

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

## 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 Inicial, Formulario A1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.*

<p>1. Razón principal para asistir al ADC o centro de demencias:</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Participar en un protocolo de investigación</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Evaluación clínica</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> Ambas (participar en un protocolo de investigación y la evaluación clínica)</p> <p><input type="checkbox"/><sub>9</sub> Desconocido</p>
<p>2a. Fuente principal de referencia: (Si la respuesta es 1 o 2, <b>pase a la pregunta 2B</b>, de lo contrario <b>pase a la pregunta 3</b>)</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Auto-referencia</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Contacto no profesional (esposo(a)/pareja, familiar, amigo, compañero de trabajo)</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> Participante del ADC</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> Médico, investigador, o personal del ADC</p> <p><input type="checkbox"/><sub>5</sub> Enfermera, doctor u otro profesional de la salud</p> <p><input type="checkbox"/><sub>6</sub> Otro médico, investigador, o personal (no-ADC; por ejemplo, ADNI, Iniciativa de Salud para la Mujer)</p> <p><input type="checkbox"/><sub>8</sub> Otro</p> <p><input type="checkbox"/><sub>9</sub> Desconocido</p>
<p>2b. Si fue auto-referido o referido por un contacto no profesional, ¿cómo se enteró la fuente de referencia sobre el ADC?</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Anuncio del ADC (por ejemplo, página web, correo electrónico, anuncio en el periódico, presentación en la comunidad)</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Mención del estudio del ADC en un artículo noticioso o en un programa de televisión</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> Conferencia o evento comunitario (por ejemplo, paseo comunitario de la memoria)</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> Página web o anuncio en medios de otra organización (por ejemplo Asociación de Alzheimer, clinicaltrials.gov)</p> <p><input type="checkbox"/><sub>8</sub> Otro</p> <p><input type="checkbox"/><sub>9</sub> Desconocido</p>
<p>3. Diagnóstico presuntivo al momento del registro:</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Caso, paciente, o probando</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Control o sujeto normal</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> No se supone/asume enfermedad</p>
<p>4. Participación presuntiva:</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Sólo evaluación inicial</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Seguimiento longitudinal planeado</p>

5. Tipo de registro al ADC:	<input type="checkbox"/> 1 Financiado por el ADC principalmente (Clinical Core, Satellite Core, u otro ADC Core o proyecto). <input type="checkbox"/> 2 Financiado principalmente por otro proyecto que no es del ADC (por ejemplo, R01, incluyendo financiamiento que apoya la participación en el Módulo FTLD).
6. Mes y año de nacimiento del sujeto (MM/AAAA):	____ / _____
7. Sexo del sujeto:	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino
8. ¿El sujeto reporta tener un origen étnico Hispano/Latino (es decir, es originario de un país latinoamericano de habla hispana), independientemente de su raza?	<input type="checkbox"/> 0 No ( <b>PASE A LA PREGUNTA 9</b> ) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (Si desconocido, <b>PASE A LA PREGUNTA 9</b> )
8a. Si la respuesta es sí, ¿qué orígenes reporta tener el sujeto?	<input type="checkbox"/> 1 Mexicano, Chicano o Mexicano-Americano <input type="checkbox"/> 2 Puertorriqueño <input type="checkbox"/> 3 Cubano <input type="checkbox"/> 4 Dominicano <input type="checkbox"/> 5 Centroamericano <input type="checkbox"/> 6 Sudamericano <input type="checkbox"/> 50 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 99 Desconocido
9. ¿Qué raza reporta tener el sujeto?	<input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> 3 Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> 5 Asiática <input type="checkbox"/> 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 99 Desconocida
10. ¿Qué otra raza reporta tener el sujeto?	<input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> 3 Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> 5 Asiática <input type="checkbox"/> 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 88 Ninguna <input type="checkbox"/> 99 Desconocida

<p>11. ¿Qué raza adicional a las mencionadas en las preguntas 9 y 10 reporta tener el sujeto?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Negra o Afroamericana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Indio Americano o nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Asiática</p> <p><input type="checkbox"/> 50 Otra (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> 99 Desconocida</p>
<p>12. Idioma principal del sujeto:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Español</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Mandarín</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Cantonés</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Otro idioma principal (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>13. Nivel educativo del sujeto — Utilice los códigos que se presentan a continuación para el reporte; si el grado/nivel no fue completado, escriba el número de años cursados: _____</p> <p><b>12=preparatoria / bachillerato o GED 16=licenciatura 18=maestría 20=doctorado 99 = desconocido</b></p>	
<p>14. Estado civil <u>actual</u> del sujeto:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Casado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Viudo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Separado</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Soltero (nunca casado o matrimonio anulado)</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Pareja doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>15. Situación habitacional actual del sujeto:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Vive solo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Vive con otra persona: esposo o pareja</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Vive con otra persona: familiar, amigo o compañero de cuarto</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Vive con su cuidador, quien no es su esposo/pareja, familiar o amigo</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Vive con un grupo de personas (familiares o no) en una residencia privada</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>16. Nivel de independencia del sujeto:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Es capaz de vivir independientemente</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Requiere asistencia para actividades complejas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Requiere asistencia para actividades básicas</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Es completamente dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>

17. Tipo de residencia principal del sujeto:

- 1 Residencia privada (departamento, condominio, casa)
- 2 Comunidad de retiro o vivienda grupal independiente
- 3 Residencia para adultos mayores, casa de asistencia
- 4 Hospital, hospicio, asilo de ancianos, residencia de cuidados médicos especializados
- 9 Desconocido

18. Código postal de la residencia principal del sujeto (primeros tres dígitos):

\_\_\_\_ (Si se desconoce déjelo en blanco)

19. Lateralidad del sujeto (por ejemplo, ¿qué mano utiliza normalmente para escribir o aventar una pelota?)

- 1 Zurdo
- 2 Diestro
- 3 Ambidiestro
- 9 Desconocido