

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 por Teléfono, Formulario A1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

1. Razón principal para asistir al ADC o centro de demencias:	<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
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)	<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
2b. Si fue auto-referido o referido por un contacto no profesional, ¿cómo se enteró la fuente de referencia sobre el ADC?	<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
3. Diagnóstico presuntivo al momento del registro:	<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
4. Participación presuntiva:	<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