Every 6 month <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/>)</i>		
Marque todo lo que corresponda: <i>(Question: check all that apply)</i>	YES	Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: <i>(Please provide additional comments if necessary)</i>
¿Tiene usted algún problema con su memoria? <i>(Do you have any problems with memory?)</i>		
¿Pierde artículos con frecuencia (por ejemplo, teléfono, llaves)? <i>(Do you misplace items often (e.g., phone, keys)?)</i>		
¿Usted confía más en recordatorios escritos? <i>(Do you rely more on notes?)</i>		
¿Tiene usted más problemas con su memoria reciente (conversaciones, eventos recientes) en comparación con su memoria de permanente? <i>(Do you have trouble with recent memory (conversations, recent events) compared to remote memory?)</i>		
¿Usted hace preguntas repetitivas (las mismas preguntas con frecuencia)? <i>(Do you ask repetitive questions?)</i>		
¿Tiene dificultad para expresar con palabras, dificultad para entender palabras o conversaciones? <i>(Do you have difficulty expressing words, difficulty understanding words or conversations?)</i>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Tiene dificultades para encontrar la palabra o el nombre que desea utilizar? (Do you have difficulty finding the word or name you want to use?)</p>		
<p>¿Tiene dificultad para entender lo que la gente le dice? (Do you have difficulty understanding what people are saying to you?)</p>		
<p>¿Dificultad para pronunciar palabras que le resultaban fáciles de pronunciar en el pasado? (Difficulty pronouncing words that were easy for you to pronounce in the past?)</p>		
<p>¿Tiene dificultades para planificar, comenzar o terminar tareas complicadas en casa o en el trabajo? (Do you have difficulty planning, starting or finishing complicated tasks at home or at work?)</p>		
<p>¿Su casa u oficina está tan ordenada y organizada (limpia) como antes? (Is your home or office as neat and organized/clean as it used to?)</p>		
<p>¿Tiene problemas en terminar las tareas por que se distrae fácilmente? (Do you have problems finishing a task because you get distracted easily?)</p>		
<p>¿Se pierde mientras camina o conduce su auto? (Do you get lost while walking or driving?)</p>		
<p>¿Tiene dificultades para encontrar lugares familiares (caminando o conduciendo), es decir, supermercado, oficina de correos, casa de un amigo, etc.? (Do you have difficulty finding familiar places (walking or driving) i.e. grocery store, post office, friend's house, etc?)</p>		
<p>¿Usted se pierde en una tienda o restaurante conocido? (Do you get lost in a familiar store or restaurant?)</p>		
<p>¿Tiene usted dificultad para ver las cosas claramente o para juzgar la distancia correctamente? (Do you have difficulty seeing things properly or judging distances properly?)</p>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Su auto muestra evidencia de golpes o rayones? (Does your motor vehicle show evidence of damage?)</p>		
<p>¿Tiene dificultad para acomodarse y para sentarse en una silla? (Do you have difficulty figuring out how to position yourself/themselves to sit in a chair?)</p>		
<p>¿Usted se queja de dificultad para ver mientras lee? (Do you complain of difficulty seeing while reading?)</p>		
<p>¿Usted se queja de que sus ojos no funcionan? (Do you complain that your eyes don't work?)</p>		
<p>¿Usted tiene problemas para ver las cosas que están en frente de usted? (Do you have trouble seeing things that are right in front of you?)</p>		
<p>¿Usted tiene dificultad para reconocer a personas? (Do you have difficulty recognizing people?)</p>		
<p>¿Ha notado cambios en su estado de ánimo? (Have you noticed changes in your mood?)</p>		
<p>¿Usted llora mucho? (Do you cry a lot?)</p>		
<p>¿Usted se siente sin esperanza sobre su vida o futuro? (Do you feel hopeless about life or about the future?)</p>		
<p>¿Se siente usted inútil o mal con usted mismo? (Do you feel worthless or bad about yourself?)</p>		
<p>¿Ha perdido la motivación o la energía para hacer cosas que solía disfrutar? (Have you lost motivation or energy to do things you used to enjoy?)</p>		
<p>¿Ha disminuido su interés en actividades sociales? (Do you have decreased interest in social activities?)</p>		
<p>¿Siente usted que ha disminuido su interés en la iglesia o grupos comunitarios? (Do you have decreased interest in church or community groups?)</p>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Siente usted que ha disminuido su interés en sus pasatiempos? (Do you have decreased interest in hobbies?)</p>		
<p>¿Se enoja usted más fácilmente? (Do you become angry more easily?)</p>		
<p>¿Se enoja usted por cosas que no le habrían molestado en el pasado? (Do you get angry about things that would not have bothered you in the past?)</p>		
<p>A veces tenemos pacientes que parecen olvidar cómo comportarse en público. ¿Ha tenido usted problemas con su comportamiento en público? (Sometimes we have patients who seem to forget how to behave in public. Has this been an issue for you?)</p>		
<p>¿Ha hecho algo que pueda haber sido vergonzoso para la familia? ¿por ejemplo, llamar a la gente gorda en público cuando es posible que escuchen? (Have you done anything that may have been embarrassing to the family? e.g., calling people fat in public when they might hear?)</p>		
<p>¿Usted cuenta chistes de doble sentido en situaciones inapropiadas? (Have you ever told dirty jokes in inappropriate situations?)</p>		
<p>¿Alguna vez ha contado usted temas personales, sobre sí mismo o de la familia, a extraños? (Have you ever told personal things about yourself or family to strangers?)</p>		
<p>¿Alguna vez ha tomado usted comida de platos de extraños en restaurantes? (Have you ever eaten off of other people's plates at restaurants?)</p>		
<p>¿Usted ha experimentado algún problema con creencias que son raras o poco realistas? (Have there been any problems with beliefs that are unusual or not realistic?)</p>		
<p>¿Siente usted que alguien quiere hacerle daño? (Do you feel like someone is out to get you?)</p>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Siente usted que tiene poderes especiales o relaciones con personas famosas o poderosas? (Do you feel like you might have special powers or special relationships with famous or powerful people?)</p>		
<p>¿Ha visto o escuchado usted algo que podría no está ahí (que otras personas no pueden ver ni escuchar)? (Have you been seeing or hearing anything that might not be there (or others can't see or hear)?)</p>		
<p>¿Se ha obsesionado usted con ciertas ideas que no puede sacar de su mente o ha desarrollado rituales específicos? (Have you become fixated on certain ideas that you can't get out of your head or have developed any specific rituals?)</p>		
<p>¿Se ha obsesionado usted con ciertas ideas políticas o religiosas? (Do you have any obsessions with certain political or religious ideas?)</p>		
<p>¿Se ha obsesionado usted con horarios o rutinas que necesita desempeñar con exactitud? (Do you have any obsessions about timing or routine being adhered to precisely?)</p>		
<p>¿Se ha obsesionado usted con juegos, películas, o alguna forma de recreo específica? (Do you have any obsessions with specific games, movies or specific forms of entertainment?)</p>		
<p>¿Ha experimentado usted cambio en el patrón de sueño? (Any changes in sleep?)</p>		
<p>¿Despierta usted varias veces durante la noche? (Do you wake up a lot in the middle of the night?)</p>		
<p>¿Tiene usted problemas en conciliar el sueño? (Do you have problems falling sleep?)</p>		
<p>¿Su pareja le ha informado su conyugue que puede tener problemas en su comportamiento durante sus sueños (gritar, grita o golpea)? (Has your partner reported that you may have problems acting out dreams (yelling, screaming, hitting)?)</p>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Usted ronca? (Do you snore?)</p>		
<p>¿Alguna vez le ha informado su conyugue que deja de respirar mientras duerme? (Has your partner ever reported that you may have breathing stoppages while you sleep?)</p>		
<p>¿Se mantiene usted soñoliento durante el día? (Are you sleepy during the day?)</p>		
<p>¿Ha notado usted cambios en sus hábitos alimenticios? (Have there been changes in your eating habits?)</p>		
<p>¿Come usted más, o menos de lo habitual? (Have you been eating more or less than usual?)</p>		
<p>¿Ha subido usted de peso sin querer? (Have you had any unintentional weight gain?)</p>		
<p>¿Ha bajado usted de peso sin querer? (Have you had any unintentional weight loss?)</p>		
<p>¿Se le antoja comer comida especifica con frecuencia? (Do you want to eat specific foods all the time?)</p>		
<p>¿Se le antoja comer cosas dulces con más frecuencia de lo normal? (Do you want to eat sweets or carbohydrates more than you used to?)</p>		
<p>¿Usted parece menos preocupado por las necesidades y los problemas de los demás? (Do you seem less concerned about others' needs, problems?)</p>		
<p>¿Siente que usted no reacciona apropiadamente en caso de emergencia/cuando alguien necesita su ayuda? (Do you feel you are not reacting appropriately in an emergency or when someone needs help?)</p>		
<p>¿Siente que usted no reacciona emocionalmente cuando a alguien le pasa algo triste o feliz (por ejemplo, una pérdida, un logro importante)</p>		

<i>(Do you feel you are not reacting emotionally when someone has a particularly sad or happy event (e.g., a loss or major achievement)?)</i>		
Marque todo lo que corresponda: <i>(Question: check all that apply)</i>	YES	Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: <i>(Please provide additional comments if necessary)</i>
¿A usted le parece que tiene más riesgo de ser estafado o ser víctima de fraude? <i>(Do you seem to be more open to scams or solicitations?)</i>		
¿Ha comprado usted varias revistas u ofertas por internet? <i>(Have you been buying lots of magazines or online offers?)</i>		
¿Ha sido usted engañado por un trato comercial sospechoso? <i>(Have you ever been fooled by a suspicious business arrangement?)</i>		
¿Tiene usted temblores involuntarios en manos, brazos, piernas o barbilla (mentón)? <i>(Do you have involuntary shaking in your hands, arms, legs or chin?)</i>		
¿Ha notado usted sus extremidades rígidas o tensas? <i>(Do your limbs feel rigid or stiff?)</i>		
¿Puede usted girar su cabeza y cuello fácilmente? <i>(Are you able to turn your head and neck easily?)</i>		
¿Ha notado usted si sus movimientos corporales son más lentos (ralentizado)? <i>(Have your movements been slowing down?)</i>		
¿Camina Usted más despacio de lo normal? <i>(Are you walking slower?)</i>		
¿Le toma a usted más tiempo de lo normal para abrochar su camisa? <i>(Does it take you longer to button your shirt?)</i>		
¿Ha notado usted si su letra es más pequeña cuando escribe? <i>(Is your handwriting smaller?)</i>		
¿Ha experimentado cambios en su habilidad de caminar? <i>(Have you had changes in your ability to walk?)</i>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

Marque todo lo que corresponda: <i>(Question: check all that apply)</i>	YES	Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: <i>(Please provide additional comments if necessary)</i>
¿Camina usted agachado (encorvado)? <i>(Are you stooped over when walking?)</i>		
¿Arrastra usted lo pies cuando camina? <i>(Do you drag your feet when you walk?)</i>		
¿Ha notado usted si sus pasos son acortados o se traba al caminar? <i>(Are your steps shorter or do you get stuck when walking?)</i>		
¿Ha tenido usted caídas en los últimos dos años? <i>(Have you fallen down in the past couple of years?)</i>		
¿Si, es así, cuántas veces se ha caído? <i>(If yes, how many times have you fallen?)</i>		
¿Cuál fue la razón de las caídas? (Se tropezó, tenía debilidad de sus piernas, perdió el balance, por inestabilidad) <i>(What were the circumstances of the falls? (Tripping, weakness of legs, loss of consciousness, unsteadiness)</i>		
¿Se siente usted inestable cuando está de pie? <i>(Do you feel unsteady on your feet?)</i>		
¿Se siente usted más débil de un lado de su cuerpo que del otro? <i>(Are you weaker on one side of your body than the other?)</i>		
¿Ha tenido usted un derrame cerebral (apoplejía)? <i>(Have you had a stroke?)</i>		
¿Tiene usted problemas al usar una mano? <i>(Do you have trouble using one hand?)</i>		
¿Usted cojea o arrastra un pie al caminar? <i>(Are you limping or dragging one foot?)</i>		
¿Ha experimentado movimientos involuntarios en sus extremidades, tal como tirones, o espasmos? <i>(Do you have involuntary movement of your limbs, such as jerking or twitching?)</i>		
¿Ha experimentado algún cambio en su musculatura? <i>(Have you had changes to your muscles?)</i>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Ha perdido usted masa muscular? (Have you lost muscle mass?)</p>		
<p>¿siente que sus músculos están débiles? (Are your muscles weaker?)</p>		
<p>¿Alguno de sus músculos se ha vuelto más pequeño? (Have any of your muscles become smaller?)</p>		
<p>¿Usted ha notado como si uno de su brazos se comporta como si no le perteneciera?? (Does one of your arms behave as if it doesn't belong to you?)</p>		
<p>¿Ha notado usted si (desabotonó su camisa / agarró algo) sin su conocimiento o control? (Has your arm (unbuttoned your shirt/grabbed something) without your awareness or control?)</p>		
<p>¿Usted ha tenido dificultad para hablar? (Have you had slurring of your speech?)</p>		
<p>¿Cuándo usted habla suena como si estuvieras borracho? (Does your speech sound as if you are drunk?)</p>		
<p>¿Ha tenido usted problemas para tragar? (Have you had trouble swallowing?)</p>		
<p>¿Usted tose o se ahoga cuando come o bebe? (Have you coughed or choked when eating or drinking?)</p>		
<p>¿Tiene dificultad al tragar (pasar) líquidos o alimentos solidos? (Have you had any other difficulty swallowing liquids or solid foods?)</p>		
<p>¿Hay algún miembro de su familia con "problemas de salud mental, demencia, Parkinson u otros problemas neurológicos"? Por ejemplo: enfermedad de Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión (Are there any members of your family with "mental health problems, dementia, Parkinson's or other neurological problems"? For example: Alzheimer's disease, Parkinson's, schizophrenia, bipolar, depression)</p>		

ACCT-AD pre-visit patient questionnaire version-20.1
Spanish-English

<p>Marque todo lo que corresponda: (Question: check all that apply)</p>	<p>YES</p>	<p>Por favor provea comentarios adicionales si es necesario: (Please provide additional comments if necessary)</p>
<p>¿Ha tenido usted algún cambio en su capacidad para manejar las actividades básicas de la vida diaria debido a cambios en la memoria o el pensamiento? (Have you had any changes in your ability to manage basic activities of daily living due to changes in memory or thinking?)</p>		
<p>¿Puede usted bañarse sin ayuda? (Are you able to bathe without assistance?)</p>		
<p>¿Puede usted vestirse solo(a)? (Can you dress independently?)</p>		
<p>¿Usted puede usar el baño (hacer pis o excretar) sin tener accidentes? (Are you able to manage your bladder and bowels without accidents?)</p>		
<p>¿Ha notado usted algún cambio en su capacidad de administrar las tareas del hogar debido a problemas con su memoria o el pensamiento? (Has there been a change in your ability to manage your household due to problems with memory or thinking?)</p>		
<p>¿Puede usted hacer las compras de la casa? (Are you able to manage shopping?)</p>		
<p>¿Paga usted sus facturas a tiempo? (Are you able to pay your bills on time?)</p>		
<p>¿Puede usted cumplir con tareas o quehaceres de la casa? (Are you able to complete household chores or projects?)</p>		
<p>¿Alguna vez has dejado la estufa encendida? (Have you ever left the stove on?)</p>		
<p>¿Puede usted seguir recetas? (Can you follow recipes?)</p>		
<p>¿Sigue usted conduciendo su propio automóvil? (Are you still driving?)</p>		
<p>¿Tiene usted dificultad para terminar sus tareas del trabajo? (Are you having trouble completing tasks at work?)</p>		

<p>¿Ha sido despedido (desansado) de su trabajo por no poder terminar sus tareas laborales? <i>(Have you lost your job because of trouble completing tasks at work?)</i></p>		
--	--	--

Gracias por completar el cuestionario para pacientes con dificultades cognitivas. Su opinión es muy valiosa para una evaluación completa. Si es necesario, por favor proporcione información adicional en el espacio de abajo.
(Thank you for completing the cognitive complaints patient questionnaire. Your input is very valuable for a thorough evaluation. Please feel free to provide your physician further information below if necessary.)

MRN# _____

GERIATRIC NEUROBEHAVIOR AND ALZHEIMER CENTER
RANCHO LOS AMIGOS REHABILITATION HOSPITAL

Cuestionario de Historia de la Salud

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

EDUCACIÓN: _____

HANDEDNESS: DERECHO _____ IZQUIERDA _____

QUIEN LO REFIRO A NUESTRA CLINICA NEUROLOGÍA?

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: (Describa la razón por la que está siendo visto. Si ha experimentado una lesión, por favor describa cómo pasó):

HISTORIA MÉDICA PASADA: (Describa cualquier problema médico que haya tenido en el pasado o actualmente tenga, y el año en que fueron diagnosticados):

HISTORIAL DE CIRUGIAS: (Por favor lista todas las cirugías que ha tenido en el pasado. Lista fecha apropiada, tipo de cirugía, nombre del hospital y el nombre del médico).

NOMBRE DEL PACIENTE :

POR FAVOR MARQUE SI USTED HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES Y LAS FECHAS:

	Fecha aproximada		Fecha aproximada		Fecha aproximada
<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre
<input type="checkbox"/>	Presión Alta	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	Colitis
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesicular biliar	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de huesos
<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	Pleuritis	<input type="checkbox"/>	Piedras en el riñón	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello
<input type="checkbox"/>	Otros problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Problema de los ojos
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Problema del oído
<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Tropical		

REVISION DEL SISTEMA

<input type="checkbox"/>	GENERAL	<input type="checkbox"/>	Sequedad	<input type="checkbox"/>	Pies o piernas hinchadas	<input type="checkbox"/>	Secreción del pene de la vagina
<input type="checkbox"/>	Aumento de peso reciente/cantidad	<input type="checkbox"/>	Se siente como algo en ojo	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Ganas frecuentes de orinar
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente/cantidad	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Soplos cardíacos	<input type="checkbox"/>	Levantarse por la noche pasar orina
<input type="checkbox"/>	Fatiga			<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Sequedad vaginal
<input type="checkbox"/>	Debilidad		Boca	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea, úlceras
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Dolor en la lengua	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	Dificultades sexuales
		<input type="checkbox"/>	Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	Problemas de próstata
	SISTEMA NERVIOSO	<input type="checkbox"/>	Dolor en la boca		ESTÓMAGO & INTESTINOS		PSICOLOGÍA
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Triste/deprimido
<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	Sequedad	<input type="checkbox"/>	Vómitos de sangre o de café	<input type="checkbox"/>	Feliz/ansiedad
<input type="checkbox"/>	Desmayo			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hábitos de comportamiento repetitivos
<input type="checkbox"/>	Espasmos musculares		GARGANTA		material de tierra	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la conciencia	<input type="checkbox"/>	Frecuentes dolor en la garganta	<input type="checkbox"/>	Relevado por el dolor de estómago		
<input type="checkbox"/>	Sensibilidad o dolor de manos o pies	<input type="checkbox"/>	Ronquera		comida o con leche		SISTEMA ENDOCRINO
<input type="checkbox"/>	Cara de entumecimiento o hormigueo	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la Pasar saliba	<input type="checkbox"/>	Amarillo ictericia	<input type="checkbox"/>	Excesiva sed/hambre
<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular			<input type="checkbox"/>	Estreñimiento que progresa	<input type="checkbox"/>	Descarga de pezones
<input type="checkbox"/>	Sensibilidad muscular		CUELLO	<input type="checkbox"/>	Diarrea persistente		
<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	Inflamación de los ganglios	<input type="checkbox"/>	Sangre en heces		PIEL
		<input type="checkbox"/>	Glándulas sensibles	<input type="checkbox"/>	Heces negras	<input type="checkbox"/>	Moretones fácil/cantidad
	Oídos			<input type="checkbox"/>	Ardor de estómago	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento
<input type="checkbox"/>	Zumbido en oídos		CORAZÓN y PULMONES			<input type="checkbox"/>	Ronchas
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	RIÑÓN, ORINA, VEJIGA	<input type="checkbox"/>	Colmenas
		<input type="checkbox"/>	Latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	Sensible al sol
	Ojos	<input type="checkbox"/>	Cambios bruscos de latido del corazón	<input type="checkbox"/>	Dolor o picadura al orinar	<input type="checkbox"/>	apretada
<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	Pérdida de cabello
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la respiración por la noche	<input type="checkbox"/>	Orina turbia "ahumado"	<input type="checkbox"/>	Nódulos/golpes
<input type="checkbox"/>	Visión doble o borrosa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pus en la orina	<input type="checkbox"/>	Cambios de color de Mano o los pies del frío

**ARTICULACIONES/
HUESOS**

- Tiesura de la mañana
¿Cuánto tiempo dura?
Hrs ____Min
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones

SANGRE

- Anemia
- Tendencia de la sangría

NARIZ

- Hemorragias nasales
- Pérdida del olfato
- Sequedad

PESO

- Sí No Aumentado, disminuido
O sigue siendo la misma
En ¿los últimos 2 años?
- Sí No

I have reviewed and confirmed all the data mentioned on this page.

Physician's name (Please Print)

Physician's Signature

Date

NOMBRE: _____

HISTORIA FAMILIAR

	Viviendo		Fallecido,	
	Edad:	Salud (describir cualquier enfermedad grave)	Edad:	Causa
Madre	_____	_____	_____	_____
		_____		_____
Padre	_____	_____	_____	_____
		_____		_____
Hermanas	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Niños	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____



**Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center – University of Southern California
Los Amigos Research and Education Institute, Inc.**

7601 Imperial Hwy. Downey, HB1018 STE 7, CA 90242
PH: (562) 385-8130 • FAX: (562) 803-6900

*** POR ESTE MEDIO AUTHORIZO A:**

Hospital / Organización :		
Médico :		
Dirección :		
Número de teléfono :		Fax:

*** PARA OTORGAR INFORMACIÓN A :**

Nombre del paciente:	
Fecha de nacimiento:	

*** PARA LOS SIGUIENTES REGISTROS MÉDICOS :**

PROGRESS OFFICE NOTES:	
LABS:	
MEDICATION LIST:	
NEUROPSYCH TEST:	
EEG:	
*MRI SCAN - CD DISK & REPORT	
*PET SCAN - CD DISK & REPORT	
*CT SCAN - CD DISK & REPORT	
OTHER:	

** Please note that all scans should be mailed in a CD disk format with its corresponding report.*

*** PLEASE MAIL/FAX TO:**

Veronica Mendez, Clinical Coordinator
Geriatric Neurobehavior and Alzheimers Center
Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center
7601 Imperial Hwy. HB1018, STE 7
Downey, CA 90242

FAX: 562-803-6900
PHONE: 562-385-8130



Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Cuestionario sobre COVID-19

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Cuidador(a): _____

- 1) **¿Ha dado positivo en alguna ocasión al virus de COVID-19?**
 Si No
- 2) **¿Se ha contagiado con el virus COVID -19?**
 Si No No sé
- 3) **¿Ha sido hospitalizada(o) por la enfermedad?**
 Si No
- 4) **¿Si fue hospitalizada(o) le ingresaron a la sala de cuidados intensivos (UCI)?**
 Si (Vaya a la pregunta 5) No (Vaya a la pregunta 6)
- 5) **Si usted fue admitido en la UCI, ¿Fue colocado en un ventilador?**
 Si No
- 6) **Si se contagió de covid-19, ¿cuál de los siguientes síntomas tuvo?**
 Fiebre ó escalofríos Dolor de cabeza Perdida del olfato
 Dolor de garganta Dificultad respiratoria Tos
 Confusión Somnolencia Derrame cerebral
 Otros síntomas: _____
- 7) **¿Se ha vacunado contra el COVID -19 el paciente y el/la cuidador(a)?**
 Si No