

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL

Formulario A1: Información Demográfica del Sujeto

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el entrevistador basándose en los registros del Centro de Enfermedad de Alzheimer (ADC) o centro de demencias, la entrevista del sujeto, el expediente médico, y el reporte del informante (como se necesiten). Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario A1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

1. Mes y año de nacimiento del sujeto (MM/AAAA):	____/____
2. Estado civil <u>actual</u> del sujeto:	<input type="checkbox"/> 1 Casado <input type="checkbox"/> 2 Viudo <input type="checkbox"/> 3 Divorciado <input type="checkbox"/> 4 Separado <input type="checkbox"/> 5 Soltero (nunca casado o matrimonio anulado) <input type="checkbox"/> 6 Pareja doméstica <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
3. Sexo del sujeto:	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino
4. Situación habitacional actual del sujeto:	<input type="checkbox"/> 1 Vive solo <input type="checkbox"/> 2 Vive con otra persona: esposo o pareja <input type="checkbox"/> 3 Vive con otra persona: familiar, amigo o compañero de cuarto <input type="checkbox"/> 4 Vive con su cuidador, quien no es su esposo/pareja, familiar o amigo <input type="checkbox"/> 5 Vive con un grupo de personas (familiares o no) en una residencia privada <input type="checkbox"/> 6 Vive en una residencia de atención especializada (de asistencia de actividades de la vida diaria, residencia para adultos mayores, convento, o asilo de ancianos) <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
5. Nivel de independencia del sujeto:	<input type="checkbox"/> 1 Es capaz de vivir independientemente <input type="checkbox"/> 2 Requiere asistencia para actividades complejas <input type="checkbox"/> 3 Requiere asistencia para actividades básicas <input type="checkbox"/> 4 Es completamente dependiente <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
6. Tipo de residencia principal del sujeto:	<input type="checkbox"/> 1 Residencia privada (departamento, condominio, casa) <input type="checkbox"/> 2 Comunidad de retiro o vivienda grupal independiente <input type="checkbox"/> 3 Residencia para adultos mayores, casa de asistencia <input type="checkbox"/> 4 Hospital, hospicio, asilo de ancianos, residencia de cuidados médicos especializados <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
7. Código postal de la residencia principal del sujeto (primeros tres dígitos):	____ (Si se desconoce déjelo en blanco)