

# Formulario Z1X: Lista de verificación de formularios

Centro: \_\_\_\_\_ ID del sujeto: \_\_\_\_\_

Fecha del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Visita No.: \_\_\_\_ Iniciales del examinador: \_\_\_\_

*INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal clínico.*

El NACC espera que todos los formularios UDS se administren a todos los sujetos evaluados, pero entendemos que esto puede ser imposible cuando el sujeto está en estado terminal, cuando no hay informante, o por otras razones. Se requiere una explicación abajo para los formatos no presentados.

## UDS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo)
	Inglés	Español		Si	No	
A1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Sujeto			
A2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Informante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Familiar del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Medicamentos del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Médica del Sujeto			
B1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Evaluación Física	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Estado Global — CDR			
B5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL NPI-Q	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL GDS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN FUNCIONAL NACC FAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Hallazgos de la Evaluación Neurológica			
B9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Juicio Clínico de los Síntomas			
C2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			
D1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Diagnóstico Clínico			
D2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente			

## MÓDULO FTLD

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo*)
	Inglés	Español		Si	No	
A3a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Registro de Consentimiento para Uso de Muestra Biológica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	UPDRS Complementaria			<b>Obligatorio</b>
B9F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Características clínicas de la APP y DFTvc			<b>Obligatorio</b>
C1F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			<b>Obligatorio</b>
C2F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Cuestionario de Normas Sociales			<b>Obligatorio</b>
C3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala de Conducta Social por Observador			<b>Obligatorio</b>
C4F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala de Inhibición Conductual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
C5F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Índice de Reactividad Personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
C6F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala Revisada de Auto-Monitoreo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
E2F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Imágenes Disponibles			<b>Obligatorio</b>
E3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Imágenes en el Diagnóstico			<b>Obligatorio</b>

## CLS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		
	Inglés	Español		Si	No	
CLS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Lingüística del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<b>Presentar una vez</b>

**CLAVE:** Si el formulario especificado no se completó, por favor asigne uno de los siguientes códigos: 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97= Otro problema 98=Rechazo verbal  
**\*CLAVE SOLAMENTE PARA MODULO FTLD:** Códigos permisibles son 95–98 como arriba, y también 99=Desconocido o falta de información.