

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: _____