



Datos Personales del Paciente
Información confidencial y privilegiada

En preparación para su evaluación neuropsicológica, por favor conteste las siguientes preguntas detalladamente lo mejor que pueda. Si requiere espacio adicional para responder estas preguntas, use la última página de esta evaluación o use papel adicional. Si no está apto para completar la evaluación, un familiar o amigo le puede asistir. Si posee evaluación médica por favor traerla con esta encuesta el día de su evaluación.

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección: _____	
Teléfono Casa:	Teléfono Oficina:
Teléfono Celular:	
Grado más alto de educación que completo:	
Uso de sus manos/lateralidad: diestro <input type="checkbox"/> zurdo <input type="checkbox"/>	

Persona completando esta forma: Paciente
Otra persona _____
(nombre y relación)

Nombre de la persona que lo refirió para esta evaluación: _____

¿Según su conocimiento, porque fue referido para esta evaluación? _____

Sí No ¿Ha tenido alguna vez una evaluación neuropsicológica?

¿Si ha tenido este tipo de evaluación, cuando y quien la efectuó? _____

Síntomas actuales:

Enumere los 5 problemas o síntomas que le causan más dificultad (el número 1 seria el peor problema o síntoma).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Aproximadamente cuando empezaron estos problemas o síntomas _____

Estos síntomas (escoja uno) Se han: ¿Empeorado? ¿Mejorado? ¿O siguen igual?

¿Según su conocimiento, que ha causado estos problemas?

Síntomas cognitivos: Por favor chéquele (✓) cuales síntomas son aplicables en su caso.

Atención	Mas información:
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas enfocándose/concentrándose en una actividad?	
<input type="checkbox"/> ¿Muchas veces pierde su concentración cuando está haciendo algo o cuando estás hablando?	
<input type="checkbox"/> ¿Se confunde o distrae fácilmente?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas haciendo varias cosas al mismo tiempo?	
Otro(a):	
Rapidez para funcionar	Mas información:
<input type="checkbox"/> ¿Le toma más tiempo hacer sus tareas?	
<input type="checkbox"/> ¿Sus pensamientos/ideas están más lentos?	
Otro(a):	
Habla y lenguaje	Mas información:
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas encontrando palabras?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas con su lenguaje? (Circular) Arrastrando las palabras Hablando en voz alta Murmurando Divagando	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas expresándose con palabras?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas deletreando?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas comprendiendo palabras/frases?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas leyendo?	
Otro(a):	
Funciones Ejecutivas	Mas información:
<input type="checkbox"/> ¿Encuentra difícil organizarse?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas dando devueltas o calculado ventas/compras y propinas?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas haciendo decisiones?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene dificultad planeando eventos?	
Memoria	Mas información:
Tiene usted dificultad recordando...	
<input type="checkbox"/> Donde se colocan los objetos (ej. las llaves).	
<input type="checkbox"/> Planes que se hizo para el día.	
<input type="checkbox"/> Temática de un libro o película.	
<input type="checkbox"/> Detalles de un evento o conversación que pasó recientemente.	
<input type="checkbox"/> Eventos que pasaron hace mucho tiempo (meses y años).	
<input type="checkbox"/> Para donde va cuando está manejando o caminando.	
<input type="checkbox"/> Citas	

<input type="checkbox"/> Pagar cuentas.
<input type="checkbox"/> Tomar sus medicamentos.
<input type="checkbox"/> Que los electrodomésticos estén prendidos.
Otro(a):

Síntomas Emocionales y Problemas de Conductas: Por favor cheque (✓) los síntomas que usted está experimentando en este momento. Si necesita proveer más información, use una hoja separada.

<input type="checkbox"/> Depresión/Tristeza	<input type="checkbox"/> Ansiedad/Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Rabia/Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico
<input type="checkbox"/> Se frustra rápidamente	<input type="checkbox"/> Fobias
<input type="checkbox"/> Impulsivo/Desinhibido	<input type="checkbox"/> Comportamientos inusuales
<input type="checkbox"/> Sentimientos extraños	<input type="checkbox"/> Sospechas/Paranoia
<input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse o hacer daño a otros	<input type="checkbox"/> Alucinaciones/ilusiones
<input type="checkbox"/> Tendencia a decir lo que se le viene a la mente sin filtración	Otros(as):

Síntomas físicos: Por favor cheque (✓) los síntomas que usted está experimentando en este momento. Si necesita proveer más información, use una hoja separada.

<input type="checkbox"/> Dificultad caminando	<input type="checkbox"/> Fortaleza/vigor reducido
<input type="checkbox"/> Problemas con el balance	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento	<input type="checkbox"/> Repetición involuntaria de movimientos
<input type="checkbox"/> Problemas al escuchar	<input type="checkbox"/> Reducidas las habilidades motoras (usando un lápiz, tijeras, llaves)
<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Cambios en su escritura
<input type="checkbox"/> Problemas con la visión	<input type="checkbox"/> Mareos/aturdimiento
<input type="checkbox"/> Doble visión	<input type="checkbox"/> Nauseas/vomito
<input type="checkbox"/> Reducción del sentido del olfato	<input type="checkbox"/> Problemas de continencia
<input type="checkbox"/> Reducción del sentido del gusto	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual
<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Problemas con dormir
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito
<input type="checkbox"/> Poca energía	<input type="checkbox"/> Pérdida o ganancia significativa de peso
Otro(a):	

Funcionamiento Diario: Para las siguientes preguntas, por favor marque (✓) la descripción que mejor captura sus habilidades:

Usando el teléfono
<input type="checkbox"/> Capaz de buscar número de teléfonos, marcar el teléfono, recibir y hacer llamadas sin ayuda
<input type="checkbox"/> Hablar por teléfono o marcar la operadora en caso de emergencia, pero necesito un teléfono especial o ayuda consiguiendo el número yo marcando

<input type="checkbox"/> Incapaz de usar el teléfono
--

De Viaje
<input type="checkbox"/> Capaz de manejar mi propio carro o viajar solo(a) en bus o en taxi
<input type="checkbox"/> Capaz de viajar, pero requiero que alguien me acompañe
<input type="checkbox"/> Incapaz de viajar

De Compras
<input type="checkbox"/> Capaz de hacer sus compras de alimentos y ropa si se le provee transportación
<input type="checkbox"/> Capaz de hacer sus compras, pero requiere que alguien lo acompañe
<input type="checkbox"/> Incapaz de ir de compras

Preparación de alimentos/comidas
<input type="checkbox"/> Capaz de planear y cocinar comidas completas
<input type="checkbox"/> Capaz de preparar comidas livianas, pero incapaz de cocinar comidas completas solo(a)
<input type="checkbox"/> Incapaz de preparar cualquier comida

Tareas domésticas
<input type="checkbox"/> Capaz de realizar tareas domésticas pesadas (fregar los pisos)
<input type="checkbox"/> Capaz de realizar tareas domésticas livianas, pero necesito ayuda con las tareas pesadas
<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar cualquier tarea de la casa/domésticas

Tomando sus medicinas
<input type="checkbox"/> Capaz de preparar y tomar mis medicinas con la dosis correcta y al tiempo apropiado
<input type="checkbox"/> Capaz de tomar sus medicinas, pero necesito que alguien le recuerde o que alguien se las prepare
<input type="checkbox"/> Incapaz de tomar mis medicinas

Manejo de su dinero
<input type="checkbox"/> Capaz de manejar los requisitos para hacer mis compras (ej., escribir cheques, pagar mis cuentas)
<input type="checkbox"/> Capaz de manejar los requisitos para hacer mis compras pero necesito ayuda manejando mi chequera
<input type="checkbox"/> Incapaz de manejar dinero

Historia médica / salud:

Altura: _____ Peso: _____

¿Se ha sometido usted a alguno de los siguientes exámenes? Por favor provea fecha(s)

	Fecha	Resultados
CT/MRI del Cerebro	_____	_____
EEG	_____	_____
TAP Espinal	_____	_____

Por favor notar si usted o algún familiar ha sido diagnosticado con cualquiera de estas condiciones aquí enumeradas, provea detalles acerca de su condición en una página separada.

Condición	Usted	Familiar
Diabetes (tipo 1 o tipo 2)		
Enfermedades del corazón		
Colesterol alto		
Presión arterial alta		
Ataque del corazón		
Cirugía de bypass/derivación		
Exposición a sustancias tóxicas		
Deficiencia de Vitamina B12		
Cáncer, tipo:		
tipo:		
tipo:		
Problemas con el hígado		
Problemas con los riñones		
Epilepsia/convulsiones		
Alergias (alimentos/medio ambiente)		
Asma		
Ataque fulminante al corazón		
Ataque isquémico transitorio (TIA's)		
Enfermedad de Lyme		
Migrañas		
Meningitis		
Fiebre reumática		
Lesión en la cabeza		
Concusión		
¿Pérdida del conocimiento?		
Enfermedad de Parkinson		
Enfermedad de Alzheimer		
Demencia		
Esclerosis múltiple		
Enfermedad celíaca		
Intestino irritable		
Depresión		
Ansiedad		
Trastorno obsesivo compulsivo		
trastorno bipolar		
otro problemas médicos / psiquiátricos		

Enumere las cirugías que usted ha tenido: _____

¿Le han prescrito medicamentos psiquiátricos? Sí No

¿Ha participado en psicoterapia? Sí No

¿Ve actualmente a un terapeuta? Sí No

¿Ve actualmente a una siquiatra?

Sí No

Por favor enumere las hospitalizaciones siquiatras que ha tenido, si aplicable (año, lugar y razón):

Por favor enumere o adjunte en una hoja separada la lista de medicamentos que actualmente está tomando:

1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Consumo de sustancias:

¿Usted fuma?

Sí No

¿Cuántos cigarrillos/tabacos se fuma al día?

_____/paquetes al día

¿Usted fumaba antes?

Sí No

Si lo hizo, cuando paro de fumar

¿Cuántos cigarros/tabacos se fumaba al día?

_____/paquetes al día

¿Usted bebe alcohol?

Sí No

¿Cuántos vasos se toma usted?

_____/por noche

¿Qué bebida alcohólica prefiere?

_____/por semana

¿En algún momento consumías más alcohol?

Sí No

¿Ha tenido problemas debido al consumo de alcohol?

Sí No

(ej., accidentes, problemas legales, conflictos familiares, problemas laborales)

¿Ha experimentado síntomas de abstinencia después de dejar el consumo de alcohol?

Sí No

¿Alguna vez has tenido pérdida del conocimiento?

Sí No

¿Haz estado alguna vez involucrado en tratamiento de drogas/alcohol?

Sí No

¿Usas o haz usado marijuana?

Sí No

¿Haz usado alguna otra droga? Sí No
Explica _____

Información Personal:

¿Dónde se nació? _____
Si se nació fuera de los Estados Unidos, a qué edad se movió para este país? _____

¿Qué idioma se hablaba en tu casa cuando estabas creciendo? Español Otro: _____

¿Tuvo problemas/complicaciones durante su nacimiento? Sí No
(Describe en el reverso de la hoja si contestaste positivamente)

¿Hubo dificultades con su desarrollo temprano?
(caminando, hablando, yendo al baño) Sí No

¿Cuántos hermanos/hermanas tiene? _____

Estado Civil: _____

Si esta casado, ¿cuánto tiempo lleva de casado? _____
Número de matrimonios: _____ Número de divorcios _____

¿Tiene hijos? Sí No ¿Cuántos? _____

¿Nietos? Sí No ¿Cuántos? _____

¿Con quien vives? _____

Enumera los intereses recreacionales o aficiones que disfrutas. Si es apropiado, describe si estas actividades han sido afectadas por su condición médica: _____

Educación:

¿Cuál es el grado académico más alto que completó? _____

¿En cual año se graduó? _____

Si usted completó pre-grado/universidad, ¿Cuál fue su área de estudio/carrera/especialización?

¿Qué clases/materias fueron sus fortalezas/puntos fuertes en la escuela?

Inglés Matemática Historia Lenguaje Estudios Sociales Arte otras materias

¿Qué clases/materias fueron sus debilidades en la escuela?

Inglés Matemática Historia Lenguaje Estudios Sociales Arte otras materias

Sí No ¿Alguna vez tuvo que repetir alguno grado(s)?
Si contesto positivamente, ¿Cuál grado fue? _____

Sí No ¿Fue alguna vez diagnosticado con una discapacidad de aprendizaje?

Sí No ¿Alguna vez recibió asistencia educacional especial?

En la escuela, tenía algún problema con:
prestando atención lenguaje visión audición hiperactividad ineptitud

Enumerar todas las actividades extracurriculares en las que has participado (ej., deportes, clubes, etc.)

Empleo:

Sí No ¿Está usted empleado en este momento?

Si no, ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____

Si se retiró, ¿Dónde trabajó antes? _____

Porque se retiró de dicho trabajo? _____

¿Cuál era su título/posición? _____

¿Cuántas horas a la semana trabaja? _____

¿Cuál es su título/posición? _____

¿Cuánto tiempo lleva usted en su actual empleo? _____

Si es relevante, describa como su actual enfermedad/lesión ha afectado su habilidad para trabajar _____

Compensación/demanda:

Sí No ¿Usted recibe beneficios del seguro social?

Sí No ¿Usted recibe beneficios de remuneración al trabajador?

Sí No ¿Está usted recibiendo compensación por discapacidad por enfermedades/lesiones pasadas?

Sí No ¿Está usted aplicando para beneficios de discapacidad?

Sí No ¿Está usted envuelto en algún pleito legal?

Enumere los nombres e información de contacto de algún consejero legal que lo esté asistiendo en este momento:

Sí No ¿Tiene un testamento?

Sí No ¿Tiene un testamento vital?

Sí No ¿Le ha dado a alguien poder legal?

De acuerdo con mi conocimiento, mis respuestas a esta encuesta sobre mi salud e historia de mi comportamiento, son correctas.

Firma del paciente

Fecha