

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

5. Indique el síntoma <b>predominante</b> 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 ( <b>PASE A LA PREGUNTA 13</b> ) <input type="checkbox"/> 1 Sí		
9. Indique si el sujeto presenta cambios en su comportamiento de las siguientes maneras:	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Desconocido</b>
9a. <b>Apatía, aislamiento</b> ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9b. <b>Estado de ánimo deprimido</b> ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9c. <b>Psicosis</b> 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	<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. <b>Desinhibición</b> ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9e. <b>Irritabilidad</b> ¿Sus reacciones son exageradas?, por ejemplo, ¿le grita a sus familiares o a otras personas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
9f. <b>Agitación</b> ¿Tiene dificultad para mantenerse quieto? ¿Grita, golpea, o pateaa?	<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 por Teléfono, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

		No	Sí	Desconocido
9g. <b>Cambios de personalidad</b> ¿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. <b>Trastorno de conducta durante el sueño MOR</b> ¿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. <b>Ansiedad</b> 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. <b>Otro</b> (ESPECIFICAR): _____		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
10. Indique el síntoma <b>predominante</b> 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.)				_____
<b>Síntomas motores</b>				
13. Basándose en el juicio clínico, ¿presenta el sujeto algún tipo de síntomas motores?	<input type="checkbox"/> 0 No ( <b>PASE A LA PREGUNTA 20</b> ) <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. <b>Trastorno de la marcha</b> ¿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. <b>Caídas</b> ¿Se cae más de lo normal?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14c. <b>Tembor</b> ¿Sacude rítmicamente sus brazos, manos, piernas, cabeza, manos o lengua?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14d. <b>Enlentecimiento</b> ¿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 por Teléfono, Formulario B9. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

<p>15. Indique el síntoma <b>predominante</b> 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, <b>PASE A LA PREGUNTA 18</b>)</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, <b>PASE A LA PREGUNTA 19</b>)</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><b>Progresión general del deterioro y dominio predominante</b></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 <b>predominante</b> 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><b>Candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy o degeneración lobar frontotemporal</b></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>