



BASE DE DATOS UNIFORMES (UDS) DEL NACC

Paquete de Visita Inicial por Teléfono

Versión 3.0, Marzo de 2015

Visita Inicial por Teléfono v3.0, Julio 2020

Copyright© 2006, 2008, 2015, 2017, 2020 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
U01 AG016976).

Traducido y adaptado al Español por el Grupo de Trabajo Latino
del Programa ADC y la Red Latinoamericana de Demencias (RLAD)
(Katya Rascovsky, PhD, Director). Todos los derechos reservados. Esta
publicación fue financiada en parte por los Institutos Nacionales de
Salud (AG 046499, AG017586, P01AG066597).

¹Miembros 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, Sandra Weintraub PhD, Jaime Perales Puchalt PhD, MPH, Alberto Miale Merola, Silvia Chapman PhD, y Maria Corrada, MD.

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		Sí	No	
T1	☐ 1	☐ 2	Formulario de Inclusión	Requerido		
A1	☐ 1	☐ 2	Información Demográfica del Sujeto	Requerido		
A2	☐ 1	☐ 2	Información Demográfica del Informante	Requerido		
A3	☐ 1	☐ 2	Historia Familiar del Sujeto	☐ 1	☐ 0	— —
A4	☐ 1	☐ 2	Medicamentos del Sujeto	☐ 1	☐ 0	— —
A5	☐ 1	☐ 2	Historia Médica del Sujeto	Requerido		
B1	☐ 1	☐ 2	Evaluación Física	Requerido		
B4	☐ 1	☐ 2	CDR® con NACC FTLD	Requerido		
B5	☐ 1	☐ 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL NPI-Q	☐ 1	☐ 0	— —
B6	☐ 1	☐ 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL GDS	☐ 1	☐ 0	— —
B7	☐ 1	☐ 2	EVALUACIÓN FUNCIONAL NACC FAS	☐ 1	☐ 0	— —
B8	☐ 1	☐ 2	Hallazgos de la Evaluación Neurológica	☐ 1	☐ 0	— —
B9	☐ 1	☐ 2	Juicio Clínico de los Síntomas	Requerido		
C2T	☐ 1	☐ 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica	Requerido		
D1	☐ 1	☐ 2	Diagnóstico Clínico	Requerido		
D2	☐ 1	☐ 2	Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente	Requerido		

CLS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		
	Inglés	Español		Sí	No	
CLS	☐ 1	☐ 2	Historia Lingüística del Sujeto	☐ 1	☐ 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

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

Formulario T1: Formulario de Inclusión

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal clínico que participará en la visita inicial por teléfono. Para aclaraciones adicionales y ejemplos, consulte la Guía de codificación UDS para el Paquete de Visita Inicial por Teléfono, Formulario T1.

Para imprimir una copia de los datos ingresados previamente en este formulario, vaya a <https://www.alz.washington.edu/MEMBER/siteprint.html>

**Por favor complete las siguientes preguntas antes de continuar con el Paquete de Visita Inicial por Teléfono.
En lo posible, la modalidad óptima de evaluación es asistida por video en lugar de por teléfono.**

	NO	SÍ
1. ¿Por qué se está utilizando el protocolo UDS de Visita Inicial por Teléfono para obtener datos sobre el sujeto?		
a. El sujeto tiene demasiado deterioro cognitivo para una visita UDS en persona	☐ 0	☐ 1
b. El sujeto está demasiado deteriorado físicamente (enfermedad o lesión) para asistir a una visita UDS en persona	☐ 0	☐ 1
c. El sujeto está confinado en una casa o residencia de ancianos y no puede viajar	☐ 0	☐ 1
d. El sujeto o co-participante rechazó una visita UDS en persona	☐ 0	☐ 1
e. La pandemia del COVID imposibilita la visita tradicional UDS en persona	☐ 0	☐ 1
f. Otro (ESPECIFICAR): _____ (La comodidad del personal del ADC no es una razón aceptable)	☐ 0	☐ 1
2. ¿Qué modalidad de comunicación se utilizó para administrar este paquete UDS remoto?	☐ 1 Teléfono ☐ 2 Conferencia asistida por video ☐ 3 Alguna combinación de las dos	

	NO	SÍ	Desconocido
3. ¿Es probable que el sujeto reanude la evaluación de seguimiento UDS en persona? Si la respuesta es Sí o Desconocido, FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ Si la respuesta es No o Desconocido, pero se han registrado dos o más paquetes de seguimiento consecutivos para este sujeto, entonces CONTÍNUÉ CON LA PREGUNTA 4	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4. ¿Se ha completado un Formulario de Hitos (Milestones) que documente el cambio a seguimiento telefónico? (Si la respuesta es no, complete un formulario de Hitos ahora.)	☐ 0	☐ 1	☐ 9

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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 por Teléfono, Formulario A1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

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

5. Tipo de registro al ADC:	☐ 1 Financiado por el ADC principalmente (Clinical Core, Satellite Core, u otro ADC Core o proyecto). ☐ 2 Financiado principalmente por otro proyecto que no es del ADC (por ejemplo, R01, incluyendo financiamiento que apoya la participación en el Módulo FTLT).
6. Mes y año de nacimiento del sujeto (MM/AAAA):	____ / _____
7. Sexo del sujeto:	☐ 1 Masculino ☐ 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?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 9) ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido (Si desconocido, PASE A LA PREGUNTA 9)
8a. Si la respuesta es sí, ¿qué orígenes reporta tener el sujeto?	☐ 1 Mexicano, Chicano o Mexicano-Americano ☐ 2 Puertorriqueño ☐ 3 Cubano ☐ 4 Dominicano ☐ 5 Centroamericano ☐ 6 Sudamericano ☐ 50 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido
9. ¿Qué raza reporta tener el sujeto?	☐ 1 Blanca ☐ 2 Negra o Afroamericana ☐ 3 Indio Americano o nativo de Alaska ☐ 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico ☐ 5 Asiática ☐ 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocida
10. ¿Qué otra raza reporta tener el sujeto?	☐ 1 Blanca ☐ 2 Negra o Afroamericana ☐ 3 Indio Americano o nativo de Alaska ☐ 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico ☐ 5 Asiática ☐ 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 88 Ninguna ☐ 99 Desconocida

11. ¿Qué raza adicional a las mencionadas en las preguntas 9 y 10 reporta tener el sujeto?	☐ 1 Blanca ☐ 2 Negra o Afroamericana ☐ 3 Indio Americano o nativo de Alaska ☐ 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico ☐ 5 Asiática ☐ 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 88 Ninguna ☐ 99 Desconocida
12. Idioma principal del sujeto:	☐ 1 Inglés ☐ 2 Español ☐ 3 Mandarín ☐ 4 Cantonés ☐ 5 Ruso ☐ 6 Japonés ☐ 8 Otro idioma principal (ESPECIFICAR): _____ ☐ 9 Desconocido
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: _____ 12=preparatoria / bachillerato o GED 16=licenciatura 18=maestría 20=doctorado 99=desconocido	
14. Estado civil <u>actual</u> del sujeto:	☐ 1 Casado ☐ 2 Viudo ☐ 3 Divorciado ☐ 4 Separado ☐ 5 Soltero (nunca casado o matrimonio anulado) ☐ 6 Pareja doméstica ☐ 9 Desconocido
15. Situación habitacional actual del sujeto:	☐ 1 Vive solo ☐ 2 Vive con otra persona: esposo o pareja ☐ 3 Vive con otra persona: familiar, amigo o compañero de cuarto ☐ 4 Vive con su cuidador, quien no es su esposo/pareja, familiar o amigo ☐ 5 Vive con un grupo de personas (familiares o no) en una residencia privada ☐ 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) ☐ 9 Desconocido
16. Nivel de independencia del sujeto:	☐ 1 Es capaz de vivir independientemente ☐ 2 Requiere asistencia para actividades complejas ☐ 3 Requiere asistencia para actividades básicas ☐ 4 Es completamente dependiente ☐ 9 Desconocido

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 POR TELÉFONO 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 por Teléfono, 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:	☐ 1 Masculino ☐ 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?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 4) ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido (PASE A LA PREGUNTA 4)
3a. Si el informante reporta tener un origen étnico Hispano/Latino, ¿qué origen étnico específico reporta?	☐ 1 Mexicano, Chicano o Mexicano-Americano ☐ 2 Puertorriqueño ☐ 3 Cubano ☐ 4 Dominicano ☐ 5 Centroamericano ☐ 6 Sudamericano ☐ 50 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido
4. ¿Qué raza reporta tener el informante?	☐ 1 Blanca ☐ 2 Negra o Afroamericana ☐ 3 Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico ☐ 5 Asiática ☐ 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido
5. ¿Qué otra raza reporta tener el informante?	☐ 1 Blanca ☐ 2 Negra o Afroamericana ☐ 3 Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico ☐ 5 Asiática ☐ 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 88 Ninguna ☐ 99 Desconocido

6. ¿Qué raza adicional a las mencionadas en las preguntas 4 y 5 reporta tener el informante?	☐ 1 Blanca ☐ 2 Negra o Afroamericana ☐ 3 Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ 4 Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico ☐ 5 Asiática ☐ 50 Otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 88 Ninguna ☐ 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?	☐ 1 Esposo(a), pareja, compañero (incluyendo ex-esposo(a), ex-pareja, prometido(a), novio(a)) ☐ 2 Hijo (consanguíneo, hijastro, adoptado) ☐ 3 Hermano (consanguíneo, hermanastro, adoptado) ☐ 4 Otro familiar (consanguíneo, adquirido por el matrimonio, adoptado) ☐ 5 Amigo, vecino o conocido de la familia/amigos/trabajo o de la comunidad (por ejemplo, de la iglesia). ☐ 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?	☐ 0 No ☐ 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 10)
9a. Si el informante no vive con el sujeto, ¿con qué frecuencia visita personalmente al sujeto?	☐ 1 Diario ☐ 2 Al menos tres veces por semana ☐ 3 Semanalmente ☐ 4 Al menos tres veces al mes ☐ 5 Mensualmente ☐ 6 Menos de una vez al mes
9b. Si el informante no vive con el sujeto, ¿con qué frecuencia tiene contacto telefónico con él?	☐ 1 Diario ☐ 2 Al menos tres veces por semana ☐ 3 Semanalmente ☐ 4 Al menos tres veces al mes ☐ 5 Mensualmente ☐ 6 Menos de una vez al mes
10. ¿Es cuestionable la confiabilidad del informante?	☐ 0 No ☐ 1 Sí

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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 por Teléfono, Formulario A3.

1. ¿Hay miembros afectados de la familia (padres biológicos, hermanos consanguíneos completos (comparten ambos padres), o hijos biológicos)? <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>	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido
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? NOTA: en esta pregunta no se debe reportar APOE.	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 3a) ☐ 1 Sí, APP ☐ 2 Sí, PS-1 (PSEN-1) ☐ 3 Sí, PS-2 (PSEN-2) ☐ 8 Sí, otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 9 Se desconoce si existe una mutación (PASE A LA PREGUNTA 3a)
2b. Fuente de evidencia de la mutación relacionada con EA (seleccione una):	☐ 1 Informe del familiar (no hay documentación disponible) ☐ 2 Documentación de una prueba de laboratorio comercial ☐ 3 Documentación de una prueba de laboratorio de investigación ☐ 8 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 9 Desconocido
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?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 4a) ☐ 1 Sí, MAPT ☐ 2 Sí, PGRN ☐ 3 Sí, C9orf72 ☐ 4 Sí, FUS ☐ 8 Sí, otra (ESPECIFICAR): _____ ☐ 9 Se desconoce si existe una mutación (PASE A LA PREGUNTA 4a)

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

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 por Teléfono 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 subsecuentes 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 subsecuentes 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

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

**CÓDIGOS para el diagnóstico primario

Véase el Apéndice 1 en la página 5 de este formulario

***CÓDIGOS para el método de evaluación

- Autopsia
- Examen
- Revisión del registro médico de la evaluación formal de demencia
- Revisión de registros médicos generales Y entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto
- Revisión de registros médicos únicamente
- Entrevista telefónica con el informante y/o el sujeto
- 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 por Teléfono 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.

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, 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	____/____	____	_____	_____	_____	_____

***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 logopéica
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, FTLD-UPS, FTLD 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 FTLD, 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 FTLD, o de trastornos parkinsonianos, excepto la enfermedad de Parkinson.

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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? ☐ 0 No **(FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ)** ☐ 1 Sí

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
☐ Niacina	d00314
☐ Nifedipino	d00051
☐ Nitroglicerina	d00321
☐ Ácido graso polinsaturado omega 3	d00497
☐ Omeprazol	d00325
☐ Oxibutinina	d00328
☐ Pantoprazol	d04514
☐ Paroxetina	d03157
☐ Cloruro de potasio	d00345
☐ Pravastatina	d00348
☐ Quetiapina	d04220
☐ Ranitidina	d00021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
☐ Rivastigmina	d04537
☐ Rosuvastatina	d04851
☐ Sertralina	d00880
☐ Simvastatina	d00746
☐ Tamsulosina	d04121
☐ Terazosina	d00386
☐ Tramadol	d03826
☐ Trazodona	d00395
☐ Valsartan	d04113
☐ Venlafaxina	d03181
☐ Warfarina	d00022
☐ Zolpidem	d00910

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
☐ Acetaminofeno-paracetamol	d00049
☐ Ácido ascórbico	d00426
☐ Aspirina	d00170
☐ Carbonato de calcio	d00425
☐ Vitamina D con calcio	d03137
☐ Colecalciferol	d03129
☐ Glucosamina con condroitina	d04420
☐ Docusate	d01021
☐ Ácido fólico	d00241
☐ Glucosamina	d04418

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLAVE
☐ Ibuprofeno	d00015
☐ Loratadina	d03050
☐ Melatonina	d04058
☐ Multivitamínico	d03140
☐ Multivitamínico con minerales	d03145
☐ Glicopolietileno	d05350
☐ Psyllium plántago	d01018
☐ Piroxidina	d00412
☐ Ubiquinona	d04523
☐ 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 _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____
☐	(ESPECIFICAR:) _____	d _____

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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 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?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 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)	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido
1c. Número total de años que ha fumado el sujeto (99=desconocido):	____
1d. Número promedio de paquetes de cigarros / cigarrillos que fuma el sujeto por día:	☐ 1 1 cigarro a menos de ½ paquete ☐ 2 ½ paquete a menos de 1 paquete ☐ 3 1 paquete a menos de 1½ paquetes ☐ 4 1½ paquetes a menos de 2 paquetes ☐ 5 2 paquetes o más ☐ 9 Desconocido
1e. Si el sujeto dejó de fumar, especifique la edad en la que fumó por última vez (888=no aplica, 999=desconocido):	____
USO DE ALCOHOL	
1f. ¿El sujeto ha consumido alcohol en los últimos 3 meses?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 2a) ☐ 1 Sí ☐ 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?	☐ 0 Menos de una vez al mes ☐ 1 Aproximadamente una vez al mes ☐ 2 Al menos una vez por semana ☐ 3 Varias veces a la semana ☐ 4 Diario o casi diario ☐ 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)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2a1. Más de un ataque cardíaco ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido				
2a2. Año del ataque al miocardio más reciente (9999 = desconocido): _____				
2b. Fibrilación auricular	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2c. Angioplastia/ endarterectomía/ stent	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2d. Bypass cardíaco/coronario	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2e. Marcapasos y/o desfibrilador	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2f. Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2g. Angina de pecho	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2h. Reemplazo o reparación de válvula cardíaca	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2i. Otra enfermedad cardiovascular (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
3a1. ¿Más de un accidente cerebrovascular? ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 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)	☐ 0	☐ 1		☐ 9
4a1. Año del diagnóstico de EP (9999 = desconocido): _____				
4b. Parkinsonismo secundario a otra enfermedad (por ejemplo, PSP, DCB) (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 4c)	☐ 0	☐ 1		☐ 9
4b1. Año del diagnóstico de parkinsonismo (9999 = desconocido): _____				
4c. Convulsiones	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
4d. Traumatismo craneo-encefálico (TCE) (Si la respuesta es ausente or desconocido, PASE A LA PREGUNTA 5a)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
4d1. TCE con pérdida de conciencia por un período breve (<5 minutos) ☐ 0 No ☐ 1 Único ☐ 2 Repetido/múltiple ☐ 9 Desconocido				
4d2. TCE con pérdida de conciencia de un período largo (>5 minutos) ☐ 0 No ☐ 1 Único ☐ 2 Repetido/múltiple ☐ 9 Desconocido				
4d3. TCE sin pérdida de conciencia (por ejemplo, como resultado de accidentes deportivos o explosiones/detonaciones militares) ☐ 0 No ☐ 1 Único ☐ 2 Repetido/múltiple ☐ 9 Desconocido				
4d4. Año del TCE más reciente (9999 = desconocido): _____				
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)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5a1. Si la respuesta es reciente/activa o pasada/inactiva, ¿de qué tipo? ☐ 1 Tipo 1 ☐ 2 Tipo 2 ☐ 3 Otro tipo (diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional) ☐ 9 Desconocido				
5b. Hipertension	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9

5. Condiciones médicas (continuación)	Ausente	Reciente/ activa	Pasada/ inactiva	Desconocido
5c. Hipercolesterolemia	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5d. Deficiencia de B12	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5e. Enfermedad tiroidea	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5f. Artritis (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 5g)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5f1. Tipo de artritis: ☐ 1 Reumatoide ☐ 2 Osteoartritis ☐ 3 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 9 Desconocido				
5f2. Region(es) afectadas (seleccionar todas las que apliquen): 5f2a. ☐ 1 Extremidad superior 5f2b. ☐ 1 Extremidad inferior 5f2c. ☐ 1 Columna vertebral 5f2d. ☐ 1 Desconocido				
5g. Incontinencia — urinaria	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5h. Incontinencia — fecal	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5i. Apnea del sueño	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5j. Trastorno de conducta durante el sueño MOR	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5k. Hiposomnia/ insomnio	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5l. Otro trastorno del sueño (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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 áreas: trabajo, manejo, legal or social.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6b. Abuso de sustancias de otro tipo: disfunción clínicamente significativa en un periodo de 12 meses, manifestada en alguna de las siguientes áreas: trabajo, manejo, legal or social. (Si la respuesta es ausente o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 7a)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6b1. Si reciente/activa o pasada/inactiva, especifique la sustancia de abuso: _____				

7. Enfermedades psiquiátricas, diagnosticadas o tratadas por un medico	Ausente	Reciente/ activa	Pasada/ inactiva	Desconocido
7a. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
7b. Trastorno bipolar	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
7c. Esquizofrenia	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
7d. Depresión 7d1. Depresión activa en los dos años pasados/anteriores ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido 7d2. Episodios depresivos hace más de dos años ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido				
7e. Ansiedad	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
7f. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
7g. Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo (por ejemplo, trastorno del espectro autista (TEA), déficit de atención con hiperactividad (TDAH), dislexia)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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: _____				

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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 por Teléfono, Formulario B1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.

Observaciones físicas	No	Sí	Desconocido
1. ¿Es normal la visión del sujeto sin el uso de lentes graduados?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
2. ¿El sujeto usa lentes graduados para corregir su visión? (Si la respuesta es no o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 3)	☐ 0	☐ 1	☐ 9
2a. Si utiliza lentes graduados, ¿se corrige adecuadamente la visión del sujeto <u>con</u> la graduación utilizada?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
3. ¿El sujeto puede escuchar adecuadamente sin el uso de un auxiliar auditivo (o aparato de sordera)?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4. ¿El sujeto por lo general utiliza un auxiliar auditivo? (Si la respuesta es no o desconocido, FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ)	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4a. Si utiliza un auxiliar auditivo, ¿se corrige adecuadamente la audición del sujeto <u>con</u> el uso del auxiliar auditivo?	☐ 0	☐ 1	☐ 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 por Teléfono, 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 por Teléfono, 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 por Teléfono, 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 por Teléfono, 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 personalidad ² _____	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. Lenguaje ³ _____	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 POR TELÉFONO 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 por Teléfono del UDS, Formulario B5. Marque solo una casilla para cada categoría de respuesta.

INSTRUCCIONES: 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: ☐ 1 Espos(a) ☐ 2 Hijo(a) ☐ 3 Otro (ESPECIFIQUE): _____		Sí	No	No sabe	SEVERIDAD				
					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.	☐ 1	☐ 0	☐ 9	2b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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.	☐ 1	☐ 0	☐ 9	3b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
4. Agitación o agresividad — ¿Se resiste el paciente a la ayuda de otros o es difícil de manejar?	4a.	☐ 1	☐ 0	☐ 9	4b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
5. Depresión o disforia — ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o dice que esta deprimido?	5a.	☐ 1	☐ 0	☐ 9	5b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9

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

INSTRUCCIONES: 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)

	Sí	No	No sabe		SEVERIDAD			
					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. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	6b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
7. Euforia o exaltación — ¿Parece que el paciente se siente demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	7a. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	7b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
8. Apatía o indiferencia — ¿Parece el paciente menos interesado en sus actividades habituales o en las actividades y planes de los demás?	8a. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	8b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	9b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
10. Irritabilidad o labilidad — ¿Se muestra el paciente irritable o impaciente? ¿Tiene dificultad para lidiar con retrasos o para esperar actividades planeadas?	10a. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	10b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	11b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	12b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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. ☐ 1	☐ 0	☐ 9	13b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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 por Teléfono 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?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
2. ¿Ha dejado muchas de sus actividades e intereses?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
3. ¿Siente que su vida está vacía?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
4. ¿Se aburre a menudo?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
5. ¿Está con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
6. ¿Teme que algo malo le va a pasar?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
8. ¿Siente con frecuencia que nada o nadie le puede ayudar?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
10. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que las demás personas?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12. ¿Se siente inútil de la manera en que está en este momento?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
14. ¿Siente que su situación no tiene remedio?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	☐ 1	☐ 0	☐ 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 por Teléfono 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	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
2. Organizar documentos para la declaración de impuestos, asuntos de negocio u otro tipo de documentos	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
3. Hacer compras por sí mismo(a) (por ejemplo, comprar ropa, cosas para la casa o alimentos)	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
4. Participar en pasatiempos o juegos de destreza como jugar cartas, canasta o ajedrez	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
5. Calentar agua, preparar una taza de café, apagar la estufa	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
6. Preparar una comida balanceada	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
7. Estar al tanto de las noticias	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
8. Prestar atención y entender un programa de televisión, un libro o una revista	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
9. Recordar citas, eventos familiares, días festivos, toma de medicamentos	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
10. Viajar fuera de su vecindario, manejar un automóvil, o planear un viaje usando transporte público	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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 POR TELÉFONO 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 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	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
2b. Enlentecimiento de movimientos finos	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
2c. Rigidez – brazo	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8

	Sí	No evaluado
2d. Bradicinesia	☐ 1	☐ 8
2e. Trastornos parkinsónicos de la marcha	☐ 1	☐ 8
2f. Inestabilidad postural	☐ 1	☐ 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)	☐ 1	☐ 8
3b. Signos focales u otros consistentes con leucoencefalopatía isquémica subcortical	☐ 1	☐ 8

	IZQUIERDO		DERECHO	
	Sí	No evaluado	Sí	No evaluado
3c. Motores (puede incluir debilidad combinada de cara, brazo, pierna, cambios en los reflejos; etc.)	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
3d. Pérdida de campo visual (ceguera cortical)	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
3e. Pérdida somatosensorial	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 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	☐ 1	☐ 8
5b. Disartria consistente con PSP	☐ 1	☐ 8
5c. Rigidez axial consistente con PSP	☐ 1	☐ 8
5d. Trastorno de la marcha consistente con PSP	☐ 1	☐ 8
5e. Apraxia del habla	☐ 1	☐ 8

	IZQUIERDO		DERECHO	
	Sí	No evaluado	Sí	No evaluado
5f. Apraxia consistente con DCB	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
5g. Déficit sensorial cortical consistente con DCB	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
5h. Ataxia consistente con DCB	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
5i. Miembro fantasma consistente con DCB	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
5j. Distonía consistente con DCB, PSP o desorden asociado	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 8
5k. Mioclonía consistente con DCB	☐ 1	☐ 8	☐ 1	☐ 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).

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 POR TELÉFONO 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 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)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 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)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 8 No hay informante		
Síntomas cognitivos			
3. Basado en el juicio clínico, ¿el sujeto muestra un deterioro significativo en su cognición?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 8) ☐ 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?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4b. Orientación Por ejemplo, ¿tiene problemas para saber el día, mes o año, o no reconoce y/o se pierde en lugares familiares?	☐ 0	☐ 1	☐ 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?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4d. Lenguaje ¿Es dubitativo su lenguaje? ¿tiene dificultad para encontrar las palabras o utiliza palabras equivocadas sin darse cuenta de su error?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4e. Función visuoespacial ¿Presenta dificultad para interpretar estímulos visuales y para la navegación?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4f. Atención, concentración ¿Su periodo atencional es breve o presenta dificultad para concentrarse? ¿Se distrae fácilmente?	☐ 0	☐ 1	☐ 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.)	☐ 0	☐ 1	☐ 9
4h. Otro (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 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 predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro cognitivo del sujeto:	☐ 1 Memoria ☐ 2 Orientación ☐ 3 Función ejecutiva – juicio, planeación y resolución de problemas ☐ 4 Lenguaje ☐ 5 Función visuoespacial ☐ 6 Atención/concentración ☐ 7 Cognición fluctuante ☐ 8 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido
6. Modo de inicio de los síntomas cognitivos:	☐ 1 Gradual ☐ 2 Subagudo ☐ 3 Abrupto ☐ 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 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?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 13) ☐ 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>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	No	Sí	Desconocido	☐ 0	☐ 1	☐ 9
No	Sí	Desconocido					
☐ 0	☐ 1	☐ 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>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 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>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 9					
9c. Psicosis							
9c1. Alucinaciones visuales	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 9					
9c1a. Si las presenta, ¿las alucinaciones son detalladas y están bien formadas?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 9					
9c1b. Si están bien formadas, ¿cuál fue la edad de inicio de éstas?: ____ (888 = no aplica, no están bien formadas) (El médico deberá utilizar su mejor juicio clínico para estimar la edad de inicio.)							
9c2. Alucinaciones auditivas	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 9					
9c3. Creencias anormales, falsas o delirantes	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 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>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 9					
9e. Irritabilidad ¿Sus reacciones son exageradas?, por ejemplo, ¿le grita a sus familiares o a otras personas?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 9					
9f. Agitación ¿Tiene dificultad para mantenerse quieto? ¿Grita, golpea, o patear?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	☐ 0	☐ 1	☐ 9			
☐ 0	☐ 1	☐ 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. 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?	☐ 0	☐ 1	☐ 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.)	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9i. Ansiedad Por ejemplo, ¿presenta signos de nerviosismo (suspiros frecuentes, expresiones faciales ansiosas, se frota las manos) y/o preocupación excesiva?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9j. Otro (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	
10. Indique el síntoma predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro conductual en el sujeto:	☐ 1 Apatia/ aislamiento ☐ 2 Estado de ánimo deprimido ☐ 3 Psicosis ☐ 4 Desinhibición ☐ 5 Irritabilidad ☐ 6 Agitación ☐ 7 Cambios de personalidad ☐ 8 Trastorno de conducta durante el sueño MOR ☐ 9 Ansiedad ☐ 10 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido		
11. Modo de inicio de los síntomas conductuales:	☐ 1 Gradual ☐ 2 Subagudo ☐ 3 Abrupto ☐ 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 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?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 20) ☐ 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?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
14b. Caídas ¿Se cae más de lo normal?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
14c. Temblores ¿Sacude rítmicamente sus brazos, manos, piernas, cabeza, manos o lengua?	☐ 0	☐ 1	☐ 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?	☐ 0	☐ 1	☐ 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.

15. Indique el síntoma predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro motor en el sujeto:	☐ 1 Trastorno de la marcha ☐ 2 Caídas ☐ 3 Temblor ☐ 4 Enlentecimiento ☐ 99 Desconocido
16. Modo de inicio de los síntomas motores:	☐ 1 Gradual ☐ 2 Subagudo ☐ 3 Abrupto ☐ 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido
17. ¿Los cambios motores sugieren parkinsonismo?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido (Si la respuesta es no o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 18)
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.)	_____
18. ¿Los cambios motores sugieren una esclerosis lateral amiotrófica?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido (Si la respuesta es no o desconocido, PASE A LA PREGUNTA 19)
18a. Si 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.)	_____
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.)	_____
Progresión general del deterioro y dominio predominante	
20. Progresión general del deterioro cognitivo/conductual/motor:	☐ 1 Gradual progresiva ☐ 2 Escalonada ☐ 3 Estática ☐ 4 Fluctuante ☐ 5 Mejorada ☐ 8 No aplica ☐ 9 Desconocida
21. Indique el dominio predominante que fue identificado como el primer indicador de deterioro en el sujeto:	☐ 1 Cognición ☐ 2 Conducta/ comportamiento ☐ 3 Función motora ☐ 8 No aplica ☐ 9 Desconocido
Candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy o degeneración lobar frontotemporal	
22. ¿El sujeto es candidato a evaluación adicional para demencia con cuerpos de Lewy?	☐ 0 No ☐ 1 Sí
23. ¿El sujeto es candidato a evaluación adicional para degeneración lobar frontotemporal?	☐ 0 No ☐ 1 Sí

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO BASE DE DATOS UNIFORMES

Formulario C2T: Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica T-cog

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal clínico del ADC. Para dudas sobre la administración y puntuación de las pruebas, véase las instrucciones para la Batería Neuropsicológica, Formulario C2T.

CLAVE: 88/888=Ítem opcional 95/995=Problema físico 96/996=Problema cognitivo/conductual 97/997=Otro problema 98/998=Rechazo verbal

NOTA: Basado en el juicio clínico, si existen factores que significativamente afectan la validez de la prueba, seleccione 97/997 = Otro problema

0. Modo de comunicación

- Oa. ¿Qué modalidad de comunicación se utilizó para administrar esta batería neuropsicológica?
- ☐ 1 Teléfono
- ☐ 2 Conferencia asistada por video
- ☐ 3 Alguna combinación de las dos

1. Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) — Discapacidad Visual

1a. ¿Se administró alguna parte del MoCA?

☐ 0 No (Inique el código, 95 – 98): ____ (PASE A LA PREGUNTA 2a)

☐ 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 1b)

1b. Idioma de administración del MoCA: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español ☐ 3 Otro (ESPECIFICAR): _____

1c. El sujeto no pudo completar una o más secciones debido a un problema auditivo: ☐ 0 No ☐ 1 Sí

1d. PUNTAJE TOTAL CRUDO (no corregido en base a la escolaridad o a problemas visuales o auditivos):

Ingrese 88 si alguno de los siguientes ítems del MoCA no fue administrado:

1e–1k, 1n–1s

____ (0–22, 88)

1e. Atención — Serie de números

____ (0–2, 95–98)

1f. Atención — Letra A

____ (0–1, 95–98)

1g. Atención — Serie de 7s

____ (0–3, 95–98)

1h. Lenguaje — Repetición

____ (0–2, 95–98)

1i. Lenguaje — Fluidez

____ (0–1, 95–98)

1j. Abstracción

____ (0–2, 95–98)

1k. Recuerdo diferido — Sin pistas

____ (0–5, 95–98)

1l. Recuerdo diferido — Pista de categoría

____ (0–5; 88=no aplica)

1m. Recuerdo diferido — Reconocimiento (pista de opción múltiple)

____ (0–5; 88=no aplica)

1n. Orientación — Fecha (día del mes)

____ (0–1, 95–98)

88/888=Ítem opcional 95/995=Problema físico 96/996=Problema cognitivo/conductual 97/997=Otro problema 98/998=Rechazo verbal

1o. Orientación — Mes	____ (0–1, 95–98)
1p. Orientación — Año	____ (0–1, 95–98)
1q. Orientación — Día de la semana	____ (0–1, 95–98)
1r. Orientación — Lugar	____ (0–1, 95–98)
1s. Orientación — Ciudad	____ (0–1, 95–98)
2. ADMINISTRACIÓN DEL RESTO DE LA BATERÍA	
2a. Idioma de administración: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español ☐ 3 Otro (ESPECIFICAR): _____	
3. Historia de Craft 21 (Recuerdo inmediato)	
3a. Número total de unidades recordadas, puntaje textual (Si la prueba no fue completada, indique el código 95–98, y PASE A LA PREGUNTA 4a.)	____ (0–44, 95–98)
3b. Número total de unidades recordadas, puntaje de parafraseo	____ (0–25)
4. Prueba de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT) – Recuerdo Inmediato (Opcional)	
Instrucciones especiales: La Prueba de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT) no ser administrada a los participantes evaluados en español.	
4a. Ensayo 1 — Recuerdo total (Si la prueba no se administró, ingrese el código apropiado, 95–98. Si la prueba se omitió por ser opcional o porque no está disponible en español, ingrese 88 y PASE A LA PREGUNTA 5a)	____ (0–15, 88, 95–98)
4b. Intrusiones	____ (Sin límite)
4c. Ensayo 2 — Recuerdo total	____ (0–15)
4d. Intrusiones	____ (Sin límite)
4e. Ensayo 3 — Recuerdo total	____ (0–15)
4f. Intrusiones	____ (Sin límite)
4g. Ensayo 4 — Recuerdo total	____ (0–15)
4h. Intrusiones	____ (Sin límite)
4i. Ensayo 5 — Recuerdo total	____ (0–15)
4j. Intrusiones	____ (Sin límite)
4k. Ensayo 6 — Recuerdo total	____ (0–15)
4l. Intrusiones	____ (Sin límite)
5. Retención de Dígitos: En Orden	
5a. Número de series correctas (Si la prueba no fue completada, ingrese el código apropiado, 95–98, y PASE A LA PREGUNTA 6a.)	____ (0–14, 95–98)
5b. Longitud de la serie correcta más larga	____ (0, 3–9)

88/888=Ítem opcional 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 (Si la prueba no fue completada, indique el código 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 7a.)	____ (0-14, 95-98)
6b. Longitud de la serie correcta más larga	____ (0, 2-8)
7. Prueba de Rastreo Verbal (Opcional)	
7a. PARTE A: Número total de segundos para completar la prueba (Si la prueba no se completó en menos de 100 segundos, ingresar 100) (Si la prueba no fue completada, indique el código, 995-998. Si la prueba no se completó por ser opcional, ingrese 888, y PASE A LA PREGUNTA 7b)	____ (0-100, 888, 995-998)
7a1. Número de errores de comisión	____ (Sin límite)
7a2. Número de líneas correctas	____ (0-25)
7b. PARTE B: Número total de segundos para completar la prueba (Si la prueba no fue completada en menos de 300 segundos, ingresar 300) (Si la prueba no fue completada, indique el código, 995-998. Si la prueba no se completó por ser opcional, ingrese 888 y PASE A LA PREGUNTA 8a)	____ (0-300, 888, 995-998)
7b1. Número de errores de comisión	____ (Sin límite)
7b2. Número de líneas correctas	____ (0-25)
8. Historia de Craft 21 (Recuerdo diferido)	
8a. Número total de unidades recordadas, puntaje textual (Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 9a)	____ (0-44, 95-98)
8b. Número total de unidades recordadas, puntaje de parafraseo	____ (0-25)
8c. Tiempo de la demora (minutos) (99=Desconocida)	____ (0-85 minutos)
8d. Pista "niño" necesaria	☐ 0 No ☐ 1 Sí
9. Fluidez Verbal de Categorías	
9a. Animales: número total de animales generados en 60 segundos (Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 9b)	____ (0-77, 95-98)
9b. Vegetales: número total de vegetales generados en 60 segundos (Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 10a)	____ (0-77, 95-98)
10. Fluidez Verbal: Prueba Fonológica	
10a. Número de palabras correctas con P generadas en un minuto (Si la prueba no fue completada, indique el código, 95-98, y PASE A LA PREGUNTA 10d.)	____ (0-40, 95-98)
10b. Número de palabras con P repetidas en un minuto	____ (0-15)
10c. Número de palabras que no comienzan con P y errores de violación de regla en un minuto	____ (0-15)

88/888=Ítem opcional 95/995=Problema físico 96/996=Problema cognitivo/conductual 97/997=Otro problema 98/998=Rechazo verbal

10d. Número de palabras correctas con M generadas en un minuto (Si la prueba no fue completada, indique el código, 95–98, y PASE A LA PREGUNTA 11a.)	____ (0–40, 95–98)
10e. Número de palabras con M repetidas en un minuto	____ (0–15)
10f. Número de palabras que no comienzan con M y errores de violación de regla en un minuto	____ (0–15)
10g. Número TOTAL de palabras correctas con P y M	____ (0–80)
10h. Número TOTAL de errores de repetición de palabras con P y M	____ (0–30)
10i. Número TOTAL de palabras que no comienzan con P/M y errores de violación de regla	____ (0–30)
11. Prueba de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT) — Recuerdo diferido y reconocimiento (Opcional)	
11a. Total recuerdo diferido (Si la prueba no se administró, ingrese el código apropiado, 95–98. Si la prueba se omitió por ser opcional o porque no está disponible en español, ingrese 88 y PASE A LA PREGUNTA 12a)	____ (0–15, 88, 95–98)
11b. Intrusiones	____ (Sin límite)
11c. Reconocimiento — Número total correctas	____ (0–15)
11d. Reconocimiento — Número total falsos positivos	____ (0–15)
12. Prueba de Denominación Verbal (Opcional)	
12a. Total correcto — Sin clave (Si la prueba no se administró, ingrese el código apropiado, 95–98. Si la prueba se omitió por ser opcional, ingrese 88 y PASE A LA PREGUNTA 12b)	____ (0–50, 88, 95–98)
12b. Total correcto — Con clave (Si la prueba no se administró, ingrese el código apropiado, 95–98. Si la prueba se omitió por ser opcional o porque no se dieron pistas, ingrese 88 y PASE A LA PREGUNTA 13a)	____ (0–50, 88, 95–98)
13. Evaluación Global	
De acuerdo al profesional clínico (ej., neuropsicólogo, neurólogo comportamental u otro profesional clínico calificado), el estado cognitivo general del sujeto basado en la evaluación neuropsicológica UDS es:	☐ 1 Superior a lo normal para su edad ☐ 2 Normal para su edad ☐ 3 Uno o dos puntajes fueron anormales ☐ 4 Tres o más puntajes fueron anormales o más bajos de lo esperado ☐ 0 El profesional clínico no pudo emitir su opinión
14. Validez de las respuestas del participante	
Por favor indique su opinión sobre la presencia de problemas auditivos u otros factores que influyeron significativamente en los resultados de las pruebas. Puede ser difícil juzgar, pero es útil en la adjudicación y análisis de datos saber que tales influencias se encontraron durante la evaluación.	

14a. ¿Qué tan válidas cree que son las respuestas del participante?

- ☐ 1 Muy válidas, probablemente representativas de las habilidades cognitivas del participante
(TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ)
- ☐ 2 Cuestionablemente válidas, posiblemente no representativas de las habilidades cognitivas del participante **(CONTINÚE)**
- ☐ 3 Inválidas, probablemente una representación incorrecta de las habilidades cognitivas del participante **(CONTINÚE)**

14b. ¿Qué hace que las respuestas del participante sean menos válidas? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ 14b1 Discapacidad auditiva
- ☐ 14b2 Distracciones
- ☐ 14b3 Interrupciones
- ☐ 14b4 Falta de esfuerzo o desinterés
- ☐ 14b5 Cansancio / fatiga
- ☐ 14b6 Problemas emocionales
- ☐ 14b7 Asistencia/ayuda no permitida
- ☐ 14b8 Otro (ESPECIFICAR): _____

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 por Teléfono, 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 FTL
- 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 FTL 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 visuoespaciales
- 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 visuoespaciales 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	☐ 1
4b. Síndrome de atrofia cortical posterior (o de presentación visual primaria) (ACP)	☐ 1
4c. Síndrome de afasia progresiva primaria (APP)	☐ 1
4c1. ☐ 1 Cumple criterios para APP variante semántica ☐ 2 Cumple criterios para APP variante logopénica ☐ 3 Cumple criterios para APP variante no-fluente/agramática ☐ 4 Otra APP o no especificada	
4d. Variante conductual de la degeneración lobar frontotemporal (DFTvc)	☐ 1
4e. Demencia con cuerpos de Lewy (DL)	☐ 1
4f. Síndrome demencial no amnésico de dominios múltiples, que no es ACP, APP, DFTvc o DL	☐ 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 visuoespaciales)?
- ¿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)	☐ 1			
5b. DCL amnésico, de dominio múltiple (DCLa-DM)	☐ 1	MARQUE SI para por lo menos un dominio adicional (además de la memoria):		
		5b1. Lenguaje	☐ 0	☐ 1
		5b2. Atención	☐ 0	☐ 1
		5b3. Función ejecutiva	☐ 0	☐ 1
		5b4. Visuoespacial	☐ 0	☐ 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)	☐ 1	MARQUE SI para indicar el dominio afectado: 5c1. Lenguaje ☐ 0 ☐ 1 5c2. Atención ☐ 0 ☐ 1 5c3. Función ejecutiva ☐ 0 ☐ 1 5c4. Visuoespacial ☐ 0 ☐ 1		
5d. DCL no amnésico, de dominio múltiple (DCLna-DM)	☐ 1	MARQUE SI para al menos dos dominios: 5d1. Lenguaje ☐ 0 ☐ 1 5d2. Atención ☐ 0 ☐ 1 5d3. Función ejecutiva ☐ 0 ☐ 1 5d4. Visuoespacial ☐ 0 ☐ 1		
5e. Deterioro cognitivo, no DCL	☐ 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	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6b. Amiloide anormalmente bajo en LCR	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6c. Patrón FDG-PET de EA	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6d. Atrofia hipocámpica	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6e. Evidencia de EA en Tau PET	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6f. Tau o ptau (fosforilada) anormalmente elevada en LCR	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6g. Evidencia de hipometabolismo frontal o temporal anterior consistente con FTLD en FDG-PET	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6h. Evidencia de FTLD en Tau PET	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6i. Evidencia de atrofia frontal o temporal anterior consistente con FTLD en RM estructural	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6j. Evidencia de demencia con cuerpos de Lewy en DATscan (transportador activo de dopamina)	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6k. Otro (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	

7. ¿Hay evidencia de enfermedad cerebrovascular en imagen?

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

La 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	☐ 1	11a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
12. Demencia con cuerpos de Lewy 12b. ☐ 1 Enfermedad de Parkinson	☐ 1	12a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
13. Atrofia multi-sistémica	☐ 1	13a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14. Degeneración lobar frontotemporal				
14a. Parálisis supranuclear progresiva (PSP)	☐ 1	14a1 ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14b. Degeneración corticobasal (DCB)	☐ 1	14b1 ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14c. FTLN con enfermedad de neurona motora	☐ 1	14c1 ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14d. FTLN no especificada	☐ 1	14d1 ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14e. Si hay presencia de FTLN (preguntas 14a–14d), especifique el subtipo: ☐ 1 Taupatía ☐ 2 TDP-43 proteinopatía ☐ 3 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 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> 15b. ¿Accidente cerebrovascular anterior? ☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 15c) ☐ 1 Sí 15b1. ¿Hay una relación temporal entre el accidente cerebrovascular y el deterioro cognitivo? ☐ 0 No ☐ 1 Sí 15b2. ¿Confirmación del accidente cerebrovascular por imagen? ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido; imagen no disponible 15c. ¿Hay evidencia por imagen de infarto quístico en redes cognitivas? ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 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? ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido; imagen no disponible	☐ 1	15a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
16. Temblor benigno esencial	☐ 1	16a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
17. Síndrome de Down	☐ 1	17a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
18. Enfermedad de Huntington	☐ 1	18a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
19. Enfermedad por priones (Creutzfeldt-Jakob, otro)	☐ 1	19a ☐ 1	☐ 2	☐ 3

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
20. Traumatismo craneoencefálico 20b. Si está presente, ¿El sujeto tiene síntomas consistentes con encefalopatía traumática crónica? ☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido	☐ 1	20a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
21. Hidrocefalia normotensiva	☐ 1	21a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
22. Epilepsia	☐ 1	22a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
23. Neoplasia del sistema nervioso central 23b. ☐ 1 Benigna ☐ 2 Maligna	☐ 1	23a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
24. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)	☐ 1	24a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
25. Deterioro cognitivo secundario a otras condiciones neurológicas, genéticas o infecciosas no enlistadas anteriormente 25b. Si está presente, especifique: _____	☐ 1	25a ☐ 1	☐ 2	☐ 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 actualmente activa 26b. Si está presente, seleccione una: ☐ 0 No tratada ☐ 1 Tratada con medicamentos o psicoterapia	☐ 1	26a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
27. Trastorno bipolar	☐ 1	27a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
28. Esquizofrenia u otra psicosis	☐ 1	28a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
29. Trastorno de ansiedad	☐ 1	29a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
30. Delirium	☐ 1	30a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
31. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	☐ 1	31a ☐ 1	☐ 2	☐ 3
32. Otro trastorno psiquiátrico 32b. Si está presente, especifique: _____	☐ 1	32a ☐ 1	☐ 2	☐ 3

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

PAQUETE DE VISITA INICIAL POR TELÉFONO 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 por Teléfono, 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

- ☐ 0 No **(PASE A LA PREGUNTA 2)**
☐ 1 Sí, primario/no metastásico
☐ 2 Sí, metastásico
☐ 8 No evaluado **(PASE A LA PREGUNTA 2)**

1a. Si está presente, especifique el sitio primario: _____

Si alguna de las siguientes condiciones están presentes (aunque hayan sido tratadas exitosamente), marque Sí.

2. Diabetes ☐ 0 No
☐ 1 Sí, Tipo I
☐ 2 Sí, Tipo II
☐ 3 Sí, otro tipo (diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional)
☐ 9 No evaluado o desconocido

	No	Sí	No evaluado
3. Infarto al miocardio	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4. Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ 0	☐ 1	☐ 8
5. Fibrilación auricular	☐ 0	☐ 1	☐ 8
6. Hipertensión	☐ 0	☐ 1	☐ 8
7. Angina de pecho	☐ 0	☐ 1	☐ 8
8. Hipercolesterolemia	☐ 0	☐ 1	☐ 8
9. Deficiencia de vitamina B12	☐ 0	☐ 1	☐ 8
10. Enfermedad tiroidea	☐ 0	☐ 1	☐ 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)	☐ 0	☐ 1	☐ 8
11a. Si está presente, ¿de qué tipo es?			
☐ 1 Reumatoide			
☐ 2 Osteoartritis			
☐ 3 Otro (ESPECIFICAR): _____			
☐ 9 Desconocido			
11b. Si está presente, ¿cuáles son las regiones afectadas? (marque al menos una):			
11b1. ☐ 1 Extremidad superior			
11b2. ☐ 1 Extremidad inferior			
11b3. ☐ 1 Columna vertebral			
11b4. ☐ 1 Desconocido			
12. Incontinencia — urinaria	☐ 0	☐ 1	☐ 8
13. Incontinencia — fecal	☐ 0	☐ 1	☐ 8
14. Apnea del sueño	☐ 0	☐ 1	☐ 8
15. Trastorno de conducta durante el sueño MOR	☐ 0	☐ 1	☐ 8
16. Hiposomnia/ insomnio	☐ 0	☐ 1	☐ 8
17. Otro trastorno del sueño (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 8
18. Procedimiento carotídeo: angioplastia, endarterectomía, o stent	☐ 0	☐ 1	☐ 8
19. Intervención coronaria percutánea: angioplastia y/o stent	☐ 0	☐ 1	☐ 8
20. Procedimiento: marcapasos o desfibrilador	☐ 0	☐ 1	☐ 8
21. Procedimiento: remplazo o reparación de válvula cardíaca	☐ 0	☐ 1	☐ 8
22. Encefalitis por anticuerpos	☐ 0	☐ 1	☐ 8
22a. Especificar anticuerpo: _____			
23. Otras condiciones médicas o procedimientos no enlistados anteriormente (SI ESTÁN PRESENTES, ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	