



BASE DE DATOS UNIFORMES (UDS) DEL NACC

Paquete de Visita Inicial

Versión 3.0, Marzo de 2015

Copyright© 2006, 2008, 2015, 2017 Universidad de Washington. Creado y publicado por el Grupo de Trabajo Clínico del Programa ADC (John C. Morris, MD, Presidente) y el Centro Coordinador Nacional de Alzheimer (Walter A. Kukull, PhD, Director). Todos los derechos reservados.

Esta publicación fue financiada por los Institutos Nacionales de Salud a través del Instituto Nacional de Envejecimiento (Acuerdo de Cooperación UO1 AGO16976).

Traducido y adaptado al Español por el Grupo de Trabajo Latino del Programa ADC y la Red Latinoamericana de Demencias (RLAD)¹ (Katya Rascovsky, PhD, Director). Todos los derechos reservados. Esta publicación fue financiada en parte por los Institutos Nacionales de Salud (AG 046499, AG017586).

¹**Miembros RLAD:** Diana Matallana PhD, Ángela Martínez M.A., José Manuel Santacruz MD, Carlos Cano MD, Ángela M. Iragorri MD, Pablo A. Reyes M.S., Felipe Uriza MD, Ignacio Zarante MD PhD, Paola Ayala M.S., Hernando Santamaría-García, MD (Colombia); Ana Luisa Sosa MD PhD, María Esther Gómez PhD, Jose Alberto Téllez Martínez MD, Oscar R. Marrufo (México); Ricardo Allegri MD PhD, Ezequiel I. Surace PhD, Ismael Calandri MD, Lucia Crivelli, Elisa Symth, Diego Sarasola MD (Argentina); Nilton Custodio MD, Carla Gallo, Dr.Sc., José Cuenca, Giovanni Poletti, M.Sc. (Perú)

Agradecimientos: Con la colaboración de David Salmon PhD, Tamar Gollan PhD, Mary Sano PhD, Elizabeth Guerrero-Berroa PhD, Lina D'Orazio PhD, Jennifer Manly PhD y Sandra Weintraub PhD.

Formulario Z1X: Lista de verificación de formularios

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal clínico.

El NACC espera que todos los formularios UDS se administren a todos los sujetos evaluados, pero entendemos que esto puede ser imposible cuando el sujeto está en estado terminal, cuando no hay informante, o por otras razones. Se requiere una explicación abajo para los formatos no presentados.

UDS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo)
	Inglés	Español		Si	No	
A1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Sujeto			
A2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Informante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Familiar del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Medicamentos del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Médica del Sujeto			
B1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Evaluación Física	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	CDR® con NACC FTLD			
B5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL NPI-Q	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL GDS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN FUNCIONAL NACC FAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Hallazgos de la Evaluación Neurológica			
B9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Juicio Clínico de los Síntomas			
C2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			
D1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Diagnóstico Clínico			
D2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente			

MÓDULO FTLD

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo*)
	Inglés	Español		Si	No	
A3a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Registro de Consentimiento para Uso de Muestra Biológica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	UPDRS Complementaria			Obligatorio
B9F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Características clínicas de la APP y DFTvc			Obligatorio
C1F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			Obligatorio
C2F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Cuestionario de Normas Sociales			Obligatorio
C3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala de Conducta Social por Observador			Obligatorio
C4F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala de Inhibición Conductual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
C5F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Índice de Reactividad Personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
C6F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala Revisada de Auto-Monitoreo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
E2F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Imágenes Disponibles			Obligatorio
E3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Imágenes en el Diagnóstico			Obligatorio

CLS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		
	Inglés	Español		Si	No	
CLS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Lingüística del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	Presentar una vez

CLAVE: Si el formulario especificado no se completó, por favor asigne uno de los siguientes códigos: 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97= Otro problema 98=Rechazo verbal
***CLAVE SOLAMENTE PARA MODULO FTLD:** Códigos permisibles son 95–98 como arriba, y también 99=Desconocido o falta de información.

Revisions made to the Initial Visit Packet since UDS3 implementation (March 15, 2015)

Date yyy-mm-dd	Description	Form(s) affected	Question(s) affected	Data element(s) affected
2019-04-15	Name of CDR changed to comply with trademark requirements	N/A	N/A	N/A
2018-02-20	Codes for English and Spanish corrected on Spanish version of Form Z1X so that 1=English and 2=Spanish	Z1X	All	N/A

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

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 (PASE A LA PREGUNTA 9) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (Si desconocido, PASE A LA PREGUNTA 9)
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>12=preparatoria / bachillerato o GED 16=licenciatura 18=maestría 20=doctorado 99 = desconocido</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

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

Formulario A2: Información Demográfica del Informante

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el entrevistador basándose en lo reportado por el informante. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario A2. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

1. Mes y año de nacimiento del informante (MM / AAAA):	____ / ____ (99/9999 = desconocido)
2. Sexo del informante:	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino
3. ¿El informante 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 (PASE A LA PREGUNTA 4) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (PASE A LA PREGUNTA 4)
3a. Si el informante reporta tener un origen étnico Hispano/Latino, ¿qué origen étnico específico reporta?	<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
4. ¿Qué raza reporta tener el informante?	<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 Desconocido
5. ¿Qué otra raza reporta tener el informante?	<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 Desconocido

6. ¿Qué raza adicional a las mencionadas en las preguntas 4 y 5 reporta tener el informante?	<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 Desconocido
7. Nivel educativo del informante — Utilizar los códigos que se presentan a continuación para el reporte; si el grado/nivel no fue completado, escriba el número de años cursados: _____ 12 = preparatoria / bachillerato o GED 16 = licenciatura 18 = maestría 20 = doctorado 99 = desconocido	
8. ¿Cuál es la relación del informante con el sujeto?	<input type="checkbox"/> 1 Espos(a), pareja, compañero (incluyendo ex-espos(a), ex-pareja, prometido(a), novio(a)) <input type="checkbox"/> 2 Hijo (consanguíneo, hijastro, adoptado) <input type="checkbox"/> 3 Hermano (consanguíneo, hermanastro, adoptado) <input type="checkbox"/> 4 Otro familiar (consanguíneo, adquirido por el matrimonio, adoptado) <input type="checkbox"/> 5 Amigo, vecino o conocido de la familia/amigos/trabajo o de la comunidad (por ejemplo, de la iglesia). <input type="checkbox"/> 6 Cuidador profesional, proveedor de la salud o médico
8a. ¿Cuánto tiempo (años) tiene el informante de conocer al sujeto?	_____ años (999=desconocido)
9. ¿Vive el informante con el sujeto?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 10)
9a. Si el informante no vive con el sujeto, ¿con qué frecuencia visita personalmente al sujeto?	<input type="checkbox"/> 1 Diario <input type="checkbox"/> 2 Al menos tres veces por semana <input type="checkbox"/> 3 Semanalmente <input type="checkbox"/> 4 Al menos tres veces al mes <input type="checkbox"/> 5 Mensualmente <input type="checkbox"/> 6 Menos de una vez al mes
9b. Si el informante no vive con el sujeto, ¿con qué frecuencia tiene contacto telefónico con él?	<input type="checkbox"/> 1 Diario <input type="checkbox"/> 2 Al menos tres veces por semana <input type="checkbox"/> 3 Semanalmente <input type="checkbox"/> 4 Al menos tres veces al mes <input type="checkbox"/> 5 Mensualmente <input type="checkbox"/> 6 Menos de una vez al mes
10. ¿Es cuestionable la confiabilidad del informante?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí

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

Formulario A3: Historia Familiar del Sujeto

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un médico con experiencia en evaluar pacientes con problemas neurológicos y padecimientos psiquiátricos. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario A3.

<p>1. ¿Hay miembros afectados de la familia (padres biológicos, hermanos consanguíneos completos (comparten ambos padres), o hijos biológicos)?</p> <p><i>“Afectados” = que padecen demencia o cualquiera de los diagnósticos clínicos que se enumeran en el Apéndice 1 en la página 5 de este formulario.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>2a. En esta familia, ¿hay una mutación conocida en un gen asociado con Enfermedad de Alzheimer (EA)? Si la hay, ¿cuál es la mutación predominante?</p> <p>NOTA: en esta pregunta no se debe reportar APOE.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 3a)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí, APP</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Sí, PS-1 (PSEN-1)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sí, PS-2 (PSEN-2)</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Sí, otra (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Se desconoce si existe una mutación (PASE A LA PREGUNTA 3a)</p>
<p>2b. Fuente de evidencia de la mutación relacionada con EA (seleccione una):</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Informe del familiar (no hay documentación disponible)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Documentación de una prueba de laboratorio comercial</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Documentación de una prueba de laboratorio de investigación</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Otro (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>3a. En esta familia, ¿hay una mutación conocida en un gen asociado con degeneración lobar frontotemporal (FTLD)? Si la hay, ¿cuál es la mutación predominante?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 4a)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí, MAPT</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Sí, PGRN</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sí, C9orf72</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Sí, FUS</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Sí, otra (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Se desconoce si existe una mutación (PASE A LA PREGUNTA 4a)</p>

<p>3b. Fuente de evidencia de la mutación relacionada con FTLD (seleccione una):</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Informe del familiar (no hay documentación disponible)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Documentación de una prueba de laboratorio comercial</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Documentación de una prueba de laboratorio de investigación</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Otro (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>4a. En esta familia, ¿hay alguna otra mutación conocida además de las asociadas con EA y FTLD? (Si no hay evidencia o se desconoce la información, PASE A LA PREGUNTA 5a)</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 5a)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido (PASE A LA PREGUNTA 5a)</p>
<p>4b. Fuente de evidencia de otra mutación (seleccione una):</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Informe del familiar (no hay documentación disponible)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Documentación de una prueba de laboratorio comercial</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Documentación de una prueba de laboratorio de investigación</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Otro (ESPECIFICAR): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>

PADRES BIOLÓGICOS

Utilice el siguiente cuadro para proveer información acerca de los padres biológicos. Si se desconoce el año de nacimiento, por favor provea un año de nacimiento aproximado en el Formulario A3 de la Visita Inicial del UDS y cerciorarse de utilizar el mismo año de nacimiento en el Formulario de A3 de la Visita de Seguimiento. Si no le es posible al sujeto o al informante estimar el año de nacimiento, ingrese 9999=desconocido.

Para padres biológicos afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, se debe llenar la fila completa de la tabla. Si el médico no puede determinar la condición neurológica/psiquiátrica primaria después de haber revisado la evidencia disponible, ingrese 9=desconocido en la columna **Problema neurológico/psiquiátrico primario** y no complete las columnas subsiguientes de dicha fila. Para padres biológicos no afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, ingrese 8=N/A — ninguna condición neurológica o psiquiátrica en la columna **Problema neurológico/psiquiátrico primario** y no complete las columnas subsiguientes de dicha fila.

	Mes y año de nacimiento (99/9999=desconocido)	Edad al fallecimiento (888=N/A, 999=desconocido)	Problema neurológico/psiquiátrico primario*	Diagnóstico primario**	Método de evaluación***	Edad de inicio (999=desconocido)
Vea los CÓDIGOS, abajo						
5a. Madre	__/____	____	__	____	__	____
5b. Padre	__/____	____	__	____	__	____

***CÓDIGOS para problemas neurológicos y condiciones psiquiátricas**

- 1 Deterioro cognitivo/cambio conductual
- 2 Enfermedad de Parkinson (EP)
- 3 Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)
- 4 Otra condición neurológica, como esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular
- 5 Condición psiquiátrica, como esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo o depresión
- 8 N/A — no hay problemas neurológicos o condiciones psiquiátricas
- 9 Desconocido

****CÓDIGOS para el diagnóstico primario**

Véase el Apéndice 1 en la página 5 de este formulario

*****CÓDIGOS para el método de evaluación 1**

- Autopsia
- 2 Examen
- 3 Revisión del registro médico de la evaluación formal de demencia
- 4 Revisión de registros médicos generales Y entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto
- 5 Revisión de registros médicos únicamente
- 6 Entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto
- 7 Informe familiar

Año de nacimiento de hermanos consanguíneos completos e hijos biológicos: Si se desconoce el año de nacimiento, por favor provea un año aproximado en los Formularios A3 de la Visita Inicial y de Seguimiento del UDS, de manera que el hermano(a) o hijo(a) con año de nacimiento desconocido quede ubicado(a) en el orden de nacimiento correcto en relación a los otros hermanos/hijos.

Ejemplo: Supongamos que un sujeto es el mayor de tres hijos. El sujeto nació en 1940 y el segundo hermano, en 1943; el año de nacimiento del tercer hermano no se conoce. Un año de nacimiento aproximado como 1944 o más tardío, deberá asignarse al hermano más joven.

Utilice el mismo año de nacimiento en el Formulario A3a del Módulo FTLD (si se utiliza éste) y en todas las visitas del UDS para que la información nueva sobre algún hermano o hijo esté ligada a la información previa. Si no le es posible al sujeto o al informante estimar el año de nacimiento, ingrese 9999= desconocido.

HERMANOS CONSANGUÍNEOS COMPLETOS

6. ¿Cuántos hermanos consanguíneos completos tiene el sujeto? ____
 Si el sujeto no tiene hermanos consanguíneos completos, **PASE A LA PREGUNTA 7**; de otra manera, complete la información acerca de los hermanos consanguíneos completos en el siguiente cuadro.
 Para hermanos consanguíneos completos afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, se debe llenar la fila completa de la tabla. Si el médico no puede determinar la condición neurológica/psiquiátrica primaria después de haber revisado la evidencia disponible, ingrese 9=desconocido en la columna **Problema neurológico/psiquiátrico primario** y no complete las columnas subsecuentes de dicha fila. Para hermanos biológicos no afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, ingrese 8=N/A — ninguna condición neurológica o psiquiátrica en la columna **Problema neurológico/psiquiátrico primario** y no complete las columnas subsecuentes de dicha fila.

Vea los códigos en la siguiente página	Mes y año de nacimiento (99/9999= desconocido)	Edad al fallecimiento (888=N/A, 999= desconocido)	Problema neurológico/psiquiátrico primario*	Diagnóstico primario**	Método de evaluación***	Edad de inicio (999= desconocido)
			Vea los CÓDIGOS en la página 4			
6a. Hermano 1	__/____	___	__	____	__	___
6b. Hermano 2	__/____	___	__	____	__	___
6c. Hermano 3	__/____	___	__	____	__	___
6d. Hermano 4	__/____	___	__	____	__	___
6e. Hermano 5	__/____	___	__	____	__	___
6f. Hermano 6	__/____	___	__	____	__	___
6g. Hermano 7	__/____	___	__	____	__	___
6h. Hermano 8	__/____	___	__	____	__	___
6i. Hermano 9	__/____	___	__	____	__	___
6j. Hermano 10	__/____	___	__	____	__	___
6k. Hermano 11	__/____	___	__	____	__	___
6l. Hermano 12	__/____	___	__	____	__	___
6m. Hermano 13	__/____	___	__	____	__	___
6n. Hermano 14	__/____	___	__	____	__	___
6o. Hermano 15	__/____	___	__	____	__	___
6p. Hermano 16	__/____	___	__	____	__	___
6q. Hermano 17	__/____	___	__	____	__	___
6r. Hermano 18	__/____	___	__	____	__	___
6s. Hermano 19	__/____	___	__	____	__	___
6t. Hermano 20	__/____	___	__	____	__	___

HIJOS BIOLÓGICOS

7. ¿Cuántos hijos biológicos tiene el sujeto? ____

Si el sujeto no tiene hijos biológicos, **FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ**; de otra manera provea la información sobre los hijos biológicos a continuación.

Para hijos biológicos afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, se debe llenar la fila completa de la tabla. Si el médico no puede determinar la condición neurológica/psiquiátrica primaria después de haber revisado la evidencia disponible, ingrese 9=*desconocido* en la columna **Problema neurológico/psiquiátrico primario** y no complete las columnas subsecuentes de dicha fila. Para hijos biológicos no afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, ingrese 8=*N/A — ninguna condición neurológica o psiquiátrica* en la columna **Problema neurológico/psiquiátrico primario** y no complete las columnas subsecuentes de dicha fila.

	Mes y año de nacimiento (99/9999= <i>desconocido</i>)	Edad al fallecimiento (888= <i>N/A</i> , 999= <i>desconocido</i>)	Problema neurológico/ psiquiátrico primario*	Diagnóstico primario**	Método de evaluación***	Edad de inicio (999= <i>desconocido</i>)
			Vea los CÓDIGOS, abajo			
7a. Hijo 1	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7b. Hijo 2	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7c. Hijo 3	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7d. Hijo 4	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7e. Hijo 5	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7f. Hijo 6	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7g. Hijo 7	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7h. Hijo 8	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7i. Hijo 9	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7j. Hijo 10	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7k. Hijo 11	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7l. Hijo 12	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7m. Hijo 13	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7n. Hijo 14	____/____	____	_____	_____	_____	_____
7o. Hijo 15	____/____	____	_____	_____	_____	_____

Vea los códigos en la siguiente página

***CÓDIGOS para problemas neurológicos y condiciones psiquiátricas**

- 1 Deterioro cognitivo/cambio conductual
- 2 Enfermedad de Parkinson (EP)
- 3 Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)
- 4 Otra condición neurológica, como esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular
- 5 Condición psiquiátrica, como esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo o depresión
- 8 N/A — no hay problemas neurológicos o condiciones psiquiátricas
- 9 Desconocido

****CÓDIGOS para el diagnóstico primario**

Véase el Apéndice 1 en la página 5 de este formulario

*****CÓDIGOS para el método de evaluación**

- 1 Autopsia
- 2 Examen
- 3 Revisión del registro médico de la evaluación formal de demencia
- 4 Revisión de registros médicos generales Y entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto
- 5 Revisión de registros médicos únicamente
- 6 Entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto
- 7 Informe familiar

**** APÉNDICE 1: CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO PRIMARIO**

040	Deterioro cognitivo leve (DCL), no especificado
041	DCL—amnésico de dominio único
042	DCL— amnésico de dominios múltiples
043	DCL—no amnésico de dominio único
044	DCL—no amnésico de dominios múltiples
045	Con deterioro, pero no DCL
050	Enfermedad de Alzheimer
070	Demencia con cuerpos de Lewy
080	Deterioro cognitivo vascular o demencia vascular
100	Demencia relacionada con abuso de alcohol
110	Demencia de etiología indeterminada
120	Variante conductual de la demencia frontotemporal
130	Afasia progresiva primaria, variante semántica
131	Afasia progresiva primaria, variante no fluente/agramática
132	Afasia progresiva primaria, variante logopéfica
133	Afasia progresiva primaria, no especificada
140	Parálisis supranuclear progresiva (clínica)
150	Síndrome corticobasal/degeneración corticobasal (clínico)
160	Enfermedad de Huntington
170	Enfermedad por priones (clínica)
180	Disfunción cognitiva por medicamentos
190	Disfunción cognitiva por enfermedad médica
200	Depresión
210	Otra enfermedad psiquiátrica mayor
220	Síndrome de Down
230	Enfermedad de Parkinson
240	Accidente cerebrovascular
250	Hidrocefalia
260	Traumatismo cráneo-encefálico
270	Neoplasia del sistema nervioso
280	Otro
310	Esclerosis lateral amiotrófica
320	Esclerosis múltiple
999	Diagnóstico desconocido (<i>aceptable cuando el método de evaluación no es por autopsia, examen o evaluación formal de la demencia</i>)

DIAGNÓSTICO NEUROPATOLÓGICO DE LA AUTOPSIA

400	Neuropatología de Enfermedad de Alzheimer
410	Neuropatología de Enfermedad con Cuerpos de Lewy
420	Neuropatología de enfermedad vascular de gran vaso
421	Neuropatología de hemorragia cerebral
422	Neuropatología de otro tipo de enfermedad cerebrovascular
430	ELA/Enfermedad de neurona motora
431	FTLD con taupatía – Enfermedad de Pick
432	FTLD con taupatía – DCB
433	FTLD con taupatía – PSP
434	FTLD con taupatía – Demencia con gránulos argirófilos
435	FTLD con taupatía – otro
436	FTLD con TDP-43
439	FTLD otro (FTLD-FUS, FTLN-UPS, FTLN-NOS)
440	Esclerosis hipocámpica
450	Neuropatología de Enfermedad por Priones
490	Otro diagnóstico neuropatológico no enlistado

*****APÉNDICE 2: MÉTODO DE EVALUACIÓN**

- 1. Autopsia**
Si la autopsia se realizó en otra institución, **se debe tener el informe** para poder usar el código de diagnóstico por autopsia.
- 2. Examen**
El sujeto debió ser examinado en persona en su ADC/ institución o por el personal de estudios genéticos de su ADC/ institución para poder utilizar el código de diagnóstico por examen. La asignación del diagnóstico se puede hacer con o sin el uso de los registros médicos.
- 3. Revisión del registro médico de la evaluación formal de demencia**
Los registros médicos deben venir de un examen que se enfocó específicamente en demencia; que fue efectuado por un neurólogo, un geriatra, o un psiquiatra; que incluye un examen neurológico, un estudio de imagen, y pruebas cognitivas (por ejemplo, MMSE, Blessed, o exámenes más formales). También se puede utilizar una entrevista telefónica para recolectar información adicional.
- 4. Revisión de registros médicos generales Y entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto**
Los registros médicos generales pueden ser de diferentes tipos, incluyendo registros del consultorio del médico general, registros hospitalarios, registros de un hogar geriátrico, etc. Pueden incluir un examen neurológico y una prueba cognitiva, como el MMSE, junto con una historia médica.
La entrevista telefónica con el sujeto y/o informante debe incluir una historia médica para entender la naturaleza y la presentación de los déficits cognitivos, si están presentes, y la edad de inicio, si tiene síntomas. Si el sujeto es normal o si está en etapas tempranas de deterioro cognitivo, una breve prueba cognitiva formal debe ser incluida en la entrevista.
- 5. Revisión de registros médicos ÚNICAMENTE**
Véase la definición No. 4 arriba. Si se utilizan registros médicos generales para diagnosticar un sujeto como demenciado o no demenciado, estos deben incluir una historia médica, un examen neurológico, y una prueba cognitiva, como un MMSE. En la mayoría de los casos, no se deben utilizar únicamente los registros médicos generales para asignar un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, o de cualquiera de los subtipos del espectro de la FTLN, o de trastornos parkinsonianos, excepto la enfermedad de Parkinson.
- 6. Entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto**
Véase la definición No. 4 arriba.
- 7. Informe familiar**
Debe ingresarse el código de informe familiar cuando el informante de la familia reporta que el sujeto ha sido diagnosticado con un trastorno en particular. En la mayoría de los casos, no se debe utilizar solo el informe del familiar para asignar un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, de cualquiera de los subtipos del espectro de la FTLN, o de trastornos parkinsonianos, excepto la enfermedad de Parkinson.

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

Formulario A4: Medicamentos del Sujeto

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

*INSTRUCCIONES: Este formulario se debe completar por el médico o el personal del ADC. El propósito de este formulario es tener un registro de los medicamentos prescritos que tomó el sujeto durante las **dos semanas previas a la visita actual**. Para los medicamentos prescritos que no están enlistados, por favor siga las instrucciones que se encuentran al final de este formulario. Los medicamentos no prescritos no necesitan ser reportados; sin embargo, una breve lista de medicamentos tanto de prescripción como no prescritos, se presenta después de la lista de medicamentos prescritos.*

¿El sujeto está tomando algún medicamento actualmente? o No **(FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ)** 1 Sí

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
<input type="checkbox"/> Acetaminofeno-hidrocodeína	d03428
<input type="checkbox"/> Albuterol	d00749
<input type="checkbox"/> Alendronato	d03849
<input type="checkbox"/> Alopurinol	d00023
<input type="checkbox"/> Alprazolam	d00168
<input type="checkbox"/> Amlodipino	d00689
<input type="checkbox"/> Atenolol	d00004
<input type="checkbox"/> Atorvastatina	d04105
<input type="checkbox"/> Benazepril	d00730
<input type="checkbox"/> Bupropion	d00181
<input type="checkbox"/> Acetato de calcio	d03689
<input type="checkbox"/> Levodopa-carbidopa	d03473
<input type="checkbox"/> Carvedilol	d03847
<input type="checkbox"/> Celecoxib	d04380
<input type="checkbox"/> Cetirizina	d03827
<input type="checkbox"/> Citalopram	d04332
<input type="checkbox"/> Clonazepam	d00197
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	d04258
<input type="checkbox"/> Estrógenos conjugados	d00541
<input type="checkbox"/> Cianocobalamina	d00413
<input type="checkbox"/> Digoxina	d00210
<input type="checkbox"/> Diltiazem	d00045
<input type="checkbox"/> Donepezilo	d04099
<input type="checkbox"/> Duloxetina	d05355
<input type="checkbox"/> Enalapril	d00013
<input type="checkbox"/> Ergocalciferol	d03128
<input type="checkbox"/> Escitalopram	d04812
<input type="checkbox"/> Esomeprazol	d04749

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
<input type="checkbox"/> Estradiol	d00537
<input type="checkbox"/> Ezetimiba	d04824
<input type="checkbox"/> Sulfato ferroso	d03824
<input type="checkbox"/> Fexofenadina	d04040
<input type="checkbox"/> Finasterida	d00563
<input type="checkbox"/> Fluoxetina	d00236
<input type="checkbox"/> Fluticasona	d01296
<input type="checkbox"/> Fluticasona nasal	d04283
<input type="checkbox"/> Fluticasona-salmeterol	d04611
<input type="checkbox"/> Furosemida	d00070
<input type="checkbox"/> Gabapentina	d03182
<input type="checkbox"/> Galantamina	d04750
<input type="checkbox"/> Glipizida	d00246
<input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida	d00253
<input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida-triamterena	d03052
<input type="checkbox"/> Latanoprost oftálmico	d04017
<input type="checkbox"/> Levotiroxina	d00278
<input type="checkbox"/> Lisinopril	d00732
<input type="checkbox"/> Lorazepam	d00149
<input type="checkbox"/> Losartan	d03821
<input type="checkbox"/> Lovastatina	d00280
<input type="checkbox"/> Meloxicam	d04532
<input type="checkbox"/> Memantina	d04899
<input type="checkbox"/> Metformina	d03807
<input type="checkbox"/> Metoprolol	d00134
<input type="checkbox"/> Mirtazapina	d04025
<input type="checkbox"/> Montelukast	d04289
<input type="checkbox"/> Naproxeno	d00019

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
<input type="checkbox"/> Niacina	d00314
<input type="checkbox"/> Nifedipino	d00051
<input type="checkbox"/> Nitroglicerina	d00321
<input type="checkbox"/> Ácido graso polinsaturado omega 3	d00497
<input type="checkbox"/> Omeprazol	d00325
<input type="checkbox"/> Oxibutinina	d00328
<input type="checkbox"/> Pantoprazol	d04514
<input type="checkbox"/> Paroxetina	d03157
<input type="checkbox"/> Cloruro de potasio	d00345
<input type="checkbox"/> Pravastatina	d00348
<input type="checkbox"/> Quetiapina	d04220
<input type="checkbox"/> Ranitidina	d00021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
<input type="checkbox"/> Rivastigmina	d04537
<input type="checkbox"/> Rosuvastatina	d04851
<input type="checkbox"/> Sertralina	d00880
<input type="checkbox"/> Simvastatina	d00746
<input type="checkbox"/> Tamsulosina	d04121
<input type="checkbox"/> Terazosina	d00386
<input type="checkbox"/> Tramadol	d03826
<input type="checkbox"/> Trazodona	d00395
<input type="checkbox"/> Valsartan	d04113
<input type="checkbox"/> Venlafaxina	d03181
<input type="checkbox"/> Warfarina	d00022
<input type="checkbox"/> Zolpidem	d00910

Medicamentos comunes que no requieren receta médica (pero que pueden ser prescritos):

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
<input type="checkbox"/> Acetaminofeno-paracetamol	d00049
<input type="checkbox"/> Ácido ascórbico	d00426
<input type="checkbox"/> Aspirina	d00170
<input type="checkbox"/> Carbonato de calcio	d00425
<input type="checkbox"/> Vitamina D con calcio	d03137
<input type="checkbox"/> Colecalciferol	d03129
<input type="checkbox"/> Glucosamina con condroitina	d04420
<input type="checkbox"/> Docusate	d01021
<input type="checkbox"/> Ácido fólico	d00241
<input type="checkbox"/> Glucosamina	d04418

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	d00015
<input type="checkbox"/> Loratadina	d03050
<input type="checkbox"/> Melatonina	d04058
<input type="checkbox"/> Multivitamínico	d03140
<input type="checkbox"/> Multivitamínico con minerales	d03145
<input type="checkbox"/> Glicopolietileno	d05350
<input type="checkbox"/> Psyllium plántago	d01018
<input type="checkbox"/> Piroxidina	d00412
<input type="checkbox"/> Ubiquinona	d04523
<input type="checkbox"/> Vitamina E	d00405

Si un medicamento no está enlistado en la sección previa, especifique el compuesto activo y el nombre de marca, y busque su clave de registro (drugID) utilizando la herramienta de búsqueda en la página web del NACC en la siguiente dirección: <https://www.alz.washington.edu/MEMBER/DrugCodeLookup.html>

- (ESPECIFICAR:) _____ d _____

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

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

Formulario B1: Evaluación Física

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 Inicial, Formulario B1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

Medidas físicas del sujeto:	
1. Altura (pulgadas)*	____.____ (88.8=no evaluada)
2. Peso (libras)**	____ (888=no evaluada)
3. Tensión arterial inicial (mientras el sujeto esta sentado)	____/____ (888/888=no evaluada)
4. Frecuencia cardíaca (pulso)	____ (888=no evaluada)

*Para la altura: 2.54 centímetros equivalen a una pulgada.

**Para el peso: 0.45 kilogramos equivalen a una libra.

Observaciones físicas adicionales	No	Sí	Desconocido
5. ¿Es normal la visión del sujeto sin el uso de lentes graduados?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
6. ¿El sujeto usa lentes graduados para corregir su visión? (Si la respuesta es no o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 7)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
6a. Si utiliza lentes graduados, ¿se corrige adecuadamente la visión del sujeto <u>con</u> la graduación utilizada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
7. ¿El sujeto puede escuchar adecuadamente sin el uso de un auxiliar auditivo (o aparato de sordera)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
8. ¿El sujeto por lo general utiliza un auxiliar auditivo? (Si la respuesta es no o desconocido, FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
8a. Si utiliza un auxiliar auditivo, ¿se corrige adecuadamente la audición del sujeto <u>con</u> el uso del auxiliar auditivo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

Formulario B4: CDR® Instrumento para la Estadificación de la Demencia con Dominios Adicionales de Comportamiento y Lenguaje NACC FTLD (CDR® con NACC FTLD)

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Para obtener información acerca de la capacitación en línea requerida para el CDR®, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario B4. Este formulario se debe completar por un médico u otro profesional de la salud capacitado, de acuerdo con el reporte del informante y basándose en la evaluación neurológica y conductual del sujeto. En circunstancias extraordinarias cuando el informante no está disponible, el médico o profesional de la salud deberá completar este formulario utilizando toda la información disponible y su mejor juicio clínico. Califique únicamente el deterioro cognitivo en comparación con el estado previo del sujeto, y no aquel deterioro por otras causas como lo es una discapacidad física. Para mayor información, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario B4.

SECCIÓN 1: CDR® INSTRUMENTO PARA LA ESTADIFICACIÓN DE LA DEMENCIA¹

Escriba el puntaje abajo:

	NIVEL DE DETERIORO				
	Ninguno — 0	Cuestionable — 0.5	Leve — 1	Moderado — 2	Severo — 3
1. Memoria _____	No hay pérdida de memoria, o hay un leve olvido esporádico	Leve olvido persistente; recuerdo parcial de eventos; olvido "benigno"	Pérdida moderada de la memoria; más marcada para eventos recientes; el defecto interfiere con las actividades cotidianas	Pérdida severa de la memoria; sólo retiene material muy aprendido; pérdida rápida de material nuevo	Pérdida severa de la memoria; sólo quedan fragmentos
2. Orientación _____	Completamente orientado	Completamente orientado salvo una leve dificultad con las relaciones temporales	Dificultad moderada con relaciones temporales; orientado en cuanto a lugar al momento de la evaluación; puede sufrir desorientación geográfica en algún otro lugar	Dificultad severa con relaciones temporales; generalmente desorientado en cuanto al tiempo; frecuentemente en cuanto al lugar	Orientado solamente en persona
3. Juicio y solución de problemas _____	Soluciona problemas cotidianos, maneja bien sus negocios y asuntos financieros; buen juicio en comparación a desempeño pasado	Leve deterioro en la solución de problemas, semejanzas y diferencias.	Dificultad moderada en el manejo de problemas, semejanzas y diferencias; juicio social generalmente conservado	Deterioro severo en el manejo de problemas, semejanzas y diferencias; juicio social generalmente deteriorado	Incapaz de realizar juicios o de solucionar problemas.
4. Actividades comunitarias _____	Funcionamiento independiente y en el nivel habitual en el trabajo, compras, grupos sociales y de voluntariado	Leve deterioro en estas actividades	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades, aunque todavía puede estar involucrado en alguna de ellas; aparenta normal a simple vista	Sin pretensión de función independiente fuera del hogar; aparenta estar lo suficientemente bien como para llevarse a actividades fuera del hogar	Sin pretensión de función independiente fuera del hogar; aparenta estar demasiado enfermo para llevarse a actividades fuera del hogar

¹Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology 43(11):2412-4, 1993. Copyright© Lippincott, Williams & Wilkins. Reproducido con permiso. Reproduced by permission.

INSTRUCCIONES: Para obtener información acerca de la capacitación en línea requerida para el CDR, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario B4. Este formulario se debe completar por un médico u otro profesional de la salud capacitado, de acuerdo con el reporte del informante y basándose en la evaluación neurológica y conductual del sujeto. En circunstancias extraordinarias cuando el informante no está disponible, el médico o profesional de la salud deberá completar este formulario utilizando toda la información disponible y su mejor juicio clínico. Califique únicamente el deterioro cognitivo en comparación con el estado previo del sujeto, y no aquel deterioro por otras causas como lo es una discapacidad física. Para mayor información, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario B4.

Escriba el puntaje abajo:	NIVEL DE DETERIORO				
	Ninguno — 0	Cuestionable — 0.5	Leve — 1	Moderado — 2	Severo — 3
5. Hogar y pasatiempos _____	Conservación de la vida hogareña, pasatiempos e intereses intelectuales	Deterioro leve de la vida hogareña, pasatiempos e intereses intelectuales	Deterioro leve pero definitivo de su funcionamiento dentro del hogar; los quehaceres domésticos más difíciles son abandonados; los intereses y los pasatiempos más complejos son abandonados	Sólo se encuentran conservados los quehaceres simples; intereses muy restringidos, pobremente conservados	No hay funcionamiento significativo dentro del hogar
6. Cuidado personal ____.0	Completamente capaz de cuidar de sí mismo (=0)		Necesita recordatorios	Requiere asistencia para vestirse, para la higiene y para el cuidado de sus efectos personales	Requiere mucha ayuda con el cuidado personal; incontinencia frecuente
7. _____	SUMA CDR DE DOMINIOS				
8. _____	ÍNDICE CDR GLOBAL				

SECCIÓN 2: DOMINIOS ADICIONALES DE COMPORTAMIENTO Y LENGUAJE NACC FTLD

Escriba el puntaje abajo:	NIVEL DE DETERIORO				
	Ninguno — 0	Cuestionable — 0.5	Leve — 1	Moderado — 2	Severo — 3
9. Aspectos conductuales y de personalidad² _____	Conducta socialmente apropiada	Cambios dudosos en el comportamiento, empatía o adecuación de las acciones	Cambios leves pero concretos en la conducta	Cambios moderados en la conducta que afectan las relaciones interpersonales e interacción con el entorno de manera significativa	Cambios severos en la conducta que resultan en relaciones interpersonales unidireccionales
10. Lenguaje³ _____	No presenta dificultades del lenguaje, o presenta dificultad leve y ocasional para encontrar las palabras	Leve y consistente dificultad para encontrar las palabras; simplificación del lenguaje; circunloquios, uso de frases más cortas: y/o dificultad leve en la comprensión	Dificultad moderada para encontrar las palabras al hablar; no puede denominar objetos en el entorno; uso de frases cortas y/o discurso agramático y/o reducción en la comprensión del lenguaje oral y escrito	Dificultad moderada a severa para el habla o la comprensión; dificultad para comunicar ideas; la escritura puede ser un poco más efectiva	Déficits severos en la comprensión; discurso ininteligible

²Extraído de Frontotemporal Dementia Multicenter Instrument & MR Study (Mayo Clinic, UCSF, UCLA, UW).

³Extraído de PPA-CDR: A modification of the CDR for assessing dementia severity in patients with primary progressive aphasia (Johnson N, Weintraub S, Mesulam MM), 2002.

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

Formulario B5: EVALUACIÓN CONDUCTUAL Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q¹)

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un médico u otro profesional de la salud de acuerdo a una entrevista con el informante, como se describe en el video de entrenamiento. (Este formulario no debe completarse por el sujeto como un auto-reporte de papel y lápiz). Para información sobre la Certificación para Entrevistadores del NPI-Q, vea la Guía de Códigos para el Paquete de Visita Inicial del UDS, Formulario B5. Marque solo una casilla para cada categoría de respuesta.

INSTRUCCIONES CORREGIDAS: Por favor responda a las siguientes preguntas basado en cambios que han ocurrido desde que el paciente empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria. **Indique 1=Sí solo si el síntoma o síntomas han estado presentes en el último mes. De otro modo indique 0=No.**

Para cada ítem marcado **1=Sí**, registre la SEVERIDAD del síntoma (como éste afecta al paciente):
 1= **Leve** (notable, pero no es un cambio significativo) 2= **Moderado** (significativo pero no es un cambio dramático) 3= **Severo** (muy marcado o prominente; cambio dramático)

1. NPI INFORMANTE: <input type="checkbox"/> 1 Espos(a) <input type="checkbox"/> 2 Hijo(a) <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFIQUE): _____					SEVERIDAD				
		Sí	No	No sabe	Leve	Mod	Severo	No sabe	
2. Delirios — ¿Tiene el paciente creencias falsas, como creer que otras personas le están robando o que planean hacerle daño de alguna manera?	2a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	2b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3. Alucinaciones — ¿Tiene el paciente alucinaciones como visiones falsas o voces? ¿Actúa el paciente como si oyera o viera cosas que no están presentes?	3a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	3b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4. Agitación o agresividad — ¿Se resiste el paciente a la ayuda de otros o es difícil de manejar?	4a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	4b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5. Depresión o disforia — ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o dice que esta deprimido?	5a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	5b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

¹Copyright© Jeffrey L. Cummings, MD. Reproducido con permiso.

INSTRUCCIONES CORREGIDAS: Por favor responda a las siguientes preguntas basado en cambios que han ocurrido desde que el paciente empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria. **Indique 1=Sí solo si el síntoma o síntomas han estado presentes en el último mes. De otro modo indique 0=No.**

Para cada ítem marcado **1=Sí**, registre la SEVERIDAD del síntoma (como éste afecta al paciente):

1= **Leve** (notable, pero no es un cambio significativo) 2= **Moderado** (significativo pero no es un cambio dramático) 3= **Severo** (muy marcado o prominente; cambio dramático)

					SEVERIDAD				
		Sí	No	No sabe	Leve	Mod	Severo	No sabe	
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 se siente excesivamente tenso?	6a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	6b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7. Euforia o exaltación — ¿Parece que el paciente se siente demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	7a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	7b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8. Apatía o indiferencia — ¿Parece el paciente menos interesado en sus actividades habituales o en las actividades y planes de los demás?	8a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	8b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
9. Pérdida de la inhibición/ Desinhibición — ¿Parece que el paciente actúa impulsivamente? Por ejemplo, habla el paciente con extraños como si los conociera o dice cosas que podrían herir los sentimientos de los demás?	9a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	9b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10. Irritabilidad o labilidad — ¿Se muestra el paciente irritable o impaciente? ¿Tiene dificultad para lidiar con retrasos o para esperar actividades planeadas?	10a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	10b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
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	<input type="checkbox"/> 9	11b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
12. Conductas nocturnas — ¿Le despierta el paciente durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o toma siestas excesivas durante el día?	12a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	12b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
13. Apetito y alimentación — ¿El paciente ha perdido o aumentado de peso o ha tenido algún cambio en la comida que le gusta?	13a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	13b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

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

Formulario B6: EVALUACIÓN CONDUCTUAL Escala de Depresión Geriátrica (GDS¹)

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un médico u otro profesional de la salud de acuerdo a las respuestas del sujeto. Para mas información, vea la Guía de Códigos para el Paquete de Visita Inicial del UDS, Formulario B6. Marque solo una respuesta por pregunta.

Marque esta casilla y escriba “88” para el Puntaje Total del GDS abajo únicamente si el sujeto: 1) no intenta el GDS, o 2) responde a menos de 12 preguntas.

Instrucciones al sujeto: “En la próxima parte de esta entrevista, le voy a hacer unas preguntas sobre sus sentimientos. Puede ser que algunas preguntas no le apliquen, y algunas pueden hacerle sentir incómodo(a). Para cada pregunta, por favor responda “sí” o “no”, dependiendo de cómo usted se haya sentido **en la última semana, incluyendo el día de hoy.**”

	Sí	No	No responde
1. ¿Está usted básicamente satisfecho(a) con su vida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2. ¿Ha dejado muchas de sus actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
4. ¿Se aburre a menudo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
5. ¿Está con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
6. ¿Teme que algo malo le va a pasar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
8. ¿Siente con frecuencia que nada o nadie le puede ayudar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
10. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que las demás personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
12. ¿Se siente inútil de la manera en que está en este momento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14. ¿Siente que su situación no tiene remedio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9

16. **Sume todas las respuestas marcadas para el Puntaje Total de GDS** (puntaje máximo=15; no se completo=88) _____

¹Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention 165-173, NY: The Haworth Press, 1986. Reproducido con permiso del editor.

Formulario B7: EVALUACIÓN CONDUCTUAL Escala de Evaluación Funcional de NACC (FAS¹)

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un médico u otro profesional de la salud de acuerdo a información provista por el informante. Para mas información, vea la Guía de Codificación para el Paquete de Visita Inicial del UDS, Formulario B7. Indique el nivel de desempeño para cada actividad marcando solo una respuesta apropiada.

En las últimas cuatro semanas, ha tenido el paciente alguna dificultad o ha necesitado ayuda con:

	No aplica (por ejemplo, nunca lo ha hecho)	Normal	Con dificultad, pero lo hace por sí mismo(a)	Requiere ayuda	Dependiente	No sabe
1. Escribir cheques, pagar cuentas, o balancear su chequera	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
2. Organizar documentos para la declaración de impuestos, asuntos de negocio u otro tipo de documentos	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3. Hacer compras por sí mismo(a) (por ejemplo, comprar ropa, cosas para la casa o alimentos)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4. Participar en pasatiempos o juegos de destreza como jugar cartas, canasta o ajedrez	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5. Calentar agua, preparar una taza de café, apagar la estufa	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
6. Preparar una comida balanceada	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7. Estar al tanto de las noticias	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8. Prestar atención y entender un programa de televisión, un libro o una revista	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
9. Recordar citas, eventos familiares, días festivos, toma de medicamentos	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10. Viajar fuera de su vecindario, manejar un automóvil, o planear un viaje usando transporte público	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

¹Adaptado de la Tabla 4 en Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, et al. Measurement of functional activities of older adults in the community. J Gerontol 37:323-9, 1982. Copyright© 1982. The Gerontological Society of America. Reproducido con permiso del editor.

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

Formulario B8: Hallazgos de la Evaluación Neurológica

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un médico con experiencia en evaluar los signos neurológicos enlistados abajo y atribuir dichos hallazgos a un síndrome en particular. Por favor utilice su mejor juicio clínico para hacer el diagnóstico. Para aclaración adicional, véase la Guía de Códigos para el Paquete de Visita Inicial, Formulario B8.

1. ¿ Hubo hallazgos anormales en el examen neurológico?

- 0 No hubo hallazgos anormales (FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ)
- 1 Sí – los hallazgos anormales son consistentes con los síntomas enlistados en las preguntas 2-8
- 2 Sí – los hallazgos anormales son consistentes con cambios asociados con la edad o irrelevantes para los síndromes demenciales (por ejemplo, parálisis de Bell) (PASE A LA PREGUNTA 8)

INSTRUCCIONES PARA LAS PREGUNTAS 2-8

Por favor complete las siguiente secciones utilizando su mejor juicio clínico para seleccionar los hallazgos que indican que dicho(s) síndrome(s) está(n) presente(s).

SELECCIONE TODOS LOS HALLAZGOS/SÍNDROMES QUE PRESENTA EL SUJETO:

2. Signos parkinsónicos

- 0 No (PASE A LA PREGUNTA 3)
- 1 Sí

Aquellos hallazgos que no estén marcados como SI o NO EVALUADOS serán registrados como NO en la base del datos del NACC.

Signos parkinsónicos	IZQUIERDO		DERECHO	
	Sí	No evaluado	Sí	No evaluado
2a. Temblor de reposo – brazo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
2b. Enlentecimiento de movimientos finos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
2c. Rigidez – brazo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

	Sí	No evaluado
2d. Bradicinesia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
2e. Trastornos parkinsónicos de la marcha	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
2f. Inestabilidad postural	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

Por favor complete las siguientes secciones utilizando su mejor juicio clínico para seleccionar los hallazgos que indican que dicho(s) síndrome(s) está(n) presente(s).

3. Signos neurológicos que el examinador considera como consistentes con enfermedad cerebrovascular

0 No (PASE A LA PREGUNTA 4) 1 Sí

Aquellos hallazgos que no estén marcados como SI o NO EVALUADOS serán registrados como NO en la base de datos del NACC.

Hallazgos consistentes con accidente cerebrovascular/enfermedad cerebrovascular	PRESENTE	
	Sí	No evaluado
3a. Déficit cognitivo cortical (por ejemplo, afasia, apraxia, negligencia)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3b. Signos focales u otros consistentes con leucoencefalopatía isquémica subcortical	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

	IZQUIERDO		DERECHO	
	Sí	No evaluado	Sí	No evaluado
3c. Motores (puede incluir debilidad combinada de cara, brazo, pierna, cambios en los reflejos; etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3d. Pérdida de campo visual (ceguera cortical)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3e. Pérdida somatosensorial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

4. Problema visual de origen cortical superior que sugiere atrofia cortical posterior (por ejemplo, prosopagnosia, simultagnosia, síndrome de Balint) o apraxia oculomotora

0 No 1 Sí

5. Hallazgos que sugieren parálisis supranuclear progresiva (PSP), síndrome corticobasal, u otros desórdenes asociados

0 No (PASE A LA PREGUNTA 6) 1 Sí

Aquellos hallazgos que no estén marcados como SI o NO EVALUADOS serán registrados como NO en la base de datos del NACC.

Hallazgos	PRESENTE	
	Sí	No evaluado
5a. Movimientos oculares consistentes con PSP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5b. Disartria consistente con PSP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5c. Rigidez axial consistente con PSP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5d. Trastorno de la marcha consistente con PSP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5e. Apraxia del habla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

	IZQUIERDO		DERECHO	
	Sí	No evaluado	Sí	No evaluado
5f. Apraxia consistente con DCB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5g. Déficit sensorial cortical consistente con DCB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5h. Ataxia consistente con DCB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5i. Miembro fantasma consistente con DCB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5j. Distonía consistente con DCB, PSP o desorden asociado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5k. Mioclonía consistente con DCB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

Por favor complete las siguiente secciones utilizando su mejor juicio clínico para seleccionar los hallazgos que indican que dicho(s) síndrome(s) está(n) presente(s).

6. Hallazgos que sugieren ELA (por ejemplo, debilidad y desgaste muscular, fasciculaciones, signos de neurona motora superior o inferior)

0 No

1 Sí

7. Hidrocefalia normotensiva: apraxia de la marcha

0 No

1 Sí

**8. Otros hallazgos (por ejemplo ataxia cerebelosa, corea, mioclonías)
(NOTA: para esta pregunta, no especifique los síntomas que ya se seleccionaron anteriormente)**

0 No

1 Sí (ESPECIFICAR): _____

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 Inicial, 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 (PASE A LA PREGUNTA 8)		
	<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> :		No	Sí
		Desconocido	
4a. Memoria 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. Orientación 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. Funciones ejecutivas — juicio, planeación, resolución de problemas ¿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. Lenguaje ¿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. Función visuoespacial ¿Presenta dificultad para interpretar estímulos visuales y para la navegación?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4f. Atención, concentración ¿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. Cognición fluctuante 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? _____ (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. Otro (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 Inicial, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

5. Indique el síntoma predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro cognitivo del sujeto:	<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
6. Modo de inicio de los síntomas cognitivos:	<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
7. Basándose en el juicio clínico, ¿a qué edad inició el deterioro cognitivo? (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?	<input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 13) <input type="checkbox"/> 1 Sí												
9. Indique si el sujeto presenta cambios en su comportamiento de las siguientes maneras:													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>Desconocido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>	No	Sí	Desconocido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9						
No	Sí	Desconocido											
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
9a. Apatía, aislamiento ¿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?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </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											
9b. Estado de ánimo deprimido ¿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?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </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											
9c. Psicosis 9c1. Alucinaciones visuales 9c1a. Si las presenta, ¿las alucinaciones son detalladas y están bien formadas? 9c1b. Si están bien formadas, ¿cuál fue la edad de inicio de éstas?: _____ (888 = no aplica, no estan bien formadas) (El médico deberá utilizar su mejor juicio clínico para estimar la edad de inicio.) 9c2. Alucinaciones auditivas 9c3. Creencias anormales, falsas o delirantes	<table border="1"> <tbody> <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> </tbody> </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											
9d. Desinhibición ¿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?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </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											
9e. Irritabilidad ¿Sus reacciones son exageradas?, por ejemplo, ¿le grita a sus familiares o a otras personas?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </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											
9f. Agitación ¿Tiene dificultad para mantenerse quieto? ¿Grita, golpea, o patear?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </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											

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 Inicial, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

		No	Sí	Desconocido
9g. Cambios de personalidad ¿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. Trastorno de conducta durante el sueño MOR ¿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? _____ (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. Ansiedad 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. Otro (ESPECIFICAR): _____		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
10. Indique el síntoma predominate que fue identificado como el primer indicador de deterioro conductual en el sujeto:	<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? (El médico deberá utilizar su mejor juicio para estimar la edad de inicio.)				_____
Síntomas motores				
13. Basándose en el juicio clínico, ¿presenta el sujeto algún tipo de síntomas motores?	<input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 20) <input type="checkbox"/> 1 Sí			
14. Indique si el sujeto presenta cambios significativos en la función motora en alguna de las siguientes áreas:		No	Sí	Desconocido
14a. Trastorno de la marcha ¿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. Caídas ¿Se cae más de lo normal?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14c. Tembor ¿Sacude rítmicamente sus brazos, manos, piernas, cabeza, manos o lengua?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14d. Enlentecimiento ¿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

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 Inicial, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

<p>15. Indique el síntoma predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro motor en el sujeto:</p>	<p><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</p>
<p>16. Modo de inicio de los síntomas motores:</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>
<p>17. ¿Los cambios motores sugieren parkinsonismo?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (Si la respuesta es no o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 18)</p>
<p>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.)</p>	
<p>18. ¿Los cambios motores sugieren una esclerosis lateral amiotrófica?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido (Si la respuesta es no o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 19)</p>
<p>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.)</p>	
<p>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.)</p>	
<p>Progresión general del deterioro y dominio predominante</p>	
<p>20. Progresión general del deterioro cognitivo/conductual/motor:</p>	<p><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</p>
<p>21. Indique el dominio predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro en el sujeto:</p>	<p><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</p>
<p>Candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy o degeneración lobar frontotemporal</p>	
<p>22. ¿El sujeto es candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>
<p>23. ¿El sujeto es candidato a evaluación adicional para degeneración lobar frontotemporal?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>

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

Formulario C2: Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario se debe completar por el personal clínico del ADC. Para dudas sobre la administración y puntuación de las pruebas, véase las instrucciones para la Batería Neuropsicológica, Formulario C2. Los sujetos que se agregaron al estudio después de la implementación del UDS3 deberán ser evaluados con la nueva batería neuropsicológica (Formulario C2).

CLAVE: Si el sujeto no puede completar cualquiera de las siguientes pruebas, por favor proporcione la razón ingresando uno de los siguientes códigos:

95 / 995 = Problema físico 96 / 996 = Problema cognitivo/ conductual 97 / 997 = Otro problema 98 / 998 = Rechazo verbal

1. Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	
1a. ¿Se administró alguna parte del MoCA?	
<input type="checkbox"/> 0 No (<i>Inique el código, 95 – 98</i>): ____ (PASE A LA PREGUNTA 2a)	
<input type="checkbox"/> 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 1b)	
1b. El MoCA fue administrado:	<input type="checkbox"/> 1 En el ADC o clínica <input type="checkbox"/> 2 En la casa del sujeto <input type="checkbox"/> 3 En persona — otra
1c. Idioma de administración del MoCA:	<input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____
1d. El sujeto no pudo completar una o mas secciones debido a un problema visual:	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
1e. El sujeto no pudo completar una o mas secciones debido a un problema auditivo:	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
1f. PUNTAJE TOTAL CRUDO (no corregido en base a la escolaridad o a problemas visuales o auditivos): <i>Ingrese 88 si alguno de los siguientes ítems del MoCA no fueron administrados: 1g – 1l, 1n – 1t, 1w – 1bb</i>	____ (0–30, 88)
1g. Visuoespacial/ejecutiva – Rastreo	____ (0–1, 95-98)
1h. Visuoespacial/ejecutiva – Cubo	____ (0–1, 95-98)
1i. Visuoespacial/ejecutiva – Contorno del reloj	____ (0–1, 95-98)
1j. Visuoespacial/ejecutiva – Números del reloj	____ (0–1, 95-98)
1k. Visuoespacial/ejecutiva – Manecillas del reloj	____ (0–1, 95-98)
1l. Lenguaje — Denominación	____ (0–3, 95-98)
1m. Memoria — Registro (dos intentos)	____ (0–10, 95-98)
1n. Atención — Serie de números	____ (0–2, 95-98)
1o. Atención — Letra A	____ (0–1, 95-98)

CLAVE: 95 / 995 = Problema físico 96 / 996 = Problema cognitivo/ conductual 97 / 997 = Otro problema 98 / 998 = Rechazo verbal

1p. Atención — Serie de 7s	__ __ (0-3, 95-98)
1q. Lenguaje — Repetición	__ __ (0-2, 95-98)
1r. Lenguaje — Fluidez	__ __ (0-1, 95-98)
1s. Abstracción	__ __ (0-2, 95-98)
1t. Recuerdo diferido — Sin pistas	__ __ (0-5, 95-98)
1u. Recuerdo diferido — Pista de categoría	__ __ (0-5; 88=no aplica)
1v. Recuerdo diferido — Reconocimiento (pista de opción múltiple)	__ __ (0-5; 88=no aplica)
1w. Orientación — Fecha (día del mes)	__ __ (0-1, 95-98)
1x. Orientación — Mes	__ __ (0-1, 95-98)
1y. Orientación — Año	__ __ (0-1, 95-98)
1z. Orientación — Día de la semana	__ __ (0-1, 95-98)
1aa. Orientación — Lugar	__ __ (0-1, 95-98)
1bb. Orientación — Ciudad	__ __ (0-1, 95-98)
2. ADMINISTRACIÓN DEL RESTO DE LA BATERÍA	
2a. El resto de las pruebas posteriores al MOCA fueron administradas: <input type="checkbox"/> 1 En el ADC o clínica <input type="checkbox"/> 2 En la casa del sujeto <input type="checkbox"/> 3 En persona — otra	
2b. Idioma de administración: <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____	
3. Historia de Craft 21 (Recuerdo inmediato)	
3a. Número total de unidades recordadas, puntaje textual <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 4a.)</i>	__ __ (0-44, 95-98)
3b. Número total de unidades recordadas, puntaje de parafraseo	__ __ (0-25)
4. Copia de la Figura Compleja de Benson	
4a. Puntaje total para la copia de la figura de Benson <i>(Si la prueba no fue completada, ingrese el código apropiado, 95-98)</i>	__ __ (0-17, 95-98)
5. Retención de Dígitos: En Orden	
5a. Número de series correctas <i>(Si la prueba no fue completada, ingrese el código apropiado, 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 6a.)</i>	__ __ (0-14, 95-98)
5b. Longitud de la serie correcta más larga	__ __ (0, 3-9)

CLAVE: 95 / 995 = Problema físico 96 / 996 = Problema cognitivo/ conductual 97 / 997 = Otro problema 98 / 998 = Rechazo verbal

6. Retención de Dígitos: Orden Inverso	
6a. Número de series correctas <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 7a.)</i>	__ __ (0-14, 95-98)
6b. Longitud de la serie correcta más larga	__ __ (0, 2-8)
7. Fluidez Verbal de Categorías	
7a. Animales: número total de animales generados en 60 segundos <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98)</i>	__ __ (0-77, 95-98)
7b. Vegetales: número total de vegetales generados en 60 segundos <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98)</i>	__ __ (0-77, 95-98)
8. Prueba de Rastreo TMT	
8a. PARTE A: Número total de segundos para completar la prueba <i>(Si la prueba no se completó en menos de 150 segundos, ingresar 150)</i> <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 995-998, y PASE A LA PREGUNTA 8b.)</i>	__ __ __ (0-150, 995-998)
8a1. Número de errores de comisión	__ __ (0-40)
8a2. Número de líneas correctas	__ __ (0-24)
8b. PARTE B: Número total de segundos para completar la prueba <i>(Si la prueba no fue completada en menos de 300 segundos, ingresar 300)</i> <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 995-998, y PASE A LA PREGUNTA 9a.)</i>	__ __ __ (0-300, 995-998)
8b1. Número de errores de comisión	__ __ (0-40)
8b2. Número de líneas correctas	__ __ (0-24)
9. Historia de Craft 21 (Recuerdo diferido)	
9a. Número total de unidades recordadas, puntaje textual <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98, and PASE A LA PREGUNTA 10a.)</i>	__ __ (0-44, 95-98)
9b. Número total de unidades recordadas, puntaje de parafraseo	__ __ (0-25)
9c. Tiempo de la demora (minutos) <i>(99=Desconocido)</i>	__ __ (0 - 85 minutos)
9d. Pista "niño" necesaria	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
10. Recuerdo Diferido de la Figura Compleja de Benson	
10a. Puntaje total para el recuerdo diferido de la figura Benson después de una demora de 10 a 15 minutos <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 11a.)</i>	__ __ (0-17, 95-98)
10b. ¿Se reconoce el estímulo original entre las cuatro opciones?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Yes

CLAVE: 95 / 995 = Problema físico 96 / 996 = Problema cognitivo/ conductual 97 / 997 = Otro problema 98 / 998 = Rechazo verbal

11. MINT (Prueba Multilingüe de Dominación)		
11a. Puntaje total <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95–98, y PASE A LA PREGUNTA 12a)</i>	__ __	(0–32, 95–98)
11b. Total correctas sin clave semántica	__ __	(0–32)
11c. Clave semántica: número de claves proporcionadas	__ __	(0–32)
11d. Clave semántica: número de palabras correctas con clave <i>(88 = No aplica)</i>	__ __	(0–32, 88)
11e. Clave fonológica: número de claves proporcionadas	__ __	(0–32)
11f. Clave fonológica: número de palabras correctas con clave <i>(88 = No aplica)</i>	__ __	(0–32, 88)
12. Fluidez verbal fonológica		
12a. Número de palabras correctas con P generadas en un minuto <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95–98, y PASE A LA PREGUNTA 12d.)</i>	__ __	(0–40, 95–98)
12b. Número de palabras con P repetidas en un minuto	__ __	(0–15)
12c. Número de palabras que no comienzan con P y errores de violación de regla en un minuto	__ __	(0–15)
12d. Número de palabras correctas con M generadas en un minuto <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código, 95–98, y PASE A LA PREGUNTA 13a.)</i>	__ __	(0–40, 95–98)
12e. Número de palabras con M repetidas en un minuto	__ __	(0–15)
12f. Número de palabras que no comienzan con M y errores de violación de regla en un minuto	__ __	(0–15)
12g. Número TOTAL de palabras correctas con P y M	__ __	(0–80)
12h. Número TOTAL de errores de repetición de palabras con P y M	__ __	(0–30)
12i. Número TOTAL de palabras que no comienzan con P/M y errores de violación de regla	__ __	(0–30)

13. Evaluación global	
<p>13a. De acuerdo al profesional clínico (e.j., neuropsicólogo, neurólogo comportamental u otro profesional clínico calificado), el estado cognitivo general del sujeto basado en la evaluación neuropsicológica UDS es:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Superior a lo normal para su edad</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Normal para su edad</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ono o dos puntajes fueron anormales</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Tres or más puntajes fueron anormales or más bajos de lo esperado</p> <p><input type="checkbox"/> 0 El profesional clínico no pudo emitir su opinión</p>

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

Formulario D1: Diagnóstico Clínico

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 Inicial, Formulario D1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

Este formulario está dividido en tres secciones:

- Sección 1 **Estado cognitivo:** cognición normal/ deterioro cognitivo leve / demencia y síndrome clínico
- Sección 2 **Biomarcadores, imágenes y genética:** Imágenes de neurodegeneración y biomarcadores en LCR, evidencia de imagen para enfermedad cerebrovascular, y mutaciones genéticas para EA y FTLT
- Sección 3 **Diagnósticos etiológicos:** diagnósticos etiológicos presuntivos para el trastorno cognitivo

1. Método de diagnóstico — las respuestas de este formulario están basadas en el diagnóstico realizado por:

- 1 Un médico 2 Un panel de expertos 3 Otro (por ejemplo, dos o más médicos u otro grupo informal)

SECCIÓN 1: Estado cognitivo y conductual

2. ¿Presenta el sujeto una cognición normal (CDR global = 0 y/o evaluación neuropsicológica en el rango normal) y conducta normal (es decir, el sujeto no muestra suficientes comportamientos para realizar el diagnóstico de DCL, o demencia por FTLT o con cuerpos de Lewy)?

- 0 No (PASE A LA PREGUNTA 3)
 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 6)

DEMENCIA — TODOS LAS CAUSAS

El sujeto presenta síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que cumplen con todos los siguientes criterios:

- Interfieren con su habilidad para funcionar como previamente lo hacía en su trabajo y actividades diarias?
- Representan un deterioro en relación a su funcionamiento previo?
- No se explican por delirio o un trastorno psiquiátrico mayor?
- Incluyen un deterioro cognitivo identificado y diagnosticado mediante una combinación de 1) historia médica y 2) evaluación cognitiva objetiva (evaluación clínica o neuropsicológica)?

Y

Deterioro en una* o más de las siguientes áreas:

- Deterioro en la habilidad para adquirir y recordar información nueva.
- Deterioro en el razonamiento y habilidad para realizar tareas complejas, juicio pobre.
- Deterioro en las habilidades visoespaciales
- Deterioro en el lenguaje
- Cambios de personalidad, conducta o comportamiento

** En caso de deterioro de una sola función (por ejemplo, lenguaje en APP, comportamiento en DFTvc, habilidades visoespaciales en atrofia cortical posterior), el sujeto no debe de cumplir criterios para deterioro cognitivo leve.*

3. ¿El sujeto cumple con los criterios para demencia?

- 0 No (PASE A LA PREGUNTA 5)
 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 4)

4. Si el sujeto cumple con los criterios para demencia, responda las preguntas 4a–4f abajo y luego PASE A LA PREGUNTA 6.

Basándose exclusivamente en la historia y evaluación clínica (incluyendo la evaluación neuropsicológica), ¿cuál es el trastorno/síndrome cognitivo/conductual que presenta el sujeto? **Seleccione uno o varios como Presente; los restantes se considerarán como Ausentes en la base de datos del NACC.**

Síndrome demencial	Presente
4a. Síndrome demencial amnésico de dominios múltiples	<input type="checkbox"/> 1
4b. Síndrome de atrofia cortical posterior (o de presentación visual primaria) (ACP)	<input type="checkbox"/> 1
4c. Síndrome de afasia progresiva primaria (APP) 4c1. <input type="checkbox"/> 1 Cumple criterios para APP variante semántica <input type="checkbox"/> 2 Cumple criterios para APP variante logopénea <input type="checkbox"/> 3 Cumple criterios para APP variante no-fluente/agramática <input type="checkbox"/> 4 Otra APP o no especificada	<input type="checkbox"/> 1
4d. Variante conductual de la degeneración lobar frontotemporal (DFTvc)	<input type="checkbox"/> 1
4e. Demencia con cuerpos de Lewy (DL)	<input type="checkbox"/> 1
4f. Síndrome demencial no amnésico de dominios múltiples, que no es ACP, APP, DFTvc o DL	<input type="checkbox"/> 1

5. Si el sujeto no tiene cognición o comportamiento normal y no está clínicamente demenciado, indique el tipo de deterioro cognitivo que presenta a continuación.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

- ¿El sujeto o el informante muestran preocupación por un cambio en la cognición del sujeto en relación con su estado cognitivo previo?
- ¿Presenta deterioro en uno o más dominios cognitivos (memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, atención y habilidades visoespaciales)?
- ¿La independencia y funcionalidad del sujeto están mayormente conservadas (no hay cambios con respecto a su funcionamiento previo o requiere de asistencia mínima)?

Seleccione uno de los síndromes de 5a-5e como Presente (el resto se considerarán como Ausentes en la base de datos del NACC) y **PASE A LA PREGUNTA 6**. Si selecciona DCL abajo, se debe cumplir con los criterios diagnósticos para DCL enlistados arriba.

Tipo	Presente	Dominio afectado	No	Sí
5a. DCL amnésico, de dominio único (DCLa-DU)	<input type="checkbox"/> 1			
5b. DCL amnésico, de dominio múltiple (DCLa-DM)	<input type="checkbox"/> 1	MARQUE SI para por lo menos un dominio adicional (además de la memoria):		
		5b1. Lenguaje	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		5b2. Atención	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		5b3. Función ejecutiva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		5b4. Visoespacial	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Seleccione uno de los síndromes de 5a-5e como Presente (el resto se considerarán como ausentes en la base de datos del NACC) y **PASE A LA PREGUNTA 6**. Si selecciona DCL abajo, se debe cumplir con los criterios diagnósticos para DCL enlistados arriba.

Tipo	Presente	Dominio afectado	No	Sí
5c. DCL no amnésico, de dominio único (DCLna-DU)	<input type="checkbox"/> 1	MARQUE SI para indicar el dominio afectado: 5c1. Lenguaje 5c2. Atención 5c3. Función ejecutiva 5c4. Visuoespacial	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
5d. DCL no amnésico, de dominio múltiple (DCLna-DM)	<input type="checkbox"/> 1	MARQUE SI para al menos dos dominios: 5d1. Lenguaje 5d2. Atención 5d3. Función ejecutiva 5d4. Visuoespacial	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
5e. Deterioro cognitivo, no DCL	<input type="checkbox"/> 1			

SECCIÓN 2: Biomarcadores, imágenes y genética

La sección 2 debe ser completada para todos los sujetos.

6. Indique el estado de los biomarcadores neurodegenerativos, utilizando estándares locales de positividad.

Hallazgos de biomarcadores	No	Sí	Desconocido/ no evaluado
6a. Amiloide anormalmente elevado en PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6b. Amiloide anormalmente bajo en LCR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6c. Patrón FDG-PET de EA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6d. Atrofia hipocámpica	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6e. Evidencia de EA en Tau PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6f. Tau o ptau (fosforilada) anormalmente elevada en LCR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6g. Evidencia de hipometabolismo frontal o temporal anterior consistente con FTLD en FDG-PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6h. Evidencia de FTLD en Tau PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6i. Evidencia de atrofia frontal o temporal anterior consistente con FTLD en RM estructural	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6j. Evidencia de demencia con cuerpos de Lewy en DATscan (transportador activo de dopamina)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6k. Otro (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

7. ¿Hay evidencia de enfermedad cerebrovascular en imagen?

Hallazgos por imagen	No	Sí	Desconocido/ no evaluado
7a. Infarto(s) de gran vaso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7b. Infarto(s) lacunar(es)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7c. Macro-hemorragia(s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7d. Micro-hemorragia(s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7e. Hiperintensidad moderada en sustancia blanca (puntaje CHS de 5-6)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7f. Hiperintensidad extensa en sustancia blanca (puntaje CHS de 7-8+)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

8. ¿Tiene el sujeto una mutación para EA de transmisión autosómica dominante (PSEN1, PSEN2, APP)?

0 No 1 Sí 9 Desconocido/ no evaluado

9. ¿Tiene el sujeto una mutación hereditaria para FTLN (por ejemplo, GRN, VCP, TARBP, FUS, C9orf72, CHMP2B, MAPT)?

0 No 1 Sí 9 Desconocido/ no evaluado

10. ¿Tiene el sujeto alguna otra mutación hereditaria (no de EA o FTLN)?

0 No 1 Sí (ESPECIFICAR): _____ 9 Desconocido/ no evaluado

SECCIÓN 3: Diagnósticos etiológicos

Las sección 3 debe ser completada para todos los sujetos. Basándose en el juicio clínico, indique los diagnósticos etiológicos presuntivos del deterioro cognitivo y si dichos diagnósticos son: primario, contribuyente/secundario, o no contribuye al deterioro cognitivo observado. **Seleccione uno o más diagnósticos como Presentes; el resto se marcarán como Ausentes en la base de datos del NACC.** Solamente se deberá seleccionar un diagnóstico como 1=Primario.

Para sujetos con cognición normal: Indique la presencia de cualquier diagnóstico marcándolo como Presente, y deje en blanco las preguntas subsecuentes (primario, contribuyente, no-contribuyente). Para sujetos con biomarcadores positivos pero sin síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, o degeneración lobar frontotemporal, **no** se deberán marcar estos diagnósticos como Presentes. En estos casos, se debe utilizar la sección 2 de este formulario para identificar la presencia preclínica de la enfermedad.

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
11. Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> 1	11a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Demencia con cuerpos de Lewy 12b. <input type="checkbox"/> 1 Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> 1	12a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Atrofia multi-sistémica	<input type="checkbox"/> 1	13a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Degeneración lobar frontotemporal				
14a. Parálisis supranuclear progresiva (PSP)	<input type="checkbox"/> 1	14a1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14b. Degeneración corticobasal (DCB)	<input type="checkbox"/> 1	14b1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14c. FTLN con enfermedad de neurona motora	<input type="checkbox"/> 1	14c1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14d. FTLN no especificada	<input type="checkbox"/> 1	14d1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14e. Si hay presencia de FTLN (preguntas 14a-14d), especifique el subtipo: <input type="checkbox"/> 1 Taupatía <input type="checkbox"/> 2 TDP-43 proteinopatía <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido				

SECCIÓN 3: Diagnósticos etiológicos (continuación)

Las sección 3 debe ser completada para todos los sujetos. Basándose en el juicio clínico, indique los diagnósticos etiológicos presuntivos del deterioro cognitivo y si dichos diagnósticos son: primario, contribuyente/secundario, o no contribuye al deterioro cognitivo observado. **Seleccione uno o más diagnósticos como Presentes; el resto se marcarán como Ausentes en la base de datos del NACC.** Solamente se deberá seleccionar un diagnóstico como **1=Primario**.

Para sujetos con cognición normal: Indique la presencia de cualquier diagnóstico marcándolo como **1=Presente**, y deje en blanco las preguntas subsecuentes (primario, contribuyente, no-contribuyente). Para sujetos con biomarcadores positivos pero sin síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, o degeneración lobar frontotemporal, no se deberán marcar estos diagnósticos como Presentes. En estos casos, se debe utilizar la sección 2 de este formulario para identificar la presencia preclínica de la enfermedad.

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
15. Lesión cerebrovascular (basado en la evidencia clínica o de imagen) <i>Si no hay daño vascular significativo, PASE A LA PREGUNTA 16.</i>	<input type="checkbox"/> 1	15a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15b. ¿Accidente cerebrovascular anterior? <input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 15c) <input type="checkbox"/> 1 Sí				
15b1. ¿Hay una relación temporal entre el accidente cerebrovascular y el deterioro cognitivo? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí				
15b2. ¿Confirmación del accidente cerebrovascular por imagen? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido; imagen no disponible				
15c. ¿Hay evidencia por imagen de infarto quístico en redes cognitivas? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido; imagen no disponible				
15d. ¿Hay evidencia por imagen de infarto quístico, hiperintensidad extensa en sustancia blanca (grado CHS 7-8+), y deterioro de la función ejecutiva? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido; imagen no disponible				
16. Temblor benigno esencial	<input type="checkbox"/> 1	16a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> 1	17a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Enfermedad de Huntington	<input type="checkbox"/> 1	18a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Enfermedad por priones (Creutzfeldt-Jakob, otro)	<input type="checkbox"/> 1	19a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
20. Traumatismo craneoencefálico 20b. Si está presente, ¿El sujeto tiene síntomas consistentes con encefalopatía traumática crónica? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido	<input type="checkbox"/> 1	20a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Hidrocefalia normotensiva	<input type="checkbox"/> 1	21a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1	22a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Neoplasia del sistema nervioso central 23b. <input type="checkbox"/> 1 Benigna <input type="checkbox"/> 2 Maligna	<input type="checkbox"/> 1	23a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)	<input type="checkbox"/> 1	24a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Deterioro cognitivo secundario a otras condiciones neurológicas, genéticas o infecciosas no enlistadas anteriormente 25b. Si está presente, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	25a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Las sección 3 debe ser completada para todos los sujetos. Basándose en el juicio clínico, indique los diagnósticos etiológicos presuntivos del deterioro cognitivo y si dichos diagnósticos son: primario, contribuyente/secundario, o no contribuye al deterioro cognitivo observado. **Seleccione uno o más diagnósticos como Presentes; el resto se marcarán como Ausentes en la base de datos del NACC.** Solamente se deberá seleccionar un diagnóstico como **1=Primario**.

Para sujetos con cognición normal: Indique la presencia de cualquier diagnóstico marcándolo como **1=Presente**, y deje en blanco las preguntas subsecuentes (primario, contribuyente, no-contribuyente). Para sujetos con biomarcadores positivos pero sin síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, o degeneración lobar frontotemporal, no se deberán marcar estos diagnósticos como Presentes. En estos casos, se debe utilizar la sección 2 de este formulario para identificar la presencia preclínica de la enfermedad.

Condición	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
26. Depresión acualmente activa 26b. Si está presente, seleccione una: <input type="checkbox"/> 0 No tratada <input type="checkbox"/> 1 Tratada con medicamentos o psicoterapia	<input type="checkbox"/> 1	26a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> 1	27a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28. Esquizofrenia u otra psicosis	<input type="checkbox"/> 1	28a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29. Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> 1	29a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30. Delirium	<input type="checkbox"/> 1	30a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	<input type="checkbox"/> 1	31a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
32. Otro trastorno psiquiátrico 32b. Si está presente, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	32a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<p>33. Deterioro cognitivo por abuso de alcohol 33b. Abuso de alcohol actual: <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>33a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>34. Deterioro cognitivo por abuso de otras sustancias</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>34a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>35. Deterioro cognitivo por enfermedad sistémica/ otra enfermedad (como se indica en el Formulario D2)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>35a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>36. Deterioro cognitivo por medicamentos</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>36a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>37. Deterioro cognitivo no especificado 37b. Si está presente, especifique: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>37a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>38. Deterioro cognitivo no especificado 38b. Si está presente, especifique: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>38a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>39. Deterioro cognitivo no especificado 39b. Si está presente, especifique: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>39a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>

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

Formulario D2: Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico, asistente médico, enfermera calificada u otro profesional de la salud capacitado. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario D2.

Condiciones y procedimientos médicos			
Las preguntas que se presentan a continuación deberán ser contestadas basándose en la revisión de toda la información disponible, incluyendo aquellos diagnósticos que se hayan realizado durante la visita actual, los registros médicos, procedimientos, pruebas de laboratorio y la evaluación clínica.			
1. Cáncer (excluyendo cáncer de piel no-melanoma), primario o metastásico			
<input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 2) <input type="checkbox"/> 1 Sí, primario/no metastásico <input type="checkbox"/> 2 Sí, metastásico <input type="checkbox"/> 8 No evaluado (PASE A LA PREGUNTA 2)			
1a. Si está presente, especifique el sitio primario: _____			
<i>Si alguna de las siguientes condiciones están presentes (aunque hayan sido tratadas exitosamente), marque Sí.</i>			
2. Diabetes			
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí, Tipo I <input type="checkbox"/> 2 Sí, Tipo II <input type="checkbox"/> 3 Sí, otro tipo (diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional) <input type="checkbox"/> 9 No evaluado o desconocido			
	No	Sí	No evaluado
3. Infarto al miocardio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4. Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5. Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6. Hipertensión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7. Angina de pecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
8. Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
9. Deficiencia de vitamina B12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
10. Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

Si alguna de las siguientes condiciones están presentes (aunque hayan sido tratadas exitosamente), marque Sí.			
	No	Sí	No evaluado
11. Artritis (Si no está presente o no fue evaluada, PASE A LA PREGUNTA 12) 11a. Si está presente, ¿de qué tipo es? <input type="checkbox"/> 1 Reumatoide <input type="checkbox"/> 2 Osteoartritis <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido 11b. Si está presente, ¿cuáles son las regiones afectadas? (marque al menos una): 11b1. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad superior 11b2. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad inferior 11b3. <input type="checkbox"/> 1 Columna vertebral 11b4. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
12. Incontinencia — urinaria	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
13. Incontinencia — fecal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
14. Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
15. Trastorno de conducta durante el sueño MOR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
16. Hiposomnía/ insomnio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
17. Otro trastorno del sueño (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
18. Procedimiento carotídeo: angioplastia, endarterectomía, o stent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
19. Intervención coronaria percutánea: angioplastia y/o stent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
20. Procedimiento: marcapasos o desfibrilador	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
21. Procedimiento: remplazo o reparación de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
22. Encefalitis por anticuerpos 22a. Especificar anticuerpo: _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
23. Otras condiciones médicas o procedimientos no enlistados anteriormente (SI ESTÁN PRESENTES, ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	