

**PAQUETE DE VISITA INICIAL** BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS)

## Formulario B9: Juicio Clínico de los Síntomas

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

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

*INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.*

Deterioro de la memoria reportado por el sujeto y el informante																																					
1. ¿El sujeto reporta un deterioro de la memoria (en comparación con sus capacidades previas)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 No pudo ser evaluado/ el sujeto está muy deteriorado																																				
2. ¿El informante reporta un deterioro de la memoria del sujeto (en comparación con sus capacidades previas)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 No hay informante																																				
Síntomas cognitivos																																					
3. Basado en el juicio clínico, ¿el sujeto muestra un deterioro significativo en su cognición?	<input type="checkbox"/> 0 No <b>(PASE A LA PREGUNTA 8)</b> <input type="checkbox"/> 1 Sí																																				
4. Indique si el sujeto presenta un deterioro significativo en los siguientes dominios, o si su cognición fluctúa <i>en comparación con sus capacidades previas</i> :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Desconocido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4a. <b>Memoria</b> Por ejemplo, ¿olvida conversaciones y/o fechas, repite preguntas o frases, pierde sus pertenencias más de lo normal, olvida los nombres de las personas que conoce bien?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4b. <b>Orientación</b> Por ejemplo, ¿tiene problemas para saber el día, mes o año, o no reconoce y/o se pierde en lugares familiares?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4c. <b>Funciones ejecutivas — juicio, planeación, resolución de problemas</b> ¿Tiene dificultad para manejar el dinero (por ejemplo, propinas), pagar cuentas, preparar comidas, hacer compras, utilizar electrodomésticos, tomarse sus medicamentos, o manejar?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4d. <b>Lenguaje</b> ¿Es dubitativo su lenguaje? ¿tiene dificultad para encontrar las palabras o utiliza palabras equivocadas sin darse cuenta de su error?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4e. <b>Función visuoespacial</b> ¿Presenta dificultad para interpretar estímulos visuales y para la navegación?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4f. <b>Atención, concentración</b> ¿Su periodo atencional es breve o presenta dificultad para concentrarse? ¿Se distrae fácilmente?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4g. <b>Cognición fluctuante</b> El estado de alerta y la atención del sujeto varían considerablemente durante el día/horas. Por ejemplo, ¿tiene períodos en que parece “perdido en el espacio”, o donde sus ideas fluyen de manera desorganizada? 4g1. Si es así, ¿a qué edad empezó a fluctuar su cognición? _____ (777 = Edad de inicio registrada en una visita previa del UDS.) (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4h. <b>Otro</b> (ESPECIFICAR): _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		No	Sí	Desconocido	4a. <b>Memoria</b> Por ejemplo, ¿olvida conversaciones y/o fechas, repite preguntas o frases, pierde sus pertenencias más de lo normal, olvida los nombres de las personas que conoce bien?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4b. <b>Orientación</b> Por ejemplo, ¿tiene problemas para saber el día, mes o año, o no reconoce y/o se pierde en lugares familiares?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4c. <b>Funciones ejecutivas — juicio, planeación, resolución de problemas</b> ¿Tiene dificultad para manejar el dinero (por ejemplo, propinas), pagar cuentas, preparar comidas, hacer compras, utilizar electrodomésticos, tomarse sus medicamentos, o manejar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4d. <b>Lenguaje</b> ¿Es dubitativo su lenguaje? ¿tiene dificultad para encontrar las palabras o utiliza palabras equivocadas sin darse cuenta de su error?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4e. <b>Función visuoespacial</b> ¿Presenta dificultad para interpretar estímulos visuales y para la navegación?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4f. <b>Atención, concentración</b> ¿Su periodo atencional es breve o presenta dificultad para concentrarse? ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4g. <b>Cognición fluctuante</b> El estado de alerta y la atención del sujeto varían considerablemente durante el día/horas. Por ejemplo, ¿tiene períodos en que parece “perdido en el espacio”, o donde sus ideas fluyen de manera desorganizada? 4g1. Si es así, ¿a qué edad empezó a fluctuar su cognición? _____ (777 = Edad de inicio registrada en una visita previa del UDS.) (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	4h. <b>Otro</b> (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
	No	Sí	Desconocido																																		
4a. <b>Memoria</b> Por ejemplo, ¿olvida conversaciones y/o fechas, repite preguntas o frases, pierde sus pertenencias más de lo normal, olvida los nombres de las personas que conoce bien?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4b. <b>Orientación</b> Por ejemplo, ¿tiene problemas para saber el día, mes o año, o no reconoce y/o se pierde en lugares familiares?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4c. <b>Funciones ejecutivas — juicio, planeación, resolución de problemas</b> ¿Tiene dificultad para manejar el dinero (por ejemplo, propinas), pagar cuentas, preparar comidas, hacer compras, utilizar electrodomésticos, tomarse sus medicamentos, o manejar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4d. <b>Lenguaje</b> ¿Es dubitativo su lenguaje? ¿tiene dificultad para encontrar las palabras o utiliza palabras equivocadas sin darse cuenta de su error?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4e. <b>Función visuoespacial</b> ¿Presenta dificultad para interpretar estímulos visuales y para la navegación?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4f. <b>Atención, concentración</b> ¿Su periodo atencional es breve o presenta dificultad para concentrarse? ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4g. <b>Cognición fluctuante</b> El estado de alerta y la atención del sujeto varían considerablemente durante el día/horas. Por ejemplo, ¿tiene períodos en que parece “perdido en el espacio”, o donde sus ideas fluyen de manera desorganizada? 4g1. Si es así, ¿a qué edad empezó a fluctuar su cognición? _____ (777 = Edad de inicio registrada en una visita previa del UDS.) (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9																																		
4h. <b>Otro</b> (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1																																			

**INSTRUCCIONES:** Este formulario debe ser completado por el médico. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

<p>5. Indique el síntoma <b>predominante</b> que fue identificado como el primer indicador de deterioro cognitivo del sujeto: <i>NOTA: Ingrese 0 si esta información se registró en un Formulario B9 presentado anteriormente.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Evaluado en una visita previa del UDS  <input type="checkbox"/> 1 Memoria  <input type="checkbox"/> 2 Orientación  <input type="checkbox"/> 3 Función ejecutiva — juicio, planeación y resolución de problemas  <input type="checkbox"/> 4 Lenguaje  <input type="checkbox"/> 5 Función visuoespacial  <input type="checkbox"/> 6 Atención/concentración  <input type="checkbox"/> 7 Cognición fluctuante  <input type="checkbox"/> 8 Otro (ESPECIFICAR): _____  <input type="checkbox"/> 99 Desconocido</p>
<p>6. Modo de inicio de los síntomas cognitivos:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Gradual  <input type="checkbox"/> 2 Subagudo  <input type="checkbox"/> 3 Abrupto  <input type="checkbox"/> 4 Otro (ESPECIFICAR): _____  <input type="checkbox"/> 99 Desconocido</p>

7. Basándose en el juicio clínico, ¿a qué edad inició el deterioro cognitivo? \_\_\_\_\_  
 (777 = Edad de deterioro cognitivo registrada en una visita previa del UDS.)  
 (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio).

**Síntomas conductuales**

8. Basándose en el juicio clínico, ¿presenta el sujeto algún tipo de síntomas conductuales?  0 No (PASE A LA PREGUNTA 13)  1 Sí

<p>9. Indique si el sujeto presenta cambios en su comportamiento de las siguientes maneras:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>Desconocido</th> </tr> </thead> </table>	No	Sí	Desconocido									
No	Sí	Desconocido											
<p>9a. <b>Apatía, aislamiento</b> ¿Ha perdido interés o se ha reducido su habilidad para iniciar actividades cotidianas o para la interacción social, como conversar con la familia y/o amigos?</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9									
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<p>9b. <b>Estado de ánimo deprimido</b> ¿Parece deprimido por periodos de más de dos semanas?; por ejemplo, ¿ha perdido el interés en realizar casi todas sus actividades o ya no las encuentra placenteras? ¿Ha experimentado tristeza, desesperanza, pérdida del apetito, fatiga?</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9									
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<p>9c. <b>Psicosis</b></p> <p>9c1. Alucinaciones visuales</p> <p>9c1a. Si las presenta, ¿las alucinaciones son detalladas y están bien formadas?</p> <p>9c1b. Si están bien formadas, ¿cuál fue la edad de inicio de éstas?:                  _____                  (777 = Edad de inicio registrada en una visita previa del UDS; 888 = N/A, no están bien formadas)                  (El médico deberá utilizar su mejor juicio clínico para estimar la edad de inicio.)</p> <p>9c2. Alucinaciones auditivas</p> <p>9c3. Creencias anormales, falsas o delirantes</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											

**INSTRUCCIONES:** Este formulario debe ser completado por el médico. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

	No	Sí	Desconocido
9d. <b>Desinhibición</b> ¿Utiliza lenguaje grosero o inapropiado o tiene comportamientos inapropiados en público o en su casa? ¿Habla con extraños de manera familiar o presenta un descuido en su higiene/aliño?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9e. <b>Irritabilidad</b> ¿Sus reacciones son exageradas?, por ejemplo, ¿le grita a sus familiares o a otras personas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9f. <b>Agitación</b> ¿Tiene dificultad para mantenerse quieto? ¿Grita, golpea, o patear?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9g. <b>Cambios de personalidad</b> ¿Tiene comportamientos extraños, fuera de lo común o distintos a su forma de ser como acumulación de objetos, suspicacia (sin delirios), vestido extravagante o cambios en su dieta? ¿No toma en cuenta los sentimientos de los demás?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9h. <b>Trastorno de conducta durante el sueño MOR</b> ¿Actúa sus sueños (por ejemplo, patear, mueve sus brazos, grita)? 9h1. Si lo presenta, ¿cuál fue la edad de inicio del trastorno de conducta durante el sueño MOR? _____ (777 = Edad de inicio registrada en una visita previa del UDS.) (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9i. <b>Ansiedad</b> Por ejemplo, ¿presenta signos de nerviosismo (suspiros frecuentes, expresiones faciales ansiosas, se frota las manos) y/o preocupación excesiva?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9j. <b>Otro</b> (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
10. Indique el síntoma <b>predominate</b> que fue identificado como el primer indicador de deterioro conductual en el sujeto: <i>NOTA: Ingrese 0 si esta información se registró en un Formulario B9 presentado anteriormente.</i>	<input type="checkbox"/> 0 Evaluado en una visita previa del UDS <input type="checkbox"/> 1 Apatia/ aislamiento <input type="checkbox"/> 2 Estado de ánimo deprimido <input type="checkbox"/> 3 Psicosis <input type="checkbox"/> 4 Desinhibición <input type="checkbox"/> 5 Irritabilidad <input type="checkbox"/> 6 Agitación <input type="checkbox"/> 7 Cambios de personalidad <input type="checkbox"/> 8 Trastorno de conducta durante el sueño MOR <input type="checkbox"/> 9 Ansiedad <input type="checkbox"/> 10 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 99 Desconocido		
11. Modo de inicio de los síntomas conductuales:	<input type="checkbox"/> 1 Gradual <input type="checkbox"/> 2 Subagudo <input type="checkbox"/> 3 Abrupto <input type="checkbox"/> 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 99 Desconocido		
12. Basándose en el juicio clínico, ¿a qué edad aparecieron los síntomas conductuales? (777 = Edad de inicio registrada en una visita previa del UDS.) (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)	_____		

**INSTRUCCIONES:** Este formulario debe ser completado por el médico. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

Síntomas motores				
13. Basándose en el juicio clínico, ¿presenta el sujeto algún tipo de síntomas motores?	<input type="checkbox"/> 0 No <b>(PASE A LA PREGUNTA 20)</b> <input type="checkbox"/> 1 Sí			
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Desconocido</b>
14. Indique si el sujeto presenta cambios significativos en la función motora				
14a. <b>Trastorno de la marcha</b> ¿Ha cambiado la forma de caminar del sujeto sin que esto se deba a artritis o a alguna lesión física? ¿Presenta inestabilidad, arrastra un pie o no balancea los brazos cuando camina?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14b. <b>Caídas</b> ¿Se cae más de lo normal?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14c. <b>Temblor</b> ¿Sacude rítmicamente sus brazos, manos, piernas, cabeza, manos o lengua?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14d. <b>Enlentecimiento</b> ¿Realiza de manera más lenta actividades como caminar, moverse o escribir y esto no se debe a una lesión o enfermedad? ¿Su expresión facial ha cambiado, se ha vuelto acartonada (aspecto de máscara) o menos expresiva?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
15. Indique el síntoma <b>predominante</b> que fue identificado como el primer indicador de deterioro motor en el sujeto: <i>NOTA: Ingrese 0 si esta información se registró en un Formulario B9 presentado anteriormente.</i>		<input type="checkbox"/> 0 Evaluado en una visita previa del UDS <input type="checkbox"/> 1 Trastorno de la marcha <input type="checkbox"/> 2 Caídas <input type="checkbox"/> 3 Temblor <input type="checkbox"/> 4 Enlentecimiento <input type="checkbox"/> 99 Desconocido		
16. Modo de inicio de los síntomas motores:		<input type="checkbox"/> 1 Gradual <input type="checkbox"/> 2 Subagudo <input type="checkbox"/> 3 Abrupto <input type="checkbox"/> 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 99 Desconocido		
17. ¿Los cambios motores sugieren parkinsonismo?		<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (Si la respuesta es no o desconocido, <b>PASE A LA PREGUNTA 18</b> )		
17a. Si presenta cambios motores, ¿cuál fue la edad de inicio de los síntomas motores sugestivos de parkinsonismo? (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)		_____ (777 = Registrado en una visita previa del UDS)		
18. ¿Los cambios motores sugieren una esclerosis lateral amiotrófica?		<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (Si la respuesta es no o desconocido, <b>PASE A LA PREGUNTA 19</b> )		
18a. Sí es el caso, ¿a qué edad se presentaron los síntomas motores sugerentes de esclerosis lateral amiotrófica? (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)		_____ (777 = Registrado en una visita previa del UDS)		
19. Basándose en el juicio clínico, ¿cuál fue la edad de inicio de los cambios motores? (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio de los síntomas motores.)		_____ (777 = Registrado en una visita previa del UDS)		

Progresión general del deterioro y dominio predominante	
20. Progresión general del deterioro cognitivo/conductual/motor:	<input type="checkbox"/> 1 Gradual progresiva <input type="checkbox"/> 2 Escalonada <input type="checkbox"/> 3 Estática <input type="checkbox"/> 4 Fluctuante <input type="checkbox"/> 5 Mejorada <input type="checkbox"/> 8 No aplica <input type="checkbox"/> 9 Desconocida
21. Indique el dominio <b>predominante</b> que fue identificado como el primer indicador de deterioro en el sujeto:  <i>NOTA: Ingrese 0 si esta información se registró en un Formulario B9 presentado anteriormente.</i>	<input type="checkbox"/> 0 Evaluado en una visita previa del UDS <input type="checkbox"/> 1 Cognición <input type="checkbox"/> 2 Conducta/ comportamiento <input type="checkbox"/> 3 Función motora <input type="checkbox"/> 8 No aplica <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
Candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy o degeneración lobar frontotemporal	
22. ¿El sujeto es candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
23. ¿El sujeto es candidato a evaluación adicional para degeneración lobar frontotemporal?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí