

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

Formulario A5: Historia Médica del Sujeto

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico o el personal del ADC. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario A5. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

| 1. Historia de uso de tabaco y alcohol | |
|--|--|
| USO DE TABACO | |
| 1a. ¿El sujeto ha fumado en los pasados 30 días? | <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido |
| 1b. ¿El sujeto ha fumado más de 100 cigarros / cigarrillos en su vida? (Si la respuesta es No o Desconocido, PASE A LA PREGUNTA 1F) | <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido |
| 1c. Número total de años que ha fumado el sujeto (<i>99 = desconocido</i>): | ____ |
| 1d. Número promedio de paquetes de cigarros / cigarrillos que fuma el sujeto por día: | <input type="checkbox"/> 1 1 cigarro a menos de ½ paquete <input type="checkbox"/> 2 ½ paquete a menos de 1 paquete <input type="checkbox"/> 3 1 paquete a menos de 1½ paquetes <input type="checkbox"/> 4 1½ paquetes a menos de 2 paquetes <input type="checkbox"/> 5 2 paquetes o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido |
| 1e. Si el sujeto dejó de fumar, especifique la edad en la que fumó por última vez (<i>888 = no aplica, 999 = desconocido</i>): | ____ |
| USO DE ALCOHOL | |
| 1f. ¿El sujeto ha consumido alcohol en los últimos 3 meses? | <input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 2a) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (PASE A LA PREGUNTA 2a) |
| 1g. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia consumió el sujeto al menos una bebida alcohólica como vino, cerveza, licor o cocteles? | <input type="checkbox"/> 0 Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> 1 Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 Diario o casi diario <input type="checkbox"/> 9 Desconocido |

EN LAS SIGUIENTES SECCIONES 2-7, registre la presencia o ausencia de un **historial** de estas condiciones médicas al momento de **la visita actual**, basándose en el juicio clínico posterior a la entrevista sobre la historia médica realizada con el sujeto y su informante.

LA CONDICION MEDICA DEBE SER CONSIDERADA ...

- **Ausente** SI ... la entrevista con el sujeto y el informante no sugieren que dicha condición está presente.
- **Reciente/activa** SI ... ocurrió durante el año pasado, o si aun requiere de tratamiento médico, y si concuerda con la información proporcionada por el sujeto y el informante.
- **Pasada/inactiva** SI ... ocurrió en el pasado (hace más de un año) pero se resolvió, o si no está bajo tratamiento.
- **Desconocido** SI ... no hay información suficiente de acuerdo con la entrevista del sujeto y del informante.

| 2. Enfermedad cardiovascular | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 2a. Ataque cardíaco/ paro cardíaco (Si la respuesta es ausente o desconocida, PASE A LA PREGUNTA 2b) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2a1. Más de un ataque cardíaco <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido | | | | |
| 2a2. Año del ataque al miocardio más reciente (9999 = desconocido): _____ | | | | |
| 2b. Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2c. Angioplastía/ endarterectomía/ stent | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2d. Bypass cardíaco/coronario | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2e. Marcapasos y/o desfibrilador | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2f. Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2g. Angina de pecho | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2h. Reemplazo o reparación de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2i. Otra enfermedad cardiovascular (ESPECIFICAR): _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. Enfermedad cerebrovascular | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
| 3a. Accidente cerebrovascular – por historia clínica, no por examen (no se requiere de estudios de imagen) (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 3b) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3a1. ¿Más de un accidente cerebrovascular? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido | | | | |
| 3a2. Año del accidente cerebrovascular más reciente (9999 = desconocido): _____ | | | | |

3b. Ataque isquémico transitorio (Si la respuesta es ausente o desconocido, 0 1 2 9
PASE A LA PREGUNTA 4a)

3b1. ¿Más de un ataque isquémico transitorio?
 0 No 1 Sí 9 Desconocido

3b2. Año del ataque isquémico transitorio más reciente
 (9999 = desconocido): _____

| 4. Enfermedades neurológicas | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
|------------------------------|---------|---------------------|---------------------|-------------|
|------------------------------|---------|---------------------|---------------------|-------------|

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| 4a. Enfermedad de Parkinson (EP) (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 4b) 4a1. Año del diagnóstico de EP (9999 = desconocido): _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 9 |
|--|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| 4b. Parkinsonismo secundario a otra enfermedad (por ejemplo, PSP, DCB) (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 4c) 4b1. Año del diagnóstico de parkinsonismo (9999 = desconocido): _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 9 |
|--|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|

| | | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4c. Convulsiones | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4d. Traumatismo craneo-encefálico (TCE) (Si la respuesta es ausente or desconocido, PASE A LA PREGUNTA 5a) 4d1. TCE con pérdida de conciencia por un período breve (<5 minutos) <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Único <input type="checkbox"/> 2 Repetido/múltiple <input type="checkbox"/> 9 Desconocido 4d2. TCE con pérdida de conciencia de un período largo (>5 minutos) <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Único <input type="checkbox"/> 2 Repetido/múltiple <input type="checkbox"/> 9 Desconocido 4d3. TCE sin pérdida de conciencia (por ejemplo, como resultado de accidentes deportivos o explosiones/detonaciones militares) <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Único <input type="checkbox"/> 2 Repetido/múltiple <input type="checkbox"/> 9 Desconocido 4d4. Año del TCE más reciente (9999 = desconocido): _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| 5. Condiciones médicas | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
|------------------------|---------|---------------------|---------------------|-------------|
|------------------------|---------|---------------------|---------------------|-------------|

Si alguna de las condiciones médicas aun requiere de tratamiento y/o medicación, por favor seleccione "Reciente/activa"

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5a. Diabetes (Si la respuesta es ausente or desconocido, PASE A LA PREGUNTA 5b) 5a1. Si la respuesta es reciente/activa o pasada/inactiva, ¿de qué tipo? <input type="checkbox"/> 1 Tipo 1 <input type="checkbox"/> 2 Tipo 2 <input type="checkbox"/> 3 Otro tipo (diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional) <input type="checkbox"/> 9 Desconocido | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5b. Hipertension | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| 5. Condiciones médicas (continuación) | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5c. Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5d. Deficiencia de B12 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5e. Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5f. Artritis (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 5g) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5f1. Tipo de artritis: <input type="checkbox"/> 1 Reumatoide <input type="checkbox"/> 2 Osteoartritis <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido | | | | |
| 5f2. Region(es) afectadas (seleccionar todas las que apliquen): | | | | |
| 5f2a. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad superior | | | | |
| 5f2b. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad inferior | | | | |
| 5f2c. <input type="checkbox"/> 1 Columna vertebral | | | | |
| 5f2d. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido | | | | |
| 5g. Incontinencia — urinaria | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5h. Incontinencia — fecal | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5i. Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5j. Trastorno de conducta durante el sueño MOR | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5k. Hiposomnia/ insomnio | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5l. Otro trastorno del sueño (ESPECIFICAR): _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Abuso de sustancias | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
| 6a. Abuso de alcohol: disfunción clínicamente significativa en un periodo de 12 meses, manifestada en alguna de las siguientes areas: trabajo, manejo, legal or social. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6b. Abuso de sustancias de otro tipo: disfunción clínicamente significativa en un periodo de 12 meses, manifestada en alguna de las siguientes areas: trabajo, manejo, legal or social. (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 7a) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6b1. Si reciente/activa o pasada/inactiva, especifique la sustancia de abuso: _____ | | | | |

| 7. Enfermedades psiquiátricas, diagnosticadas o tratadas por un médico | Ausente | Reciente/ activa | Pasada/ inactiva | Desconocido |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 7a. Trastorno de estrés postraumático (TEPT) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7b. Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7c. Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7d. Depresión 7d1. Depresión activa en los dos años pasados/anteriores <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido 7d2. Episodios depresivos hace más de dos años <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido | | | | |
| 7e. Ansiedad | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7f. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7g. Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo (por ejemplo, trastorno del espectro autista (TEA), déficit de atención con hiperactividad (TDAH), dislexia) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7h. Otros trastornos psiquiátricos (Si la respuesta es ausente or desconocido, FINALICE EL FORMULARIO AQUI.) 7h1. Si reciente/activa o pasada/inactiva, especifique el trastorno: _____ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |