

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 Hispana 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 Pacifico	
__ 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 Pacifico	
__ 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?

__ Esposo(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

LISTA DE VERIFICACION DEL COMPORTAMIENTO- ADDTC

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Cuidador (persona que llena este formulario): _____

Relación con el paciente: _____

Pasa la mayor parte del día con el paciente?


Este cuestionario contiene una lista de problemas de comportamiento o tipos de cambio en el comportamiento. Por favor circule sí o no para indicar si el comportamiento ha estado presente durante los últimos seis meses, aún cuando usted no lo considere como problema.

Después, por cada comportamiento, indique con una X la frecuencia con la que ha ocurrido durante el último mes de la siguiente manera:

- Nunca** Jamás ha ocurrido en el último mes.
- Raramente** Ha ocurrido una o dos veces en el último mes.
- Semanalmente** Ha ocurrido una vez por semana o cada cuantos días.
- Diariamente** Ha ocurrido casi cada día o diariamente.
- Constantemente** Ha ocurrido muchas veces cada día.

Estuvo presente este síntoma durante los últimos 6 meses? 	SI LA RESPUESTA ES SÍ Cuántas veces en el último mes?				
	Nunca	Raramente	Semanalmente	Diariamente	Constantemente
1. Es olvidadizo(a) o tiene mala memoria.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Se confunde o se desorienta.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Es fácilmente distraído(a)	_____	_____	_____	_____	_____
4. Tiene problemas al expresarse verbalmente.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Se pierde fácilmente.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Habla de sentirse triste o deprimido.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Se pone lagrimoso(a).	_____	_____	_____	_____	_____
8. Habla de ser un fracaso, de ser inútil o de sentirse s/n valor.	_____	_____	_____	_____	_____
9. Habla de cosas que ha hecho mal.	_____	_____	_____	_____	_____
10. Se queja de problemas con el pensamiento o concentración.	_____	_____	_____	_____	_____
11. Dice que la vida no tiene valor.	_____	_____	_____	_____	_____
12. Habla de suicidio.	_____	_____	_____	_____	_____
13. Se preocupa dem/s pro cosas pequeñas.	_____	_____	_____	_____	_____
14. Tiene etapas de p/nico o extrema ansiedad.	_____	_____	_____	_____	_____

Estuvo presente este síntoma durante los últimos 6 meses?	SI LA RESPUESTA ES SÍ				
	<u>Cuántas veces en el último mes?</u>				
	Nunca	Raramente	Semanalmente	Diariamente	Constantemente
15. Tiene miedo irracional de objetos or situaciones.	_____	_____	_____	_____	_____
16. Hace comentarios sexuales inapropiados.	_____	_____	_____	_____	_____
17. Su conducta sexual es inapropiada.	_____	_____	_____	_____	_____
18. Manifiesta conducta vergonsoza o inapropiada.	_____	_____	_____	_____	_____
19. Vaga.	_____	_____	_____	_____	_____
20. Se pasea de ida y vuelta.	_____	_____	_____	_____	_____
21. Sigue al cuidador a dondequiera que vaya.	_____	_____	_____	_____	_____
22. Esconde o atesora cosas	_____	_____	_____	_____	_____
23. Toma parte en actividades sin sentido.	_____	_____	_____	_____	_____
24. Repite la misma conducta una y otra vez.	_____	_____	_____	_____	_____
25. Repite preguntas o historias.	_____	_____	_____	_____	_____
26. Es inquieto, no puede sentarse quieto(a).	_____	_____	_____	_____	_____
27. Se queja de insomnio.	_____	_____	_____	_____	_____
28. Se le dificulta dormir de noche.	_____	_____	_____	_____	_____
29. Se queja de dormir demás.	_____	_____	_____	_____	_____
30. Duerme demás.	_____	_____	_____	_____	_____
31. Le ha aumentado el apetito.	_____	_____	_____	_____	_____
32. Tiene muy poco apetito.	_____	_____	_____	_____	_____
33. Ha subido de peso.	_____	_____	_____	_____	_____
34. Ha perdido peso.	_____	_____	_____	_____	_____
35. Es violento(a) con otra gente.	_____	_____	_____	_____	_____
36. Golpea, pateo o avienta objetos de coraje.	_____	_____	_____	_____	_____
37. Tiene arrebatos verbales de ira.	_____	_____	_____	_____	_____
38. Incooperativo con su cuidador.	_____	_____	_____	_____	_____
39. Es irracionalmente celoso(a).	_____	_____	_____	_____	_____
40. Es muy sospechoso(a).	_____	_____	_____	_____	_____
41. Cree que otros conspiran en su contra o quieren hacerle daño.	_____	_____	_____	_____	_____
42. Tiene una creencia irreal de que tiene una enfermedad seria o un problema físico.	_____	_____	_____	_____	_____

Estuvo presente este síntoma durante los últimos 6 meses?	SI LA RESPUESTA ES SÍ <u>Cuántas veces en el último mes?</u>				
	Nunca	Raramente	Semanalmente	Diariamente	Constantemente
43. Tiene una creencia irreal de que su cuerpo no funciona bien.	_____	_____	_____	_____	_____
44. Tiene una creencia irreal de que tiene poderes excepcionales, talentos o habilidades.	_____	_____	_____	_____	_____
45. Cree que la gente le esta robando cosas.	_____	_____	_____	_____	_____
46. Cree que su esposo(a) le ha sido infiel.	_____	_____	_____	_____	_____
47. Cree que va a ser abandonado(a).	_____	_____	_____	_____	_____
48. Cree que su esposo(a) o cuidador es un impostor(a).	_____	_____	_____	_____	_____
49. Cree que donde vive no es su casa.	_____	_____	_____	_____	_____
50. Cree que los programas de TV son reales.	_____	_____	_____	_____	_____
51. Se desconoce en el espejo.	_____	_____	_____	_____	_____
52. Desconoce o identifica mal a gente conocida.	_____	_____	_____	_____	_____
53. Ve gente u objetos que no están presente.	_____	_____	_____	_____	_____
54. Ve luces o colores que no están presente.	_____	_____	_____	_____	_____
55. Oye palabras o voces que no están presente.	_____	_____	_____	_____	_____
56. Oye ruidos que no están presente.	_____	_____	_____	_____	_____
57. Tiene sensación (como de ser tocado/a) cuando nadie o nada está presente.	_____	_____	_____	_____	_____
58. Huele olores que no están presente.	_____	_____	_____	_____	_____
59. Prueba cosas que no están presente.	_____	_____	_____	_____	_____
60. Oye sonidos pero los confunde (e.g. piensa que el timbre del teléfono es una sirena).	_____	_____	_____	_____	_____
61. Ve algo pero cree que es otra cosa (e.g. cree que la almohada es una persona)	_____	_____	_____	_____	_____
62. Siente una sensación pero cree que es otra cosa (e.g. algo que lo toca)	_____	_____	_____	_____	_____

En esta página hay una lista de cambios de humor y emoción. Por favor indique el grado de seriedad con que cada comportamiento ocurre o cuánto se ha dado cuenta de ello DURANTE EL ULTIMO MES. *Base sus respuestas en las siguientes definiciones:*

No Existe	No he observado este comportamiento.
Ligero	Este comportamiento puede ser observado por alguien que busca encontrarlo pero no es muy intenso. Si hago algo para ayudar, o cambiar la situación, el comportamiento mejora.
Moderado	Este comportamiento es notado fácilmente. Es moderadamente intenso. Se puede observar el comportamiento todo el día. Cambios en la situación o esfuerzos dedicados por otros podrían ayudar a mejorar el comportamiento un poco.
Severo	Este comportamiento es inconfundible. Además, es muy intenso. El comportamiento puede ser lo único que se puede notar en la persona. Hay poco que se puede hacer para ayudarlo.

	No existe	Ligero	Moderado	Severo
1. Parece estar triste o deprimido(a).	_____	_____	_____	_____
2. Parece que no disfruta de nada.	_____	_____	_____	_____
3. Tiene poca energía, se cansa fácilmente.	_____	_____	_____	_____
4. Se pone nervioso(a), ansioso(a), o tenso(a).	_____	_____	_____	_____
5. Reacciona muy enojado(a) por frustraciones ligeras.	_____	_____	_____	_____
6. Hay que cumplir sus demandas de inmediato.	_____	_____	_____	_____
7. Es excitable o impulsivo(a).	_____	_____	_____	_____
8. Se agita o se aflige.	_____	_____	_____	_____
9. Su humor o emociones cambian rápida y dramáticamente.	_____	_____	_____	_____
10. Las cosas le interesan muy poco o nada.	_____	_____	_____	_____
11. Parece no importarle nada.	_____	_____	_____	_____
12. Le desinteresa socializar con los demás.	_____	_____	_____	_____
13. Responde con muy poca emoción.	_____	_____	_____	_____
14. Tiene poco sentido de humor.	_____	_____	_____	_____
15. Es inquieto(a) o sobreactivo(a).	_____	_____	_____	_____
16. Habla o se mueve lentamente.	_____	_____	_____	_____
17. Demuestra humor en exceso o que es inapropiado.	_____	_____	_____	_____
18. Desea mucho comidas dulces.	_____	_____	_____	_____
19. Piensa lentamente.	_____	_____	_____	_____

Preguntas de la Experiencia del Cuidador

Las siguientes preguntas se refieren a cómo **usted**, el cuidador, se siente. Por favor conteste estas preguntas acerca de cómo han ido las cosas durante el último mes para **usted**.

	Nunca	Rara vez	Algo frecuente	Casi siempre
1. Siente usted tensión o estrés por la responsabilidad de cuidar a su familiar y a la vez tratar de atender a su familia y trabajo?	_____	_____	_____	_____
2. Siente usted temor por lo que le puede esperar a su familiar en el futuro?	_____	_____	_____	_____
3. Se siente usted decaído(a), abatido(a), o triste?	_____	_____	_____	_____
4. Se pone a llorar o siente ganas de hacerlo?	_____	_____	_____	_____
5. Se cansa usted por ningún motivo?	_____	_____	_____	_____
6. En total, cuánto es la carga que usted siente por cuidar de su familiar?	_____	_____	_____	_____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Informante: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DE CAMBIOS DE LA MEMORIA

Esta es una entrevista semi-estructurada, por favor complete todas las preguntas. Haga preguntas adicionales si es necesario, y anote las respuestas (por ejemplo, “El sujeto nunca realizo la actividad en cuestión”). Marque “No se aplica” si la pregunta no es pertinente en su caso.

Preguntas para el informante acerca de la memoria del paciente:

1. El paciente tiene problemas con la memoria o con la capacidad para pensar? Si _____ No _____
- 1a. Si la respuesta es sí, ocurre este problema consistentemente (en lugar de ser ocasional)? Si _____ No _____
2. El paciente se olvida completamente de un evento importante (por ejemplo, un viaje, una fiesta o boda familiar) a las pocas semanas del evento? Usualmente _____ A veces _____ Raras veces _____
3. El paciente se olvida de los detalles pertinentes de dicho evento importante? Usualmente _____ A veces _____ Raras veces _____

Preguntas para el informante acerca del criterio y la solución de problemas: Estas preguntas se hacen para mostrar los cambios ocurridos en la capacidad de resolver problemas o en el comportamiento en situaciones sociales.

1. En general, si usted tuviese que evaluar la capacidad del paciente para resolver problemas en este momento, como evaluaría su capacidad?
No ha habido ninguna perdida _____ Ha habido alguna perdida _____ Ha habido mucha perdida _____
2. Evalué la capacidad del paciente para manejar pequeñas cantidades de dinero (por ejemplo, dar cambio, dejar una pequeña propina).
No ha habido ninguna perdida _____ Ha habido alguna perdida _____ Ha habido mucha perdida _____ No se aplica _____
3. Evalué la capacidad del paciente para manejar transacciones financieras o de negocios complicados (por ejemplo, cuadrar el balance de una chequera, pagar cuentas).
No ha habido ninguna perdida _____ Ha habido alguna perdida _____ Ha habido mucha perdida _____ No se aplica _____

4. Evalué la capacidad del paciente para entender situaciones o explicaciones.

No ha habido ninguna pérdida ____ Ha habido alguna pérdida ____ Ha habido mucha pérdida ____

5. Evalué el comportamiento del paciente en situaciones sociales e interacciones con otras personas.

No ha habido ninguna pérdida ____ Ha habido alguna pérdida ____ Ha habido mucha pérdida ____

Preguntas para el informante acerca de asuntos comunitarios: Estas preguntas tienen que ver con la participación del paciente en asuntos comunitarios, como: ir a la iglesia, visitar a amigos o familiares, actividades políticas, organizaciones profesionales, clubes sociales, organizaciones de servicio, o programas educativos.

1a. Todavía trabaja el paciente? Si ____ No ____ No se aplica ____
Si no se aplica, continúe con la pregunta 2.

1b. Si el paciente ya no trabaja, los problemas con la memoria o con la capacidad para pensar contribuyeron a su decisión de jubilarse? Si ____ No ____ No se aplica ____

1c. Si el paciente todavía trabaja, los problemas con la memoria o con la capacidad para pensar afectan su habilidad para hacer el trabajo? Si ____ No ____ No se aplica ____

2a. Alguna vez el paciente ha manejado un auto? Si ____ No ____
Si la respuesta es no, continúe con la pregunta 3.

2b. Maneja el paciente ahora? Si ____ No ____ No se ____

2c. Si el paciente ya no maneja, los problemas con la memoria o con la capacidad para pensar contribuyeron a su decisión de dejar de manejar? Si ____ No ____ No se ____

2d. Si maneja, existen problemas o riesgos al manejar por causa de que no piensa claramente? Si ____ No ____ No se ____

3. Es capaz el paciente de ir de compras independientemente para obtener las cosas que necesita?

Raras veces o nunca (Necesita que lo acompañen cada vez que va de compras) ____ A veces (Participación pasiva en las actividades) ____ Usualmente ____ No se ____ No se aplica ____

4. Puede el paciente realizar actividades independientemente fuera de la casa?

Raras veces o nunca (Generalmente es incapaz de realizar actividades sin ayuda) ____ A veces (Participación pasiva en las actividades) ____ Usualmente (Participa activamente en las actividades) ____ No se ____

5. Notaría un observador casual que algo anda mal? Si ____ Quizás ____ Probablemente no ____ No se ____

6. Si el paciente está en un hogar de ancianos o de convalecientes, participa en las funciones sociales?

Si ____ A veces ____ No ____ No Se ____

Preguntas para el informante acerca de la casa y los pasatiempos: Estas preguntas tienen que ver con los cambios en los quehaceres caseros (Como cocinar, lavar la ropa, limpiar, hacer las compras en el Mercado, sacar la basura, trabajar en el patio, cuidado y aseo personal básicos, y reparaciones sencillas en casa) y pasatiempos (Como coser, pintar, hacer trabajo manual, leer, recibir visitas, fotografía, jardinería, ir al teatro o a conciertos, carpintería, o participación en deportes).

1a. Que cambios han ocurrido en la capacidad del paciente para hacer los quehaceres caseros?

1b. Que puede hacer bien todavía?

2a. Que cambios han ocurrido en la capacidad del paciente para desempeñar sus pasatiempos?

2b. Que hace bien todavía?

3. Si el paciente está en un hogar de ancianos o de convalecientes, que cosas no puede hacer bien (quehaceres caseros y pasatiempos)?

Preguntas para el informante acerca del cuidado y el aseo personal del paciente: Estas preguntas tienen que ver con cambios a partir de un nivel anterior en cuanto al cuidado y aseo personal.

Como evaluaría usted la capacidad mental del paciente en las siguientes áreas?

A. Vestirse

B. Bañarse, arreglarse así mismo

C. Hábitos al comer

D. Control de la orina y las heces fecales

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: _____

ALERGIAS:

Es usted alérgico a algún medicamento? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, nombre

HISTORIA SOCIAL:

Fumas: Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Usa drogas "recreativas"? Sí _____ No _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

NOMBRE	DOSIFICACIÓN (#MG)	INSTRUCCIONES (Frecuencia)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HAS TENIDO	FECHA REALIZADO	LUGAR REALIZADO
X-Rays	_____	_____
MRI	_____	_____
CT Scan	_____	_____
EMG	_____	_____
Myelogram	_____	_____
Bone Scan	_____	_____

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"/>		<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