

Formulario A2: Información Demográfica del Co-Participante

ADRC: _____ PTID: _____ Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): ____/____/____ Visita #: _____ Iniciales del Examinador: _____

Idioma: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español	Modo: ☐ 1 En persona ☐ 2 Remoto (razón): ____ ☐ 1 Teléfono ☐ 2 Video ☐ 3 No completado (razón): ____	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra	Clave (razón por la que no se completó): 92=No hay co-participante 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
--	---	--	---

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el entrevistador basándose en el reporte del co-participante. Este formulario no debe ser proporcionado directamente al co-participante. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, vea la [Guía de Codificación UDS, Formulario A2](#). Seleccione una sola opción para cada pregunta.

Sección 1 — Relación del Co-Participante con el Participante

1.	¿Es este un nuevo co-participante (es decir, alguien que no fue co-participante en ninguna visita del UDS anterior)?	☐ 0 No	☐ 1 Sí
2.	¿Cuál es la relación del co-participante con el participante?	☐ 1 Esposo/a, pareja, compañero/a (incluyendo ex-esposo/a, ex-pareja, prometido/a, novio/a) ☐ 2 Hijo/a (biológico/a, hijastro/a, adoptado/a) ☐ 3 Hermano/a (biológico/a, hermanastro/a, adoptado/a) ☐ 4 Otro familiar (biológico, adquirido por matrimonio, adoptado) ☐ 5 Amigo/a, vecino/a o conocido/a a través de la familia, de amigos/as, del trabajo o de la comunidad (por ej., de la iglesia) ☐ 6 Cuidador/a profesional, proveedor/a de la salud o profesional clínico	
3.	¿Hace cuánto tiempo conoce el co-participante al participante? (Si el co-participante ha conocido al participante menos de un año, use 0.)	_____	Años (999 = Desconocido)
4.	¿Vive el co-participante con el participante?	☐ 0 No	☐ 1 Sí (SALTE A LA PREGUNTA 5)
5.	¿Cuál es el modo principal de contacto con el participante?	☐ 1 En persona ☐ 2 Teléfono ☐ 3 Videollamada	☐ 4 Mensaje o correo electrónico ☐ 5 Redes sociales ☐ 6 Otro (ESPECIFIQUE): _____
5a1.	¿Aproximadamente, con qué frecuencia tiene contacto con el participante?	☐ 1 Diariamente ☐ 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
5a2.	¿Cuál es el tiempo promedio de contacto con el participante durante cada encuentro? (Por favor incluya el promedio de todos los tipos de encuentro).	☐ 1 Menos de 5 minutos (puede ser por mensaje de texto, correo electrónico u otros medios de contacto)	☐ 2 5-15 minutos ☐ 3 15-30 minutos ☐ 4 30-60 minutos ☐ 5 Más de una hora
6.	¿Tiene dudas sobre qué tan confiable es la información provista por el co-participante?	☐ 0 No	☐ 1 Sí

Sección 2 — Opinión del Co-Participante sobre la Memoria del Participante

Haga las siguientes tres preguntas **directamente al co-participante**.

7.	¿Siente que la memoria del participante está empeorando?	☐ 0 No ☐ 1 Sí, pero no me preocupa	☐ 2 Sí, y me preocupa ☐ 9 Desconocido
8.	¿Con qué frecuencia tiene el participante problemas recordando las cosas?	☐ 1 Nunca ☐ 2 Raramente ☐ 3 A veces	☐ 4 Seguido (a menudo) ☐ 5 Muy seguido (muy a menudo) ☐ 9 Desconocido
9.	Comparado con hace 10 años, diría que la memoria del participante está, ¿mucho peor, un poco peor, igual, un poco mejor, o mucho mejor?	☐ 1 Mucho mejor ☐ 2 Un poco mejor ☐ 3 Igual	☐ 4 Un poco peor ☐ 5 Mucho peor ☐ 9 Desconocido