

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Hoy:** _____

☐Mujer ☐Hombre **Expediente Médico #** _____ **Edad:** _____

¿Cuáles son sus síntomas? _____

¿Si no tiene síntomas, sabe usted porque ordeno su doctor este examen? _____

¿Le ha dicho su médico que sospecha que usted puede tener la enfermedad de Alzheimer?

☐SI ☐No ☐Probablemente ☐No está seguro de lo que piensa el médico

¿Le ha dicho su médico que usted tiene MCI (deterioro cognitivo leve), pero aún no la enfermedad de Alzheimer?

☐SI ☐No ☐No estoy seguro(a)

¿Su médico sospecha que es demencia, pero no está seguro si se trata de Alzheimer?

☐SI ☐No ☐No estoy seguro(a)

Favor de indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

¿Pérdida de la memoria ? ☐SI ☐No

* ¿Cuánto tiempo ha tenido la pérdida de memoria? _____

* ¿Usted considera que su pérdida de la memoria sea: ☐leve ☐Moderada ☐Severa

* ¿Su pérdida de la memoria ha progresado: ☐Despacio ☐Rápido ☐No mucho cambio con el tiempo

* Dificultad recordando dónde se encuentra? ☐Frecuentemente ☐A veces ☐Casi nunca

* Dificultad recordando nombres o encontrar palabras? ☐Frecuentemente ☐A veces ☐Casi nunca

* Dificultad para recordar la fecha? ☐Frecuentemente ☐A veces ☐Casi nunca

* Confusión? ☐Frecuentemente ☐A veces ☐Casi nunca

¿Usted se baña, viste, y cocina por su cuenta? ☐SI ☐No, tengo ayudante para esas cosas

¿Es responsable de sus propias finanzas? ☐SI ☐No, tengo un ayudante para eso

¿Todavía conduce un coche por su cuenta? ☐SI ☐No

¿Pierde cosas con frecuencia? ☐SI ☐No

¿Alguna vez ha sufrido una apoplejía (ataque)? ☐SI ☐No

¿Historia de TIA (ataque isquémico transitorio)? ☐SI ☐No

¿Enfermedad de Parkinson? ☐SI ☐No

¿Adormecimiento? ☐SI ☐No Si es sí, ¿Parte del cuerpo? ☐Derecha ☐Izquierda

¿Debilidad muscular localizada? ☐SI ☐No Si es sí, ¿Parte del cuerpo? ☐Derecha ☐Izquierda

¿Parálisis? ☐SI ☐No Si es sí, ¿Parte del cuerpo? ☐Derecha ☐Izquierda

¿Dificultad para hablar? ☐SI ☐No

¿Pérdida de equilibrio? ☐SI ☐No

¿Dificultad para caminar? ☐SI ☐No

¿Tiene un historial de cáncer? ☐SI ☐No Si es sí, ¿qué tipo? _____

¿Si es así, el cáncer ha extendido a otras partes de su cuerpo? ☐SI ☐No Si es sí, ¿qué áreas? _____

¿Tratamiento de radiación? ☐SI ☐No ☐No aplicable Si es sí, fecha del último tratamiento: _____

¿Qué parte del cuerpo? _____

¿Quimioterapia? ☐SI ☐No ☐Not applicable Si es sí, fecha del último tratamiento: _____