

## 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 por Visita Inicial por Teléfono, 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).

<b>6. Hallazgos que sugieren ELA (por ejemplo, debilidad y desgaste muscular, fasciculaciones, signos de neurona motora superior o inferior)</b>
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
<b>7. Hidrocefalia normotensiva: apraxia de la marcha</b>
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
<b>8. Otros hallazgos (por ejemplo ataxia cerebelosa, corea, mioclonías) (NOTA: para esta pregunta, no especifique los síntomas que ya se seleccionaron anteriormente)</b>
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí (ESPECIFICAR): _____