

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

CENTRO WIEN
CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE NUEVO

ESTE CUESTIONARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O POR OTRA PERSONA QUE PUEDA PROVEER LA INFORMACIÓN MÁS CORRECTA.

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____		Fecha de su cita: _____	
Dirección: _____		Apt #: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Área Postal: _____	País: _____
Teléfono: _____		Fecha de Nacimiento: mes _____ día _____ año _____	Edad: _____
Seguro Social #: _____		Masculino: _____	Femenino: _____
Lugar de Nacimiento: (Ciudad): _____		(Estado): _____	(País): _____
Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿Desde cuándo está viviendo en este país? (año): _____			
¿Desde cuándo está viviendo en este estado? (año): _____			
Usted es : ___ Derecho ___ Zurdo ___ Ambidiestro (Ambas manos)			
CORREO ELECTRONICO: _____			

CUIDADOR(A) O FAMILIAR: _____			
Dirección: _____		Nombre _____	Apellido _____
Ciudad: _____		Estado: _____	Área Postal: _____
Relación con el paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Lugar de Nacimiento: _____
Correo Electrónico donde podemos contactarlo: _____			

NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO: _____	
Dirección: _____	Ciudad/Área Postal: _____
Teléfono: _____	Fax: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

A. LENGUAJE:

¿Cuál es su idioma primario? (Lenguaje con el que usted se siente más cómodo/a):

___ inglés ___ alemán ___ otro (especifique) _____
___ español ___ francés/patuaá

¿Habla usted algún otro idioma? ___ No ___ Sí Especifique : _____

¿Qué idioma aprendió usted a hablar primero? _____

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

B. EDUCACIÓN:

¿Cuál es el número total de años de educación que usted recibió? (ej. 8 años, 12 años) _____
En el espacio correspondiente por favor provea el número de años para cada nivel. (ej. Pre-universitario = 4)

Escuela Primaria _____ Pre-universitario _____ “College”/ Universidad _____
Doctorado (MD/PhD) _____ Otro (Especifique) _____

C. OCUPACIÓN:

¿Cuál es la ocupación más responsable que usted ha tenido? _____

Si está retirado(a)/jubilado(a), ¿cuándo se retiró/jubiló? (en qué año o hace cuánto tiempo) _____

D. RAZA / HISTORIAL SOCIO-CULTURAL: (Marque uno)

a. _____ Raza Blanca _____ de habla inglesa _____ asiático/ de las islas del Pacífico
_____ hispano parlante

b. _____ Negro _____ afro-americano _____ de habla inglesa
_____ hispano parlante _____ Patuá

E. RELIGIÓN: (Marque una): _____ Judío(a)/Hebreo(a) _____ Católico(a) _____ Otro (especifique) _____

F. ESTADO CIVIL: (marque uno)

_____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____ Separado(a)
_____ Soltero(a) _____ Mantengo una relación de compromiso con mi pareja pero no estamos casados

# de Matrimonios	# de años de Casado(a)	# de años de Viudo(a)	# de años divorciado(a)

G. SITUACIÓN ACTUAL EN QUE USTED VIVE : (Marque uno)

_____ Solo(a) _____ Con mi esposo(a) u otra persona de similar importancia
_____ Con uno o varios hijos _____ Con otros parientes/familiares
_____ En una vivienda de alojamiento (Hogar de Retiro, ALF, etc)
_____ Otro tipo de alojamiento (especifique) _____

¿ALGUNA VEZ USTED SE HA HECHO UNA EVALUACIÓN POR FALTA DE MEMORIA? _____ SÍ _____ NO

Si contesto SÍ, díganos ¿dónde y por quién? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO ALGUNO DE ESTOS EXÁMENES? (Marque todOs las que apliquen)

_____ Tomografía (CT) o Resonancia Magnética (MRI) del cerebro _____ Electroencefalograma (EEG)
_____ Evaluación Neurológica _____ Evaluación Psiquiátrica _____ Evaluación Neuropsicológica

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

ESTE CUESTIONARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O POR OTRA PERSONA QUE PUEDA PROVEER LA INFORMACIÓN MÁS CORRECTA.

Completado Por : _____ Relación con el Paciente : _____

III. CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA MEMORIA (MAQ)

	Sí	No
A. ¿Opina usted que tiene falta de memoria/ un problema de la memoria?		
B. ¿Otras personas le han dicho que usted tiene problemas de la memoria?		
C. ¿Usted tiene otros problemas cómo el expresarse o el saber cómo hacer las cosas?		
D. ¿Hace cuánto tiempo usted notó que estos problemas comenzaron? [en semanas/meses/años]		
E. ¿Estos problemas empezaron de repente o gradualmente?		
F. Después que estos problemas se hicieron notar, ¿Se empeoraron o se mantuvieron al mismo nivel?		
G. ¿Hay fluctuación o variabilidad de un día a otro o en el transcurso del mismo día? ¿Los síntomas se empeoran y mejoran?		
H. ¿Opina usted que estos problemas han afectado su funcionamiento anterior ?		

Por favor indique el número correcto de acuerdo a lo siguiente: **0= Nunca; 1= Ocasionalmente, 2= Frecuentemente, 3= Todo el tiempo**

En las últimas semanas, meses o años, ¿Usted o sus familiares han notado alguno de las siguientes síntomas?:	0	1	2	3
1. ¿Ha comenzado a repetir las mismas preguntas o la misma historia o frase sin darse cuenta que lo ha hecho anteriormente?				
2. ¿Ha comenzado a extraviar o perder sus pertenencias (llaves, gafas, cartera) o se le ha olvidado dónde las ha puesto/dejado?				
3. ¿Ha comenzado a olvidar los nombres de familiares, conocidos, o de lugares?				
4. ¿Ha comenzado a tener dificultades encontrando una palabra o las palabras que quiere usar en una conversación?				
5. ¿Ha comenzado a dejar sin terminar lo que había empezado después de ser interrumpido?				
6. ¿Se le han olvidado eventos recientes? (tales como visitas a sus amistades, viajes que ha hecho, o noticias importantes) o actividades (comidas, los baños, cepillarse los dientes).				
7. ¿Ha comenzado a hacer apuntes o listas de cosas que tiene que hacer?				
8. ¿Últimamente ha tenido dificultad encontrando direcciones o sabiendo cómo ir a lugares conocidos?				
9. ¿Tiene algún problema realizando tareas de la casa, o al utilizar equipos que requieren el uso de controles? (ej. T.V., fogón/estufa, lavadora)				
10. ¿Últimamente ha tenido problemas al recordarse de los eventos y datos de hace muchos años/del pasado como: la fecha de su boda, su primer trabajo, compañeros de escuela o maestros?				
11. ¿Recientemente ha comenzado a tener problemas manejando dinero como el saber cuánto cambio debe recibir, o llevando sus actividades financieras tales como escribir sus cheques, y saldar/balancear su chequera?				
12. ¿Tiene dificultad en saber cómo ponerse la ropa ? (alineá mal los botones o se pone las piezas de vestir al revés o los pantalones o los brazos a través de las mangas incorrectamente?)				
Sum of all Scores				
TOTAL SCORE				

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

Este cuestionario debe ser completado por el paciente o por otra persona que pueda proveer la información más correcta.

Completado Por : _____

Relación con el Paciente : _____

GDS

Este cuestionario debe de ser completado por el paciente o por otra persona, mientras que consulte con el paciente.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Escoja la mejor respuesta en cuanto a cómo usted/el paciente se ha sentido durante la semana pasada:

	Sí	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho(a) con su vida?	1.	
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	2.	
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	3.	
4. ¿Se aburre usted a menudo?	4.	
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	5.	
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	6.	
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	7.	
8. ¿Se siente usted indefenso(a) a menudo?	8.	
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer varias cosas?	9.	
10. ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de la gente?	10.	
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	11.	
12. Debido a la forma como está ahora, ¿Se siente usted inútil?	12.	
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	13.	
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	14.	
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	15.	
TOTAL SCORE		

Comentarios: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

Este cuestionario debe ser completado por el paciente o por otra persona que pueda proveer la información más correcta.

Completado Por : _____ Relación con el Paciente : _____

IV. INFORMACIÓN MÉDICA/HISTORIA

PROBLEMAS MÉDICOS: Revise las siguientes preguntas y conteste **SÍ** o **NO** a cada una. **CIRCULE** las condiciones médicas que le apliquen.

Condición Médica	Sí	No	No Sé
¿Problemas de audición? ¿Usted utiliza audífono? Ruido en los oídos, tintineo?			
¿Problemas visuales? Tales como Cataratas, glaucoma, degeneración de la mácula, etc.			
Presión alta (Hipertensión) en cualquier momento.			
Enfermedad del corazón como: Angina, ataque de corazón, puente coronario, problemas con la válvula, latidos irregulares, marcador de pasos, fibrilación arterial, arritmias			
¿Diabetes ? Si la respuesta es sí, circule si se trata con 1)dieta, 2) pastillas, 3) insulina, 4) no se trata			
¿Enfermedad crónica de los pulmones ? Tales como : enfisema, bronquitis, asma crónica u otra enfermedad pulmonar aguda como pulmonía o falta de respiración.			
¿Enfermedad de la tiroide? Tales como: tiroide hiperactiva o hipoactiva, bocio, nódulos en la tiroide,cáncer de la tiroide			
¿Enfermedad del hígado? Tales como: hepatitis, cirrosis, fallo hepático, cáncer del hígado			
¿Enfermedad de los riñones ? Tales como: piedras, nefritis, fallo renal, diálisis			
¿Estenosis de las Carótidas: ¿En qué lado? ¿Tuvo alguna cirugía?			
Arterias estrechas en las piernas (No incluya venas varicosas) Dolor/calambre (entumecimiento) que ocurre al caminar y se alivia al descansar/reposar? Cirugía de puente en las piernas.			
¿Infarto Cerebral? ¿Alguna parálisis, problemas al caminar, u otro residuo?			
¿Ataques/convulsions? Pérdida del conocimiento, sacudidas o tirones de los miembros del cuerpo.			
¿Enfermedad de Parkinson o síntomas ? Tales como: temblor, rigidez, lentitud de movimiento, o caminar arrastrando los pies.			
¿Historial de lesión en la cabeza (incluso durante la infancia) ¿A qué edad?			
Úlceras en el estómago o en el duodeno, hernia, hiato, reflujo gástrico; diverticulitis, pólipos en el intestino			
¿Colesterol alto/lípidos? ¿Tratamiento para el colesterol alto/triglicéridos?			
¿Alguna forma de Cáncer? ¿Que órgano? (No incluya cáncer de la piel excepto melanoma)			
¿Problemas de la piel ? Tales como: Psoriasis, Dermatitis o Lupus.			
¿Artritis? Tales como: Osteoartritis o Artritis Reumatoide. ¿En qué coyunturas?			
(Mujeres) ¿ Enfermedades de los senos ? Tales como: Quistes o Cáncer. ¿Alguna cirugía?			
(Mujeres) ¿Le han hecho una histerectomía?			
(Mujeres) ¿Los ovarios también fueron extraídos?			
(Hombres) ¿Problemas de la próstata ? Tales como: engrandecimiento o cáncer.			
¿Enfermedad de la sangre como: Anemia, leucemia, policitemia, desórdenes de coagulación ?			
Otros problemas médicos			

Apunte **TODAS** las cirugías y las fechas correspondientes: (Añada páginas si es necesario).

Cirugía _____
 Cirugía _____
 Cirugía _____

En qué año _____
 En qué año _____
 En qué año _____

Este cuestionario debe ser completado por el paciente o por otra persona que pueda proveer la información más correcta.

EXAMEN DE SISTEMASExamine los siguientes síntomas y conteste **SÍ** o **NO** a cada uno.**SÍNTOMAS GENERALES**

Pérdida de peso (>5 lbs)		
Aumento de peso (>5 lbs)		
Cambio de apetito		
Fiebre		
Escalofríos		
Sudores		
Fatiga		

OJOS

Pérdida de vision (¿En qué ojo?)		
Espeuelos/gafas o lentes de contacto		
Ver borroso		
Ver doble		
Dolor en los ojos		
Ojos irritados		

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA

Zumbido en los oídos		
Pérdida de audición		
Mareos		
Congestión nasal		
Sinusitis		
Cambios en sentido del olfato		
Llagas en la boca		
Sangramiento de las encías		
Cambios en el sentido del gusto		
Dolor en la lengua		
Dolor de garganta		
Ronquera		
Dolor al tragar		

PECHO: (Respiratorio)

Tos		
Asma		
Ronroneo		
Silbido al respirar		
Dolor al respirar		
Sangre en la saliva		
Sangramiento de encía		

ENDROCINO

Sequedad de la piel		
Intolerencia al frío		
Ojos saltones		
Temblores		
Pigmentación de la piel		
Cambios en el tamaño de las manos o cara		
Pelo grueso		

HEMATOPÉTICO/LINFÁTICO

Anemia		
Sangramiento		
Inflamación de los nódulos linfáticos		
Contusión de la piel		
Baja inmunidad /infecciones frecuentes		

CARDIOVASCULAR

Dolor en el pecho		
Marcador de pasos		
Falta de aire		
Palpitaciones		
Hinchazón de los tobillos, pies o manos		
Desmayos		
Dolor en las piernas al caminar		
Cambio en la apariencia de las piernas, pies, o manos		

GASTROINTESTINAL

Dolor abdominal		
Náusea		
Vomitos		
Acidez		
Cambios en la regularidad al eliminar		
Sangramiento del estómago/intestino/recto		
Estreñimiento		
Diarrea		

GENITOURINARIO

Ardor o dolor al orinar		
Aumento en la frecuencia de orinar		
Urgencia de orinar		
Presión al orinar		
Sangre en la orina		
Sangramiento vaginal		
Urinación frecuente en la noche		
Incontinencia urinaria		

PIEL/PECHO

Salpullido/erupcion		
Picazón en la piel		
Lesiones o úlceras		
Dolor en los senos		
Drenaje del pezón		

MUSCULOESQUELETO

Hinchazón de coyuntura		
Dolor en los músculos		
Artritis		
Debilidad muscular		
Dolor de espalda		
Cuello tieso/dolor de cuello		
Dificultad al caminar		
Caídas (con lesiones)		
Necesita asistencia para caminar: Ninguna___; Bastón___; Andador ___ Silla de ruedas___; postrado en cama___		

ALERGIA/INMUNOLÓGICA

Dermatitis		
Urticaria		
Alergias		
Eczema		
Edema angioneurótico		

NEUROLOGICO (General)

Dolor de cabeza		
Vértigo/mareo, desmayos		
Pérdida de olfato		
Ver doble		
Ceguera de uno o ambos ojos o campos visuales		
Debilidad en un lado de la cara		
Cambios en la voz		
Dificultad al tragar		
Derrame cerebral /hemorragia (debilidad o adormecimiento en un lado del cuerpo)		
Convulsiones/ataque epiléptico		
Desequilibrio al pararse o caminar		
Debilidad de una o más de las extremidades		
Adormecimiento o falta de sensación de una o más extremidades		
Temblores (¿Sólo al descansar, sólo al moverse?)		
Movimientos involuntarios (súbitos o bruscos)		
Dificultad en iniciar movimientos		
Lentitud de movimiento		
Pérdida de interés sexual		
Impotencia		
Dolor crónico en cualquier parte del cuerpo (¿qué parte está afectada?)		

NEUROLÓGICO (Cognitivo)

Dificultad encontrando palabras o con nombres		
Problemas de comprensión (del habla o		

HISTORIAL DE MEDICINAS: (Apunte todas las medicinas que usted toma, incluyendo aquellas que no necesitan receta. Por ejemplo: Vitaminas, analgésicos, suplementos naturales, gotas para los ojos y remedios caseros.

materiales escritos), no entender el significado de preguntas		
Pronunciación de palabras incorrectas		
Dificultad al leer o escribir		
Dificultad al reconocer caras		
Dificultad para leer la hora en un reloj		
Dificultad en notar/visualizar el ambiente		
Dificultad con habilidades manuales/usar equipos eléctricos o artefactos/herramientas eléctricas (ej. Control remoto, horno de microonda)		
Impulsividad/comportamiento inapropiado o infantil		
Euforia/desinhibición/demasiado amistoso con extraños		
Pérdida de iniciativa/espontaneidad/aislamiento social/apatía		
Negligencia propia (renuente a arreglarse, bañarse o cambiarse de ropa		
Incapacidad de planear; desorganización; comportamiento obsesivo o ritualístico		

HISTORIA PSIQUIATRICA (o actualmente?)

Depresión		
Ansiedad/nerviosismo		
Inquietud/intranquilidad		
Nivel bajo de energía/ fatiga/ cansancio		
Ataques de llanto		
Pesimismo		
Pensamientos o intentos de suicidio		
Falta de placer en actividades		
Paranoia/sospechoso(a)		
Delirio (ideas falsas/falsos pensamientos) (ej. Las personas le están robando o vigilando, etc.)		
Alucinaciones visuales-cosas imaginarias		
Alucinaciones auditivas-oír cosas imaginarias		
Agitación verbal		
Agitación física		
Agresividad		

DESÓRDENES DEL SUEÑO

Dificultad en quedarse dormido		
Dificultad al mantenerse dormido		
Se despierta muy temprano		
Ápnea		
Ronqueo problemático		
Pesadillas		
Agitación física en el sueño		
Caminar dormido		

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

Nombre/Dosis/Frecuencia

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 7. _____ |
| 2. _____ | 8. _____ |
| 3. _____ | 9. _____ |
| 4. _____ | 10. _____ |
| 5. _____ | 11. _____ |
| 6. _____ | 12. _____ |

ANTI-INFLAMATORIOS: ¿Está usted tomando alguno de los siguientes medicamentos? (marque todos los que apliquen)

Aspirina Indocin Advil Motrin (Ibuprofen) Alleve (Naprosyn)
 Prednisone (esteroides) Celebrex Vioxx Otro (especifique) _____

ALERGIAS

¿Es alérgico(a) a alguna comida o medicamento? SÍ NO

Si contesto SÍ, díganos cuáles: _____

Describe el tipo de reacción alérgica: _____

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

A. ALCOHOL:

¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas? NO SÍ

a. Si contesto SÍ, ¿a qué edad comenzó? _____

b. ¿A qué edad dejó de tomar? _____

¿Consumo alcohol en estos momentos? NO SÍ

a. ¿Cuánto alcohol tomó o aún toma? (Marque la mayor cantidad consumida)

Menos de un trago por mes Menos de un trago por semana Menos de un trago al día
 1 a 2 tragos al día Más de 1 o 2 tragos al día Bebedor empedernido

¿Ha tenido un problema con el alcohol o ha sido tratado por abuso del alcohol? SÍ NO

B. FUMAR:

¿Alguna vez fumó? NO SÍ

a. Si su respuesta es SÍ, ¿a qué edad comenzó? _____

b. ¿A qué edad dejó de fumar? _____

¿Usted fuma ahora? SÍ NO

¿Qué fuma/fumó?: (marque todos los que apliquen) Cigarros Tabaco Pipa

¿Cuánto fuma/fumó?: (marque la mayor cantidad consumida)

Menos de una cajetilla por semana Menos de una cajetilla por día
 Una cajetilla al día Más de una cajetilla al día

DROGAS

¿Alguna vez, usted ha abusado de alguna droga por receta? SÍ NO

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____

Si SÍ, ¿cuáles? _____

Usted usa estas drogas ahora? ___ NO ___ SÍ

¿Alguna vez, usted ha usado alguna droga ilegal? (Marijuana, Cocaína, Heroína, Crack, etc.) ___ SÍ ___ NO

¿Usted usa drogas ilegales ahora? ___ NO ___ SÍ

TOXINAS E INFECCIONES CRÓNICAS

¿Usted ha sido expuesto a alguna toxina como arsénico, mercurio, plomo, manganeso, radiación, toxinas ambientales, agrícolas, o industriales? ___ SÍ ___ NO

Si SÍ, ¿cuáles? _____

¿Usted ha tenido alguna infección crónica como Tuberculosis, Lyme disease, SIDA, Malaria, Sífilis?

___ SÍ ___ NO

MUJERES SOLAMENTE

MENOPAUSIA

1. ¿Usted ya ha experimentado la menopausia? ___ NO ___ SÍ

2. Si su respuesta es SÍ, ¿a qué edad le comenzó? (marque la edad que aplica)

___ Antes de los 40 ___ 40-45 ___ 45-50 ___ 50-55 ___ 55+

3. ¿LE HAN HECHO A USTED UNA HISTERECTOMÍA? (¿Le removieron el útero?) ___ SÍ ___ NO

4. ¿LE HAN HECHO A USTED UNA OOFORECTOMÍA (¿Le removieron los ovarios)? ___ SÍ ___ NO

Si respondió SÍ, díganos qué edad tenía cuando se le hizo la histerectomía/ooforectomía. _____

ESTRÓGENO/HORMONAS:

5. ¿Alguna vez ha usado estrógeno u otra hormona femenina? ___ SÍ ___ NO

Si respondió SÍ, marque todos lo que apliquen :

___ Premarin ___ Estradiol ___ Estratab ___ Estrace ___ Estraderm

___ Estracón ___ Estrone ___ Pempro ___ Otra (especifique)

6. ¿A qué edad comenzó a usarlas? _____

7. ¿Actualmente, está usando estrógeno? ___ SÍ ___ NO

Si marcó NO, ¿A que edad dejó de usarlo? (año) _____

Comentarios : _____

Información Adicional que Usted Desea Añadir :

Este formulario debe ser completado(a) por el paciente o por otra persona; cualquiera de los dos quien pueda proveer la información más correcta.

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES

Por favor marque la casilla correspondiente. Escriba la respuesta a cada una de las doce preguntas. Haga cualquier comentario en el espacio de abajo, identificando las preguntas por el número el cual está comentando.

0 1 2 3

El paciente tiene o ha tenido un historial de:	Normal	Tiene alguna dificultad	Requiere Asistencia	Depende de otros totalmente
1. ¿Puede la persona escribir cheques, hacer pagos, saldar una chequera?				
2. ¿Puede la persona arreglar los documentos de los impuestos, o lidiar con documentos del seguro u otros papeles?				
3. ¿Puede la persona hacer sus compras independientemente por ropa, necesidades domésticas, o comestibles?				
4. ¿Puede la persona jugar un juego que requiera destreza como las cartas o trabajo de afición/pasatiempo?				
5. ¿Puede la persona calentar agua y prepararse una taza de café o de té?				
6. ¿La persona apaga la estufa/el fogón?				
7. ¿Puede la persona prepararse sus propias comidas?				
8. ¿Puede la persona mantenerse al tanto de las noticias actuales en la televisión o en el periódico?				
9. ¿La persona le presta atención, entiende, y puede discutir los programa de televisión, libros, y artículos de revista?				
10. ¿La persona se acuerda de citas, ocasiones familiares, días feriados y/o medicamentos?				
11. ¿Puede la persona viajar fuera del barrio independientemente?				
12. ¿Puede la persona manejar, o viajar en autobús o tren?				
(Sum of Scores)				
TOTAL SCORE				

Comentarios:

PSMS

Esta forma/este formulario debe ser completado(a) por el paciente o por otra persona; cualquiera de los dos quien pueda proveer la información más correcta.

Los números del 0 al 4 en cada categoría representan el empeoramiento del estado funcional del paciente. Haga un círculo alrededor del número que refleje el estado funcional del paciente. Los puntajes en las seis categorías deben ser sumados. Mientras más alto es el puntaje final, el grado de impedimento es mayor.

A. Usar el Inodoro	0 Usa el inodoro completamente independiente. No es incontinente. 1 Necesita ser recordado/a o necesita ayuda para limpiarse, u ocurren accidentes ocasionales (no más de una vez a la semana). 2 Es incontinente de heces fecales/tiene incontinencia fecal u orina mientras duerme más de una vez a la semana. 3 Es incontinente más de una vez a la semana de heces fecales/tiene incontinencia fecal u orina mientras está despierto/a. 4 No tiene ningún control de sus intestinos/funciones excretoras ni de su vejiga.
B. Alimentación	0 Se alimenta sin ayuda. 1 Requiere ayuda mínima al comer y/o con la preparación especial de comida o con la limpieza luego de las comidas. 2 Se alimenta independientemente con ayuda moderada y es descuidado/a. 3 Requiere ayuda extensa en todas las comidas. 4 No se alimenta a sí mismo y resiste los esfuerzos de otros para alimentarlo/a.
C. Vestirse	0 Se viste, se desviste, y escoge la ropa del guardarropa. 1 Se viste y se desviste con ayuda mínima. 2 Necesita ayuda moderada para vestirse o seleccionar la ropa. 3 Necesita ayuda extensa para vestirse, pero coopera con los esfuerzos de otros para ayudarlo. 4 Incapaz de vestirse por sí solo(a) y resiste los esfuerzos de otros para ayudarlo(a).
D. Arreglarse o Acicalarse	0 Siempre está apropiadamente vestido/a (limpio(a)), bien arreglado/a, sin ayuda. 1 Se arregla adecuadamente con ayuda mínima ocasional, por ejemplo al afeitarse. 2 Necesita ayuda moderada y regular al arreglarse o supervisión en el aseo. 3 Necesita ayuda total para arreglarse, pero se mantiene bien arreglado/a después que otros lo han ayudado/a. 4 Activamente rechaza todos esfuerzos de otros para mantenerse arreglado/a.
E. Pasear o Caminar	0 Camina por el vecindario o la ciudad. 1 Camina dentro de la casa o alrededor de la cuadra. 2 Camina con ayuda de: a. () otra persona b. () baranda o pasamano c. () bastón d. () andador o burrito e. () silla de ruedas – se sienta y se levanta sin ayuda. f. () silla de ruedas – necesita ayuda para sentarse o levantarse. 3 Puede mantener su postura al estar sentado en una silla o en una silla de ruedas, pero no se puede propulsar/impulsar sin ayuda. 4 Esta postrado/a en cama más de la mitad del tiempo.
F. Bañarse	0 Se baña (bañadera, ducha, o baño de esponja) sin ayuda. 1 Se baña solo/a pero necesita ayuda para entrar y salir de la bañadera/bañera. 2 Se lava la cara y las manos solamente pero no puede lavarse el resto del cuerpo. 3 No se puede bañar solo pero coopera con los que lo/a bañan. 4 No trata de bañarse solo, y resiste los esfuerzos de otros para mantenerlo/a limpio/a.
TOTAL SCORE	

Nombre del Paciente _____ Fecha : _____