

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 por Teléfono, 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