

**NACC Uniform Data Set (UDS) – Initial Visit Packet**  
**Form B5S: Behavioral Assessment – Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q<sup>1</sup>) (*Spanish module*)**

Center: \_\_\_\_\_ ADC Subject ID: \_\_\_\_\_ Form Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ADC Visit #: \_\_\_\_\_

**NOTE: This form is to be completed by the clinician or other trained health professional per informant interview, as described by the training video. (This is not to be completed by the subject as a paper-and-pencil self-report.) For information regarding NPI-Q Interviewer Certification, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form B5. Check only one box for each category of response.** Examiner's initials: \_\_\_\_\_

Please ask the following questions based upon changes. Indicate "yes" only if the symptom has been present in the past month; otherwise, indicate "no".  
 For each item marked "yes", rate the SEVERITY of the symptom (how it affects the patient):  
 1 = Mild (noticeable, but not a significant change)  
 2 = Moderate (significant, but not a dramatic change)  
 3 = Severe (very marked or prominent; a dramatic change)

		Yes	No		Severity
1. NPI informante: <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge <input type="checkbox"/> 2 Hijo(a) <input type="checkbox"/> 3 Otro ( <i>especifique</i> ): _____					
2. DELIRIOS: ¿Cree el paciente que otras personas le están robando o que planean hacerle daño de alguna manera?	2a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	2b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. ALUCINACIONES: ¿Actúa el paciente como si oyera voces? ¿Habla el paciente con personas que no están presentes?	3a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	3b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. AGITACIÓN O AGRESIVIDAD: ¿Es el paciente terco o testarudo y resiste la ayuda de otros?	4a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	4b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. DEPRESIÓN O DISFORIA: ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o con la moral baja? ¿Llora?	5a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	5b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6. ANSIEDAD: ¿Se molesta el paciente cuando se separa de usted? ¿Muestra otras señales de nerviosismo, como falta de aire, suspiros, incapacidad de relajarse o sentirse excesivamente tenso?	6a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	6b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

<sup>1</sup> Copyright© Jeffrey L. Cummings, MD. Reproduced by permission.

**NOTE: This form is to be completed by the clinician or other trained health professional per informant interview, as described by the training video. (This is not to be completed by the subject as a paper-and-pencil self-report.) For information regarding NPI-Q Interviewer Certification, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form B5. Check only one box for each category of response.**

Please ask the following questions based upon changes. Indicate "yes" only if the symptom has been present in the past month; otherwise, indicate "no".

For each item marked "yes", rate the SEVERITY of the symptom (how it affects the patient):  
 1 = Mild (noticeable, but not a significant change)  
 2 = Moderate (significant, but not a dramatic change)  
 3 = Severe (very marked or prominent; a dramatic change)

	Yes No		Severity		
7. EUFORIA O EXALTACIÓN: ¿Parece el paciente sentirse demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	7a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	7b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
8. APATÍA O INDIFERENCIA: ¿Parece el paciente menos interesado en sus actividades habituales y en las actividades y planes de los demás?	8a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	8b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
9. PÉRDIDA DE LA INHIBICIÓN: ¿Parece el paciente actuar impulsivamente? Por ejemplo, habla el paciente con extraños como si los conociera o dice el paciente cosas que podrían herir los sentimientos de los demás.	9a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	9b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
10. IRRITABILIDAD O LABILIDAD: ¿Se muestra el paciente irritable o se impacienta? ¿Tiene el paciente dificultad lidiando con retrasos o esperando por actividades planeadas?	10a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	10b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
11. DISTURBIO MOTOR: ¿Lleva a cabo el paciente actividades repetitivas, como dar vueltas por la casa, jugar con botones, enrollar hilos o hacer otras cosas repetitivamente?	11a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	11b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
12. CONDUCTA NOCTURNA: ¿Lo(a) despierta el paciente durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o toma demasiadas siestas durante el día?	12a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	12b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
13. APETITO Y ALIMENTACIÓN: ¿Ha perdido o aumentado de peso el paciente o ha habido algún cambio en la comida que le gusta?	13a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	13b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	