



BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC

Paquete de Visita de Seguimiento

UDSv4.0, Febrero 2026

Copyright© 2006, 2008, 2015, 2017, 2020, 2026 Universidad de Washington.

Creado y publicado por el Grupo de Trabajo Clínico del Programa ADRC

(Allan Levey, MD, PhD, Presidente) y el Centro Coordinador Nacional de

Alzheimer (Kari A. Stephens, PhD, Directora). Adaptado al español por el

Grupo de Trabajo Latino UDSv4.0 (Directoras: Katya Rascovsky, PhD y María J.

Marquine, PhD). Todos los derechos reservados.

Esta publicación fue financiada por los Institutos Nacionales de Salud a través del Instituto Nacional de Envejecimiento (Acuerdo de Cooperación U24 AG072122).

Tabla de Contenido

Formulario A1: Información Demográfica del Participante	3
Formulario A1a: Determinantes Sociales de la Salud	5
Formulario A2: Información Demográfica del Co-Participante	11
Formulario A3: Historia Familiar del Participante	12
Formulario A4: Medicamentos del Participante	15
Formulario A4a: Tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas	17
Formulario A5/D2: Historial de Salud del Participante / Condiciones Médicas Evaluadas por el Profesional Clínico	19
Formulario B1: FORMULARIO DE EVALUACIÓN - Signos Vitales y Antropometría	26
Formulario B3: Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS) - Examen Motor	28
Formulario B4: CDR Instrumento para la Identificación de Etapas de la Demencia y Dominios del Comportamiento y Lenguaje NACC FTLD (CDR con NACC FTLD)	33
Formulario B5: EVALUACIÓN CONDUCTUAL - Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q)	35
Formulario B6: EVALUACIÓN CONDUCTUAL - Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	37
Formulario B7: EVALUACIÓN FUNCIONAL - Escala de Evaluación Funcional de NACC (FAS)	38
Formulario B8: EVALUACIÓN - Hallazgos de la Evaluación Neurológica	39
Formulario B9: Juicio Clínico de los Síntomas	42
Formulario C2: Puntajes de la Batería Neuropsicológica	47
Formulario D1a: Síndrome Clínico	51
Formulario D1b: Diagnóstico Etiológico y Biomarcadores	57

Formulario A1: Información Demográfica del Participante

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

Idioma: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español	Administración: ☐ 1 Autoadministrado ☐ 2 Administrado por personal del estudio	Modo: ☐ 1 En persona ☐ 2 Remoto (razón): ____ ☐ 1 Teléfono ☐ 2 Video ☐ 3 Correo ☐ 4 Electrónicamente (por ej., correo electrónico)	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
---	---	---	---

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el entrevistador basándose en los registros de programación de citas del ADRC, la entrevista con el participante, expedientes médicos, y el reporte del co-participante. Se debe usar la fuente de información que se considere más confiable, excepto en ciertas preguntas específicas que deben basarse en la percepción y la experiencia personal del participante, ya que solo él o ella puede dar esa información con precisión. Esta información puede ser adquirida a través de cuestionarios por correo, electrónicamente (por la red), entrevista telefónica o por video, o durante la visita en persona para minimizar la carga del participante durante la visita. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, vea la [Guía de Códigos UDS, Formulario A1](#). Seleccione una sola opción para cada pregunta, a menos que se especifique de otra manera.

Sección 1 — Características demográficas

Las siguientes cuatro preguntas son acerca de su identidad de género, sexo, y orientación sexual. Esta información será utilizada para ayudarnos a mejorar la salud, el bienestar y la calidad del cuidado. Por identidad de género, nos referimos a la sensación interna que tiene de ser hombre, mujer o un género diferente. La identidad de género puede ser diferente del sexo que se la asignó al nacer o de su orientación sexual y puede cambiar con el tiempo.

1. ¿Qué término/s describen mejor su identidad de género actual? <i>(Marque todos las que apliquen)</i>	4a. ☐ 1 Hombre 4b. ☐ 1 Mujer 4c. ☐ 1 Hombre transgénero o trans 4d. ☐ 1 Mujer transgénero o trans 4e. ☐ 1 No binario / queer / no conforme 4f. ☐ 1 Dos espíritus (si es nativo americano o nativo de Alaska) 4g. ☐ 1 Utilizo un término diferente (ESPECIFIQUE): _____ 4h. ☐ 1 No sé 4i. ☐ 1 Prefiero no contestar
2. ¿Qué término/s describe/n mejor su orientación sexual? <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	7a. ☐ 1 Homosexual, gay o lesbiana 7b. ☐ 1 Heterosexual 7c. ☐ 1 Bisexual 7d. ☐ 1 Dos espíritus (si es nativo americano o nativo de Alaska) 7e. ☐ 1 Utiliza un término diferente (ESPECIFIQUE): _____ 7f. ☐ 1 No sé 7g. ☐ 1 Prefiero no contestar
3. ¿Cuál es su estado civil <u>actual</u>?	☐ 1 Casado/a ☐ 2 Viudo/a ☐ 3 Divorciado/a ☐ 4 Separado/a ☐ 5 Nunca se casó (o matrimonio fue anulado) ☐ 6 Vive como casado/a o en unión libre ☐ 9 No sé
4. ¿Cuál es su situación de vivienda?	☐ 1 Vive solo/a ☐ 2 Vive con otra persona: esposo/a o pareja ☐ 3 Vive con otra persona: un familiar, amigo/a o compañero/a de cuarto ☐ 4 Vive con un/a cuidador/a que no es su esposo/a, pareja, familiar o amigo/a ☐ 5 Vive con un grupo (<i>con o sin parentesco</i>) en una residencia privada ☐ 6 Vive en una residencia grupal o grupo hogar (<i>por ej., residencia asistida, hogar de ancianos, convento, asilo de ancianos, ancianato, égida</i>) ☐ 9 No sé

Sección 1 — Características demográficas*continuación...*

5.	¿Qué tipo de vivienda es su vivienda principal?	☐ 1 Residencia privada o multifamiliar (apartamento, condominio, casa) ☐ 2 Comunidad de retiro o vivienda grupal independiente ☐ 3 Vivienda o residencia asistida, hogar familiar para adultos o pensión ☐ 4 Centro de enfermería especializada, hogar de ancianos, hospital u hospicio ☐ 6 No tengo vivienda (por ej., se queda con otras personas, en un hotel, en un albergue, vive afuera en la calle, en la playa, en un auto o en un parque) ☐ 9 No sé
6.	¿Cuáles son los tres primeros dígitos del código postal de su vivienda principal? (Por ejemplo, si su código postal es 12345, registre 123.)	____ ____ ____ (Si no sabe, deje en blanco)
7.	¿Alguna vez ha recibido atención médica o le han recetado medicamentos en un centro médico para veteranos de guerra (VA por sus siglas en inglés, Veterans Affairs)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 No sé
8.	¿Cuánto tiempo dedica cada semana a hacer ejercicio o actividad física intensa que aumente su respiración y ritmo cardíaco durante al menos 10 minutos seguidos? (Incluya actividades en el trabajo, ir de un lugar a otro, actividades físicas y actividades recreativas.)	☐ 1 Nada ☐ 2 1 hora o menos ☐ 3 2.5 horas o menos ☐ 4 Más de 2.5 horas ☐ 8 Prefiero no contestar ☐ 9 No sé

Sección 2 — Memoria

9.	¿Siente que su memoria está empeorando?	☐ 0 No ☐ 1 Sí, pero no me preocupa ☐ 2 Sí, y me preocupa ☐ 9 No sé / Prefiero no contestar
10.	¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar las cosas?	☐ 1 Nunca ☐ 2 Casi nunca ☐ 3 A veces ☐ 4 A menudo ☐ 5 Muy a menudo ☐ 9 No sé / Prefiero no contestar
11.	Comparado con hace 10 años, diría que su memoria 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 No sé / Prefiero no contestar

Sólo para el uso del ADRC:

Las siguientes dos preguntas usan el Índice de Privación del Área (ADI por sus siglas en inglés, Area Deprivation Index), véalo aquí:

<https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/mapping>.

Ingrese el estado y la dirección completa del domicilio del participante.

12.	ADI del estado—sólo el décimo: (Si no sabe, deje en blanco. Para códigos especiales, ingrese 884 para "PH", 885 para "GQ", 886 para "PH-GQ", y 887 para "QDI")	____
13.	ADI percentil nacional: (Si no sabe, deje en blanco. Para códigos especiales, ingrese 884 para "PH", 885 para "GQ", 886 para "PH-GQ", y 887 para "QDI")	____

Formulario A1a: Determinantes Sociales de la Salud

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

Idioma: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español	Administración: ☐ 1 Autoadministrado ☐ 2 Administrado por personal del estudio	Modo: ☐ 1 En persona ☐ 2 Remoto (razón): ____ ☐ 1 Teléfono ☐ 2 Video ☐ 3 Correo ☐ 4 Correo electrónico ☐ 0 No completado (razón): ____	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físicamente 3=Confinado en una casa o residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra Clave (razón no completado): 88=Opcional 93=Dudas respecto a la fiabilidad
---	---	---	---

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas han sido diseñadas para recolectar información sobre sus experiencias de vida actuales y pasadas que creemos pueden ser importantes para la salud cerebral. No hay respuestas correctas o incorrectas, y no tiene que contestar ninguna pregunta que le haga sentir incómodo/a. Si la pregunta no se aplica a su experiencia, marque "Prefiero no responder". Debe completar este formulario por su cuenta, sin ayuda de su co-participante o compañero/a de estudio.

Sección 1 — Transporte

En esta sección, queremos entender si la falta de un medio de transporte confiable y estable es una barrera para llevar a cabo actividades importantes, como ir al médico, salir de compras o recoger medicamentos (éstos son sólo ejemplos).

- ¿Usted o alguien en su hogar es dueño de un carro, coche o auto actualmente?

☐ 0 No
☐ 1 Sí
☐ 8 Prefiero no contestar
- ¿Tiene acceso consistente a un medio de transporte?

☐ 0 No
☐ 1 Sí
☐ 8 Prefiero no contestar

Para llegar a los lugares que necesitan ir (es decir, para transportarse), las personas pueden caminar, andar en bicicleta, tomar un autobús, tren o taxi, conducir un automóvil o pedir que las lleven. Las siguientes tres preguntas intentan evaluar si recientemente ha tenido problemas de transporte.

- En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia **no** pudo salir de su casa cuando usted quería debido a problemas de transporte?

☐ 1 A menudo
☐ 2 A veces
☐ 3 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar
- En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se preocupó de si iba a poder ir a algún lugar debido a problemas de transporte?

☐ 1 A menudo
☐ 2 A veces
☐ 3 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar
- En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la falta de transporte le ha impedido atender visitas médicas o hacer actividades necesarias de la vida diaria?

☐ 1 A menudo
☐ 2 A veces
☐ 3 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar

Sección 2 — Seguridad económica

Las siguientes preguntas están diseñadas para evaluar su situación económica actual y pasada. Si se siente incómodo/a con alguna pregunta en esta sección, puede responder "Prefiero no contestar".

- ¿Cuáles de estos grupos de ingreso representa el ingreso de su hogar en el año pasado? Incluya ingresos en dólares estadounidenses de todos sus recursos como salarios, beneficios del seguro social o pensiones de jubilación, ayuda de familiares, renta de propiedades, y otros.
Esta información es confidencial y no será compartida de forma que otra persona, organización o entidad del gobierno le pueda identificar.

☐ 1 \$0 - \$14,999
☐ 2 \$15,000 - \$29,999
☐ 3 \$30,000 - \$74,999
☐ 4 \$75,000 o más
☐ 8 Prefiero no contestar
☐ 9 No sé
- ¿Qué tan satisfecho/a está con su situación económica personal actual?

☐ 1 Completamente satisfecho/a
☐ 2 Satisfecho/a
☐ 3 Un poco satisfecho/a
☐ 4 No muy satisfecho/a
☐ 5 No satisfecho/a
☐ 8 Prefiero no contestar

Sección 2 — Seguridad económica**continuación...**

8.	¿Qué tan difícil es para usted pagar sus cuentas mensuales?	☐ 1 Para nada difícil ☐ 2 Un poco difícil ☐ 3 Moderadamente difícil ☐ 4 Muy difícil ☐ 5 Extremadamente difícil ☐ 8 Prefiero no contestar
9.	Si usted ha tenido problemas económicos que han durado 12 meses o más, ¿qué tanto le han molestado o le han hecho sentir mal?	☐ 1 No he tenido problemas económicos por 12 meses o más ☐ 2 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, pero no me han molestado ☐ 3 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, y me han molestado un poco ☐ 4 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, y me han molestado mucho ☐ 8 Prefiero no contestar
10.	En algún momento en su vida, ¿usted comió menos de lo que sentía que debía comer porque no había suficiente dinero para comprar comida?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 8 Prefiero no contestar
11.	En los últimos 12 meses, ¿usted comió menos de lo que sentía que debía comer porque no había suficiente dinero para comprar comida?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 8 Prefiero no contestar
12.	En algún momento en su vida, ha tomado menos medicamentos de los que se le recetaron porque eran muy caros?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 8 Prefiero no contestar
13.	En los últimos 12 meses, ¿ha tomado menos medicamentos de los que se le recetaron porque eran muy caros?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 8 Prefiero no contestar
14.	Esta es una imagen de una escalera con 10 gradas, escalones o peldaños. Cada grada representa un nivel de estatus en cuanto a dinero, educación y empleo. La grada más alta es la grada 10, que representa a las personas con más dinero, más educación y los mejores empleos. La grada 1 es la más baja y representa a las personas con menos dinero, menos educación y los peores empleos o sin empleo. Las gradas intermedias (del 2 al 9) representan a las personas que se encuentran en algún lugar entre las personas que están mejor y las que están peor. ¿Dónde se colocaría usted en esta escalera comparado/a con otras personas en su comunidad (o vecindario)? Lo más cercano que esté a 10, lo mejor que se considera estar. Por favor marque el número donde se colocaría usted. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 88 Prefiero no contestar 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	La mejor posición → 10  La peor posición ← 1
15.	¿Cuál fue el nivel educativo más alto completado por su madre (o por la persona principal que le crió hasta que usted tuvo 18 años) mientras que le estaba criando?	☐ 1 Nunca fue a la escuela o sólo asistió el preescolar/kindergarten ☐ 2 Asistió a la escuela primaria (completó primaria o cursó al menos un grado) ☐ 3 Algo de secundaria/preparatoria/bachillerato (sin graduarse de la secundaria) ☐ 4 Diploma de secundaria (graduado de secundaria/preparatoria/bachillerato, GED) ☐ 5 Algo de universidad ☐ 6 Grado o título universitario/licenciatura ☐ 8 Prefiero no contestar/no aplica ☐ 9 No sé

Sección 3 — Vida social: Relaciones, actividades y ambiente

El siguiente grupo de preguntas fueron diseñadas para captar su opinión sobre sus relaciones con otras personas, los tipos de actividades en las que pasa el tiempo, y cómo percibe su hogar y su vecindario.

A continuación se encuentran algunas oraciones que buscan entender cómo se percibe usted en general. Para cada oración, marque el número que mejor represente su opinión.

16.	Tengo una sensación general de vacío	☐ 1 Totalmente en desacuerdo ☐ 2 En desacuerdo ☐ 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo ☐ 4 De acuerdo ☐ 5 Totalmente de acuerdo ☐ 8 Prefiero no contestar
17.	Extraño tener personas a mi alrededor	☐ 1 Totalmente en desacuerdo ☐ 2 En desacuerdo ☐ 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo ☐ 4 De acuerdo ☐ 5 Totalmente de acuerdo ☐ 8 Prefiero no contestar
18.	Siento que no tengo suficientes amigos/as	☐ 1 Totalmente en desacuerdo ☐ 2 En desacuerdo ☐ 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo ☐ 4 De acuerdo ☐ 5 Totalmente de acuerdo ☐ 8 Prefiero no contestar
19.	A menudo me siento abandonado/a	☐ 1 Totalmente en desacuerdo ☐ 2 En desacuerdo ☐ 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo ☐ 4 De acuerdo ☐ 5 Totalmente de acuerdo ☐ 8 Prefiero no contestar
20.	Extraño tener un/a amigo/a cercano/a	☐ 1 Totalmente en desacuerdo ☐ 2 En desacuerdo ☐ 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo ☐ 4 De acuerdo ☐ 5 Totalmente de acuerdo ☐ 8 Prefiero no contestar

Las siguientes cuatro preguntas son acerca de cómo pasa su tiempo.

21.	Si sus padres o suegros siguen vivos, ¿con qué frecuencia se comunica con ellos (incluyendo madre, padre, suegra, y suegro) ya sea en persona, por teléfono, o correo electrónico (por ej., cualquier interacción en línea)?	☐ 0 Padres no están vivos ☐ 1 Una vez al año o menos ☐ 2 Varias veces al año ☐ 3 Varias veces al mes ☐ 4 Varias veces a la semana ☐ 5 Todos los días o casi todos los días ☐ 8 Prefiero no contestar
22.	Si tiene hijos, ¿con qué frecuencia se comunica con ellos (incluyendo hijos/hijas, yernos, nueras e hijastros/as) ya sea en persona, por teléfono, o correo electrónico (por ej., cualquier interacción en línea)?	☐ 0 No tengo hijos ☐ 1 Una vez al año o menos ☐ 2 Varias veces al año ☐ 3 Varias veces al mes ☐ 4 Varias veces a la semana ☐ 5 Todos los días o casi todos los días ☐ 8 Prefiero no contestar

Sección 3 — Vida social: Relaciones, actividades y ambiente*continuación...*

23.	¿Con qué frecuencia se comunica con amistades cercanas ya sea en persona, por teléfono, o correo electrónico (por ej., cualquier interacción en línea)?	☐ 0 No tengo amistades cercanas ☐ 1 Una vez al año o menos ☐ 2 Varias veces al año ☐ 3 Varias veces al mes ☐ 4 Varias veces a la semana ☐ 5 Todos los días o casi todos los días ☐ 8 Prefiero no contestar
24.	¿Con qué frecuencia participa en actividades fuera de su hogar (por ej., actividades religiosas o educativas, voluntariado, trabajo o actividades grupales o con organizaciones)?	☐ 0 No participo en actividades fuera de mi hogar ☐ 1 Una vez al año o menos ☐ 2 Varias veces al año ☐ 3 Varias veces al mes ☐ 4 Varias veces a la semana ☐ 5 Todos los días o casi todos los días ☐ 8 Prefiero no contestar

Las siguientes preguntas son acerca de que tan seguro/a o a salvo se siente en diferentes entornos.

25.	¿Qué tan seguro/a se siente en su hogar y comunidad (o vecindario/barrio)?	
25a.	Hogar	☐ 1 Muy seguro/a ☐ 2 Mayormente seguro/a ☐ 3 A veces inseguro/a ☐ 4 Muy inseguro/a ☐ 8 Prefiero no contestar
25b.	Comunidad (o vecindario/barrio)	☐ 1 Muy seguro/a ☐ 2 Mayormente seguro/a ☐ 3 A veces inseguro/a ☐ 4 Muy inseguro/a ☐ 8 Prefiero no contestar

Sección 4 — Experiencias con el sistema de salud

Las siguientes cinco preguntas son sobre su experiencia con el sistema de salud durante este último año. Al responder las preguntas, por favor piense en sus médicos o doctores habituales (no en los médicos que ve para este estudio de investigación).

26.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia pospuso buscar atención médica para algún problema que le molestaba?	☐ 1 Siempre ☐ 2 La mayoría de las veces ☐ 3 A veces ☐ 4 Ninguna o casi ninguna vez ☐ 5 No aplica ☐ 8 Prefiero no contestar
27.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para obtener medicamentos que le recetaron o formularon?	☐ 1 Siempre ☐ 2 La mayoría de las veces ☐ 3 A veces ☐ 4 Ninguna o casi ninguna vez ☐ 5 No aplica ☐ 8 Prefiero no contestar
28.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia faltó a una cita médica de seguimiento que estaba agendada?	☐ 1 Siempre ☐ 2 La mayoría de las veces ☐ 3 A veces ☐ 4 Ninguna o casi ninguna vez ☐ 5 No aplica ☐ 8 Prefiero no contestar

Sección 4 — Experiencias con el sistema de salud**continuación...**

- | | | |
|-----|--|---|
| 29. | Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia siguió las recomendaciones del médico o plan de tratamiento cuando se le indicó? | ☐ 1 Siempre
☐ 2 La mayoría de las veces
☐ 3 A veces
☐ 4 Ninguna o casi ninguna vez
☐ 5 No aplica
☐ 8 Prefiero no contestar |
| 30. | En general, ¿cuál de estas opciones describe su seguro médico, acceso a servicios de cuidado de la salud, y acceso a medicamentos? | ☐ 1 No disponible en ninguna medida
☐ 2 Debajo del nivel de mis necesidades
☐ 3 Capaz de satisfacer mis necesidades
☐ 4 Excede mis necesidades
☐ 8 Prefiero no contestar |

Sección 5 — Experiencias de discriminación

Las investigaciones han demostrado que las experiencias de trato injusto en la vida diaria, por cualquier motivo, pueden afectar negativamente la salud. Por favor, responda a las siguientes preguntas acerca de si usted ha experimentado algún trato injusto en su vida diaria.

- | | | |
|-----|---|--|
| 31. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia le tratan con menos cortesía o respeto que a otras personas? | ☐ 1 Todos los días o casi todos los días
☐ 2 Por lo menos una vez a la semana
☐ 3 Varias veces al mes
☐ 4 Varias veces al año
☐ 5 Menos de una vez al año
☐ 6 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar |
| 32. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia recibe un servicio peor que otras personas en los restaurantes o en las tiendas? | ☐ 1 Todos los días o casi todos los días
☐ 2 Por lo menos una vez a la semana
☐ 3 Varias veces al mes
☐ 4 Varias veces al año
☐ 5 Menos de una vez al año
☐ 6 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar |
| 33. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia la gente actúa como si pensara que usted no es inteligente? | ☐ 1 Todos los días o casi todos los días
☐ 2 Por lo menos una vez a la semana
☐ 3 Varias veces al mes
☐ 4 Varias veces al año
☐ 5 Menos de una vez al año
☐ 6 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar |
| 34. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia la gente actúa como si le tuvieran miedo? | ☐ 1 Todos los días o casi todos los días
☐ 2 Por lo menos una vez a la semana
☐ 3 Varias veces al mes
☐ 4 Varias veces al año
☐ 5 Menos de una vez al año
☐ 6 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar |
| 35. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia es amenazado/a o acosado/a? | ☐ 1 Todos los días o casi todos los días
☐ 2 Por lo menos una vez a la semana
☐ 3 Varias veces al mes
☐ 4 Varias veces al año
☐ 5 Menos de una vez al año
☐ 6 Nunca
☐ 8 Prefiero no contestar |

Sección 5 — Experiencias de discriminación**continuación...**

36.	¿Con qué frecuencia recibe un servicio o tratamiento de peor calidad por parte de doctores u hospitales comparado con otras personas?	☐ 1 Todo el tiempo ☐ 2 La mayor parte del tiempo ☐ 3 A veces ☐ 4 Ninguna o casi ninguna vez ☐ 5 No aplica ☐ 8 Prefiero no contestar
37.	Al reflexionar sobre las experiencias en su vida diaria en las preguntas 31 a 36, ¿cuáles cree que son las razones principales de estas experiencias? <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	37a1. ☐ 1 Mi ascendencia u origen nacional 37a2. ☐ 1 Mi género 37a3. ☐ 1 Mi raza 37a4. ☐ 1 Mi edad 37a5. ☐ 1 Mi religión 37a6. ☐ 1 Mi altura 37a7. ☐ 1 Mi peso 37a8. ☐ 1 Algún aspecto de mi apariencia física 37a9. ☐ 1 Mi orientación sexual 37a10. ☐ 1 Mi educación o estatus económico 37a11. ☐ 1 Discapacidad física 37a12. ☐ 1 Mi tono de color de piel 37a13. ☐ 1 Otro 37a14. ☐ 1 No aplica - No tengo ninguna de estas experiencias en el día al día (TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ) 37a15. ☐ 1 Prefiero no contestar
38.	En ocasiones donde usted ha tenido experiencias en su vida diaria como las descritas en las preguntas 31 al 36, ¿diría que han sido muy estresantes, moderadamente estresantes o no estresantes?	☐ 1 Muy estresantes ☐ 2 Moderadamente estresantes ☐ 3 No estresantes ☐ 9 No sé ☐ 8 Prefiero no contestar

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 remota): 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

Formulario A3: Historia Familiar del 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	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico con experiencia en evaluar participantes con diagnóstico de problemas neurológicos y psiquiátricos. Se permite estimar el año de nacimiento o la edad de defunción si éstos se desconocen. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la [Guía de Codificación UDS, Formulario A3](#).

Sección 1 – Padres biológicos

1. Desde la última visita del UDS, ¿hay nueva información disponible sobre el estado de la madre o el padre biológico del participante?
- ☐ 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 2)
☐ 1 Sí (COMPLETE LAS PREGUNTAS 1a-1b)

Para padres biológicos con un diagnóstico neurológico o psiquiátrico, se debe llenar toda la fila correspondiente.

Si el profesional clínico no puede determinar el diagnóstico neurológico/psiquiátrico primario después de haber revisado toda la evidencia disponible, ingrese **99=Desconocido** en la columna **Diagnóstico primario** y no complete el resto de las preguntas de dicha fila. Para padres biológicos sin un diagnóstico neurológico o psiquiátrico, ingrese **00 = Ningún diagnóstico neurológico o psiquiátrico** en la columna **Diagnóstico primario** y no complete el resto de las preguntas de dicha fila. Para padres biológicos con un diagnóstico primario pero no secundario, ingrese **88 = Ningún diagnóstico secundario** en la columna de **Diagnóstico secundario**.

	Año de nacimiento (6666= proporcionado en la visita anterior, 9999=desconocido)	Edad de defunción (666= proporcionado en la visita anterior, 888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (666= proporcionado en la visita anterior, 999= desconocido)
	 VEA LA LISTA DE CÓDIGOS					
1a. Madre	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1b. Padre	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CÓDIGOS

*DIAGNÓSTICOS

- 00 Ningún diagnóstico neurológico o psiquiátrico conocido
- 01 Enfermedad de Alzheimer
- 02 Demencia con cuerpos de Lewy (incluye DLB y PDD)
- 03 Demencia vascular
- 04 Accidente cerebrovascular
- 05 FTLD* sin enfermedad de neurona motora
- 06 FTLD* con enfermedad de neurona motora
- 07 Enfermedad de neurona motora
- 08 Enfermedad de Parkinson
- 09 Patología de Priones
- 10 Condición psiquiátrica
- 11 Demencia de etiología indeterminada
- 12 Otro
- 66 Proporcionado en la visita anterior
- 88 No hay diagnóstico secundario
- 99 Diagnóstico específico desconocido (aceptable si el método de la evaluación no es por examen o autopsia)

**MÉTODO DE EVALUACIÓN

- 1 Informe del participante o del familiar
- 2 Expedientes médicos
- 3 Examen (familiares co-inscritos)
- 4 Autopsia (si el informe de la autopsia está disponible)
- 6 Proporcionado en la visita anterior

*FTLD incluye: bvFTD o FTD, PPA (cualquier subtipo), CBS o CBD, PSP

Abreviatura	Nombre en Español	Nombre en Inglés
bvFTD	Demencia Frontotemporal Variante Conductual	Behavioral Variant Frontotemporal Dementia
CBS	Síndrome Corticobasal	Corticobasal Syndrome
CBD	Degeneración Corticobasal	Corticobasal Degeneration
DLB	Demencia con Cuerpos de Lewy	Dementia with Lewy Bodies
FTD	Demencia Frontotemporal	Frontotemporal Dementia
FTLD	Degeneración Lobar Frontotemporal	Frontotemporal Lobar Degeneration
PDD	Enfermedad de Parkinson con Demencia	Parkinson's disease with dementia
PPA	Afasia Progresiva Primaria	Primary Progressive Aphasia
PSP	Parálisis Supranuclear Progresiva	Progressive Supranuclear Palsy

AÑO DE NACIMIENTO DE HERMANOS/AS DE MADRE Y PADRE (CONSANGÜINEOS COMPLETOS) E HIJOS/AS

BIOLÓGICOS/AS: Si se desconoce el año de nacimiento, por favor provea un año aproximado en el **Formulario A3 de la Visita Inicial y el Formulario A3 de la Vista 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 con relación a los otros hermanos/as e hijos/as.

Ejemplo: Supongamos que un participante es el mayor de tres hijos. El participante nació en 1940 y el segundo hermano/a en 1943; el año de nacimiento del tercer hermano/a no se conoce. Un año de nacimiento aproximado como 1944 o posterior, deberá asignarse al hermano/a más joven.

Utilice el mismo año de nacimiento en el **Formulario A3a del Módulo FTLD, si aplica**, y en todas las visitas del UDS de manera que la información nueva sobre algún hermano/a o hijo/a quede ligada a la información previa. Si no le es posible al participante o al co-participante estimar el año de nacimiento, ingrese **9999=Desconocido**.

Sección 2 – Hermanos/as de madre y padre (consanguíneos completos)

2. Desde la última visita del UDS, ¿hay nueva información disponible sobre el estado de los/las hermanos/as de madre y padre del participante? ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 3**) ☐ 1 Sí (**COMPLETE LAS PREGUNTAS 2a-2t**)

- 2.1. ¿Cuántos hermanos/as de madre y padre tiene el participante? (de aquí en adelante *hermanos/as de madre y padre* serán referidos como *hermanos consanguíneos completos*)
 ____ (77 = participante fue adoptado o hermanos/as desconocidos/as; 66 = proporcionado en la visita anterior)
 Si el participante no tiene hermanos consanguíneos completos, **SALTE A LA PREGUNTA 3**; de otra manera, complete la información acerca de los hermanos consanguíneos completos.

Para hermanos consanguíneos completos afectados por una condición neurológica o psiquiátrica, se debe llenar toda la fila correspondiente.

Si el profesional clínico no puede determinar el diagnóstico neurológico/psiquiátrico primario después de haber revisado toda la evidencia disponible, ingrese **99 = Desconocido** en la columna **Diagnóstico primario** y no complete el resto de las preguntas de dicha fila. Para hermanos consanguíneos completos sin un diagnóstico neurológico o psiquiátrico, ingrese **00 = Ningún diagnóstico neurológico o psiquiátrico conocido** en la columna **Diagnóstico primario** y no complete el resto de las preguntas de dicha fila. Para hermanos consanguíneos completos con un diagnóstico primario pero no secundario, ingrese **88 = Ningún diagnóstico secundario** en la columna de **Diagnóstico secundario**.

	Año de nacimiento (6666= proporcionado en la visita anterior, 9999=desconocido)	Edad de defunción (666= proporcionado en la visita anterior, 888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (666= proporcionado en la visita anterior, 999= desconocido)
			 VEA LA LISTA DE CÓDIGOS			
2a. Hermano/a 1	_____	_____	___	___	___	_____
2b. Hermano/a 2	_____	_____	___	___	___	_____
2c. Hermano/a 3	_____	_____	___	___	___	_____
2d. Hermano/a 4	_____	_____	___	___	___	_____
2e. Hermano/a 5	_____	_____	___	___	___	_____
2f. Hermano/a 6	_____	_____	___	___	___	_____
2g. Hermano/a 7	_____	_____	___	___	___	_____
2h. Hermano/a 8	_____	_____	___	___	___	_____
2i. Hermano/a 9	_____	_____	___	___	___	_____
2j. Hermano/a 10	_____	_____	___	___	___	_____
2k. Hermano/a 11	_____	_____	___	___	___	_____
2l. Hermano/a 12	_____	_____	___	___	___	_____
2m. Hermano/a 13	_____	_____	___	___	___	_____
2n. Hermano/a 14	_____	_____	___	___	___	_____
2o. Hermano/a 15	_____	_____	___	___	___	_____
2p. Hermano/a 16	_____	_____	___	___	___	_____
2q. Hermano/a 17	_____	_____	___	___	___	_____

Sección 2 – Hermanos/as de madre y padre (consanguíneos completos)

	Año de nacimiento (6666= proporcionado en la visita anterior, 9999=desconocido)	Edad de defunción (666= proporcionado en la visita anterior, 888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (666= proporcionado en la visita anterior, 999= desconocido)
			 VEA LA LISTA DE CÓDIGOS			
2r. Hermano/a 18	_____	_____	___	___	___	_____
2s. Hermano/a 19	_____	_____	___	___	___	_____
2t. Hermano/a 20	_____	_____	___	___	___	_____

Sección 3 – Hijos/as biológicos/as

3. Desde la última visita del UDS, ¿hay nueva información disponible sobre el estado de los/las hijos/as biológicos/as del participante? ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**) ☐ 1 Sí (**COMPLETE LAS PREGUNTAS 3a-3o**)
- 3.1. ¿Cuántos hijos/as biológicos/as tiene el participante?
 _____ (66 = proporcionado en la visita anterior)
 Si el participante no tiene hijos/as biológicos/as, **TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**; de lo contrario provea la información sobre los hijos/as biológicos/as a continuación.

Para hijos/as biológicos/as con un diagnóstico neurológico o psiquiátrico, se debe llenar toda la fila correspondiente.

Si el profesional clínico no puede determinar el diagnóstico neurológico/psiquiátrico primario después de haber revisado la evidencia disponible, ingrese **99 = Desconocido** en la columna **Diagnóstico primario** y *no complete el resto de las preguntas de dicha fila*. Para los hijos/as biológicos/as sin un diagnóstico neurológico o psiquiátrico, ingrese **00 = Ningún diagnóstico neurológico o psiquiátrico conocido** en la columna **Diagnóstico primario** y *no complete el resto de las preguntas de dicha fila*. Para hijos/as biológicos/as con un diagnóstico primario pero no secundario, ingrese **88 = Ningún diagnóstico secundario** en la columna de **Diagnóstico secundario**.

	Año de nacimiento (6666= proporcionado en la visita anterior, 9999=desconocido)	Edad de defunción (666= proporcionado en la visita anterior, 888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (666= proporcionado en la visita anterior, 999= desconocido)
			 VEA LA LISTA DE CÓDIGOS			
3a. Hijo/a 1	_____	_____	___	___	___	_____
3b. Hijo/a 2	_____	_____	___	___	___	_____
3c. Hijo/a 3	_____	_____	___	___	___	_____
3d. Hijo/a 4	_____	_____	___	___	___	_____
3e. Hijo/a 5	_____	_____	___	___	___	_____
3f. Hijo/a 6	_____	_____	___	___	___	_____
3g. Hijo/a 7	_____	_____	___	___	___	_____
3h. Hijo/a 8	_____	_____	___	___	___	_____
3i. Hijo/a 9	_____	_____	___	___	___	_____
3j. Hijo/a 10	_____	_____	___	___	___	_____
3k. Hijo/a 11	_____	_____	___	___	___	_____
3l. Hijo/a 12	_____	_____	___	___	___	_____
3m. Hijo/a 13	_____	_____	___	___	___	_____
3n. Hijo/a 14	_____	_____	___	___	___	_____
3o. Hijo/a 15	_____	_____	___	___	___	_____

Formulario A4: Medicamentos del 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	Clave (razón remota): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico o personal del ADRC. El propósito de este formulario es registrar todos los medicamentos recetados que ha tomado el participante durante **las dos semanas previas a la visita actual**. Si el participante está recibiendo algún tratamiento que tiene un impacto significativo en los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas (AD/ADRD por sus siglas en inglés) como parte de su cuidado clínico en el momento de su evaluación clínica (por ej., está recibiendo infusiones de lecanemab), el tratamiento debe ser incluido en este formulario y en el formulario A4a Tratamientos Específicos para ADRD.

Para los medicamentos recetados que no están incluidos aquí, por favor siga las instrucciones al final de este formulario. Los medicamentos sin receta médica no necesitan ser reportados; sin embargo, puede encontrar una lista breve de medicamentos que pueden ser obtenidos con o sin receta médica, después de la lista de medicamentos recetados. Para clarificación adicional y ejemplos, consulte la [Guía de Codificación UDS, Formulario A4](#).

¿El participante está tomando algún medicamento actualmente? ☐ 0 No (FINALICE EL FORMULARIO AQUÍ) ☐ 1 Sí

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm
☐ acetaminofeno-hidrocodeína (Hycet, Vicodin)	214182	☐ diltiazem (Cardizem, Cardia XT, DILT-XR, Tiazac)	3443
☐ acetato de calcio (Calphron, Eliphos, PhosLo Phoslyra)	214342	☐ donepezilo (Adlarity, Aricept)	135447
☐ ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (Omacor, Lovaza, Vascazen)	4301	☐ duloxetine (Cymbalta, Irenka)	72625
☐ albuterol (Proventil, ProAir HFA, RespiClick, Ventolin)	435	☐ enalapril (Vasotec)	3827
☐ alendronato (Binosto, Fosamax)	46041	☐ ergocalciferol (Calcitol, Calciferol, Disdol, Vitamina D2)	4018
☐ alopurinol (Aloprim, Duzallo, Zyloprim)	519	☐ escitalopram (Lexapro)	321988
☐ alprazolam (Xanax)	596	☐ esomeprazol (Nexium)	283742
☐ amlodipina (Norvasc)	17767	☐ estradiol (Estrace, Estrogel, Delestrogen, Yuvaform)	4083
☐ apixabán (Eliquis)	1364430	☐ ezetimiba (Zetia)	341248
☐ atenolol (Tenormin)	1202	☐ fexofenadina (Allegra, Wal-Flex)	87636
☐ atorvastatina (Lipitor)	83367	☐ finasterida (Propecia, Proscar)	25025
☐ benazepril (Lotensin)	18867	☐ fluoxetine (Prozac, Sarafem)	4493
☐ bupropión (Aplenzin, Budeprion, Wellbutrin, Zyban)	42347	☐ fluticasona (Flovent)	41126
☐ carbidopa-levodopa (Duopa, Rytary, Sinemet)	103990	☐ fluticasona nasal (Aller-Flo, Flonase)	1165656
☐ carvedilol (Coreg)	20352	☐ fluticasona-salmeterol (Advair, AirDuo)	284635
☐ celecoxib (Celebrex)	140587	☐ furosemida (Lasix)	4603
☐ cetirizina (Aller-Tec, Zyrtec)	20610	☐ gabapentina (Gralise, Horizant, Neurontin)	25480
☐ cianocobalamina (Nascobal, Vitamina B12)	11248	☐ galantamina (Razadyne, Reminyl)	4637
☐ citalopram (Celexa)	2556	☐ glipizida (Glucotrol)	4821
☐ clonazepam (Klonopin)	2598	☐ hidroclorotiazida (Esidrix, Hydrodiuril, Microzide)	5487
☐ clopidogrel (Plavix)	32968	☐ hidroclorotiazida-triamterena (Dyazide, Maxzide)	258337
☐ cloruro de potasio (K-Dur 10, K-Tab, Klor-con)	8591	☐ latanoprost (Xalatan)	43611
☐ diclofenaco (Flector, Cambia, Zipsor)	3355	☐ levotiroxina (Levoxyl, Synthroid, Tirosint)	10582
		☐ lisinopril (Prinivil, Qbrelis, Zestril)	29046
		☐ lorazepam (Ativan)	6470

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm
☐ losartan (Cozaar)	52175	☐ pravastatina (Pravachol)	42463
☐ lovastatina (Altacor, Altoprev, Mevacor)	6472	☐ quetiapina (Seroquel)	51272
☐ meloxicam (Mobic, Vivlodex)	41493	☐ ranitidina (Wal-Zan, Zantac)	9143
☐ memantina (Namenda)	6719	☐ rivastigmina (Exelon)	183379
☐ metformina (Glucophage, Glumetza, Riomet)	6809	☐ rosuvastatina (Crestor, Ezallor)	301542
☐ metoprolol (Lopressor, Toprol-XL)	6918	☐ sertralina (Zoloft)	36437
☐ mirtazapina (Remeron)	15996	☐ sildenafil (Viagra, Revatio)	136411
☐ montelukast (Singulair)	88249	☐ simvastatina (FloLipid, Zocor)	36567
☐ naproxeno (Aleve, Anaprox, Naprosyn)	7258	☐ sulfato ferroso (Feosol, Iron Supplement)	24947
☐ niacina (Niacinol, Niacor, Niaspan, Ácido Nicotínico)	7393	☐ tamsulosina (Flomax)	77492
☐ nifedipina (Adalat, Afeditab CR, Procardia)	7417	☐ terazosina (Hytrin)	37798
☐ nitroglicerina (Nitro-Bid, Nitro-Dur, Nitro-Time, Nitrostat, Rectiv)	4917	☐ tramadol (ConZip, Ryzolt, Ultram)	10689
☐ omeprazol (Prilosec, Zegerid)	7646	☐ trazodona (Desyrel, Oleptro)	10737
☐ oxibutinina (Ditropan, Oxytrol, Urotrol)	32675	☐ valsartán (Diovan)	69749
☐ pantoprazol (Protonix)	40790	☐ venlafaxina (Effexor)	39786
☐ paroxetina (Paxil, Paxil CR, Pexeva)	32937	☐ warfarina (Coumadin, Jantoven)	11289
		☐ zolpidem (Ambien, Edluar, Intermezzo, Zolpimist)	39993

**Medicamentos frecuentemente reportados que se pueden comprar sin receta médica en los Estados Unidos
(pero pueden ser recetados):**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm
☐ acetaminofén (Actamin, Feverall, Ofirmev, Panadol, Tempra, Tylenol)	161	☐ cúrcuma (Curcumina, Raíz de Cúrcuma)	1114883
☐ acetato de calcio (Calphorn, Domeboro)	214342	☐ docusato (Colace, Dioctyl SS, Ducosate Calcium, Dulcoease)	82003
☐ ácido ascórbico (Acerola C, C Complex, Vitamina C)	1151	☐ glucosamina (Glucosamina Hidrocloruro, Optiflex-G, Synovacin)	4845
☐ ácido fólico (Ácido Fólico, Folvite)	4511	☐ ibuprofeno (Advil, Motrin, Nuprin)	5640
☐ aspirina (Ecotrin)	1191	☐ loratadina (Alavert, Allerclear, Claritin, Tavist)	28889
☐ biotina (Appearex, coenzima R, Nail-ex, Vitamina H)	1588	☐ melatonina (Melatonina, Melatonina de Liberación Prolongada)	6711
☐ carbonato de calcio (Caltrate, Roloids, Tums)	1897	☐ polietilenglicol 3350 (Clearlax, Miralax)	221147
☐ carbonato de calcio/colecalciferol (Cal-Quick, Caltrate-Plus D)	608343	☐ ubiquinol (Coenzima Q-10)	21406
☐ carbonato de calcio/ergocalciferol (O Cal-D)	1008264	☐ vitamina E (Alfa E, Aquasol-E, Aquavite-E, Centrum Singles)	11256
☐ colecalciferol (Decara, Replesta, Vitamina D3)	2418		
☐ condroitina-glucosamina (Cidaflex, Osteo Bi-Flex)	1008567		

Si un medicamento no está en la lista de arriba:

Especifique el nombre del fármaco o marca y determine su código RXNorm utilizando el RXNav: <https://lhncbc.nlm.nih.gov/RxNav/>

- ☐ ESPECIFIQUE: _____
- ☐ ESPECIFIQUE: _____
- ☐ ESPECIFIQUE: _____
- ☐ ESPECIFIQUE: _____
- ☐ ESPECIFIQUE: _____

Formulario A4a: Tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas

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	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe usarse para registrar tratamientos con impacto significativo en los marcadores biológicos de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (ADRD por sus siglas en inglés), ya sea un tratamiento aprobado por la FDA que modifique la enfermedad y que se reciba como parte del cuidado clínico o un tratamiento experimental que se reciba como parte de un estudio clínico. Para tratamientos que se reciban como parte de cuidado clínico, solo aquellos que han sido aprobados por la FDA para modificar ADRD deben ser incluidos en este formulario. Si el participante está recibiendo uno de estos tratamientos como parte de su cuidado clínico en el momento de la evaluación clínica (por ej., está recibiendo infusiones de lecanemab), el tratamiento debe ser incluido en este formulario y en el formulario de Medicamentos A4. Se debe incluir la participación en cualquier estudio clínico de fármacos para ADRD a lo largo de la vida del individuo. Si está disponible, el identificador de ClinicalTrials.gov debe ingresarse en el espacio de "Tratamiento/Estudio Específico." Información sobre el tipo de tratamiento se puede encontrar en ClinicalTrials.gov y se resume en el artículo "Proceso de desarrollo de fármacos para la enfermedad de Alzheimer." ¹ Este formulario debe completarse por un profesional clínico basado en la entrevista con el participante y/o el informe del co-participante. Para clarificaciones adicionales y ejemplos, vea la [Guía de Codificación de UDS, Formulario A4a](#). Marque sólo una casilla por pregunta, a menos que se indique lo contrario.

1. ¿Alguna vez el participante ha recibido un tratamiento que se espera modifique los biomarcadores de ADRD? (Ya sea prescrito/recetado o como parte de un ensayo clínico.) ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
☐ 1 Sí
☐ 9 Desconocido (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
- 1a. Desde la última visita del UDS, ¿hay nueva información disponible sobre tratamientos que se esperan modifiquen los biomarcadores de ADRD que ha recibido el participante? (Ya sea prescrito/recetado o como parte de un ensayo clínico.) ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
☐ 1 Sí
☐ 9 Desconocido (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)

2. Por favor proporcione información sobre tratamientos clínicos y/o estudios clínicos. INCLUYA TODOS LOS TRATAMIENTOS CLÍNICOS Y/O ENSAYOS CLÍNICOS, incluso si no hay nueva información sobre esos tratamientos/ensayos. Si hay un nuevo tratamiento y/o ensayo que reportar, por favor añádalo después de toda la información histórica. (Si el participante está expuesto a más de dos tratamientos y/o estudios clínicos, use la tabla adicional en la página 2):

Blanco/Objetivo Farmacológico Primario (marque todos los que correspondan)	Tratamiento/ Estudio clínico específico	Fecha de inicio (mes/año) (99/9999 =Desconocido)	Fecha final (mes/año) (99/9999= Desconocido; 88/8888=En curso)	¿Cómo se administró el tratamiento?	Si fue en estudio clínico, ¿en qué grupo estuvo el participante?
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	NCT-_____	____/____	____/____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido

3. ¿El participante ha presentado anomalías en neuro-imágenes asociadas con tratamientos que se espera modifiquen biomarcadores de ADRD? Esto incluye las anomalías asociadas con amiloide-edema (ARIA-E), amiloide-hemorragia (ARIA-H), u otros eventos adversos significativos. ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
☐ 1 Sí
☐ 9 Desconocido (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
- 3a. Desde la última visita del UDS, ¿hay nueva información disponible sobre anomalías de imagen relacionadas con amiloide-edema (ARIA-E), anomalías de imagen relacionadas con amiloide-hemorragia (ARIA-H), u otros eventos adversos importantes asociados con tratamientos que se espera modifiquen los biomarcadores de ADRD? ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
☐ 1 Sí
☐ 9 Desconocido (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
- 3b. ¿Qué eventos adversos significativos experimentó el participante al recibir tratamientos que se espera modifiquen biomarcadores de ADRD? (marque todos los que apliquen)
- 3b1. ☐ 1 Anomalías en imagen asociadas con amiloide-edema (ARIA-E)
- 3b2. ☐ 1 Anomalías en imagen asociadas con amiloide-hemorragia (ARIA-H)
- 3b3. ☐ 1 Otros eventos adversos

2. Por favor proporcione información sobre tratamientos clínicos y/o estudios clínicos. INCLUYA TODOS LOS TRATAMIENTOS CLÍNICOS Y/O ENSAYOS CLÍNICOS, incluso si no hay nueva información sobre esos tratamientos/ensayos. Si hay un nuevo tratamiento y/o ensayo que reportar, por favor añádalo después de toda la información histórica (continuación de la página 1):

Blanco/Objetivo Farmacológico Primario (marque todos los que correspondan)	Tratamiento/ Estudio clínico específico	Fecha de inicio (mes/año) (99/9999 =Desconocido)	Fecha final (mes/año) (99/9999= Desconocido; 88/8888=En curso)	¿Cómo se administró el tratamiento?	Si fue en estudio clínico, ¿en qué grupo estuvo el participante?
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido
☐ 1 Beta amiloide ☐ 1 Tau ☐ 1 Inflamación ☐ 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección ☐ 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	☐ 1 Atención clínica ☐ 2 Estudio/ensayo clínico ☐ 3 Cuidado clínico y estudio clínico	☐ 1 Tratamiento activo ☐ 2 Placebo ☐ 9 Desconocido

¹ Cummings et al., "Alzheimer's disease drug development pipeline: 2022," Alzheimer's and Dementia. 2022 May 4; 8(1):e12295.

Formulario A5/D2: Historial de Salud del Participante / Condiciones Médicas Evaluadas por el Profesional Clínico

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	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico o personal del ADRC basado en la entrevista de historia médica con el participante y co-participante, así como la revisión de cualquier expediente médico que esté disponible. Cualquier condición nueva identificada durante la visita debe ser incluida en este formulario. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, consulte la [Guía de Codificación, Formulario A5/D2](#). Seleccione una sola opción para cada pregunta, a menos que se indique lo contrario.

Sección 1 – Uso de tabaco, alcohol y consumo de sustancias

Uso de tabaco

1a.	¿El participante ha fumado <u>más de</u> 100 cigarros / cigarrillos en su vida? — (SI LA RESPUESTA ES NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 1f)	☐ 0 No	☐ 1 Sí	☐ 9 Desconocido
1b.	Número total de años que ha fumado (777=años proporcionados en la visita de UDS anterior, 99=Desconocido)	_____		
1c.	Número promedio de paquetes de cigarros / cigarrillos fumados por día:	☐ 1 1 cigarrillo 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	
1d.	¿El participante ha fumado en los últimos 30 días?	☐ 0 No	☐ 1 Sí	☐ 9 Desconocido
1e.	Si el participante dejó de fumar, especifique la edad en la que fumó por última vez (dejó de fumar) (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 888 = No aplica, 999 = Desconocido)	_____		

Uso de alcohol

1f.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido el participante una bebida que contiene alcohol? (SI NUNCA O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 1i)	☐ 0 Nunca ☐ 1 Una vez al mes o menos ☐ 2 2-4 veces al mes	☐ 3 2-3 veces por semana ☐ 4 4 o más veces por semana ☐ 9 Desconocido
1g.	En un día en que el participante consume bebidas alcohólicas, ¿cuántas bebidas estándar suele consumir? (Bebida estándar: 12oz/350ml de cerveza normal, 5oz/150ml de vino, 1.5oz/45ml de licores destilados)	☐ 1 1 o 2 ☐ 2 3-4 ☐ 3 5-6	☐ 4 7-9 ☐ 5 10 o más ☐ 9 Desconocido
1h.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el participante tomó seis o más bebidas que contenían alcohol en un día?	☐ 0 Nunca ☐ 1 Menos de una vez al mes ☐ 2 Una vez al mes	☐ 3 Una vez por semana ☐ 4 Diario o casi diario ☐ 9 Desconocido

Uso de sustancias

1i.	¿Ha consumido el participante sustancias incluyendo drogas recetadas o recreativas que causaron un deterioro significativo en una o más de las siguientes áreas: laboral, conducir un vehículo, legal, social u otras?		
1i1.	En los últimos 12 meses	☐ 0 No	☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido
1i2.	Antes de los últimos 12 meses	☐ 0 No	☐ 1 Sí ☐ 9 Desconocido
1j.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia consumió el participante cannabis (comestible, fumado, o vaporizado)?	☐ 0 Nunca ☐ 1 1 vez por mes o menos ☐ 2 2-4 veces por mes	☐ 3 2-3 veces por semana ☐ 4 4 o más veces por semana ☐ 9 Desconocido

En las siguientes secciones (páginas 2-7) registre la presencia o ausencia **de un historial de estas condiciones**, basándose en el juicio clínico teniendo en cuenta la entrevista médica realizada con el participante y co-participante, así como la revisión de cualquier expediente médico que esté disponible.

LA CONDICION DEBE SER CONSIDERADA ...

Ausente:	Reciente/Activa:	Remota/Inactiva:	Desconocida (DSC)
Nunca ha estado presente.	Ocurrió en el último año, o aún requiere tratamiento activo.	Existió u ocurrió en el pasado (hace más de un año) pero se resolvió, o actualmente no hay tratamiento en curso.	No hay información suficiente para evaluar esta condición.

Sección 2 – Enfermedad cardiovascular

		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
2a.	Ataque cardíaco (obstrucción de arteria cardíaca) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 2b)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2a1.	¿Más de un ataque cardíaco?	☐ 0 No		☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
2a2.	Edad del ataque cardíaco más reciente (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	— — —			
2b.	Paro cardíaco — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE LA PREGUNTA 2c)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2b1.	Edad del paro cardíaco más reciente (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	— — —			
2c.	Fibrilación auricular	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2d.	Angioplastia / endarterectomía / stent	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2e.	Bypass cardíaco / coronario — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 2f)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2e1.	Edad de la cirugía más reciente (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	— — —			
2f.	Marcapasos y/o implantación de desfibrilador — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 2g)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2f1.	Edad de la primera implantación (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocida)	— — —			
2g.	Insuficiencia cardíaca congestiva (incluye edema pulmonar)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2h.	Remplazo o reparación de válvula cardíaca — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 2i)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
2h1.	Edad del procedimiento más reciente (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocida)	— — —			
2i.	Otra enfermedad cardiovascular (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9

Sección 3 – Enfermedad cerebrovascular

		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
3a.	Accidente cerebrovascular según la historia clínica, sin examen (no se requiere estudios de imagen) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 3b)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
3a1.	¿Más de un accidente cerebrovascular?	☐ 0 No		☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
3a2.	Edad en el momento del accidente cerebrovascular más reciente (777=edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocida)	— — —			

Sección 3 – Enfermedad cerebrovascular*continuación...*

	NUNCA MEJORÓ	MEJORÓ PARCIALMENTE	MEJORÓ/RETORNO A LA NORMALIDAD	DESCONOCIDO
3a3. ¿Cuál es el estado de los síntomas del accidente cerebrovascular?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
3a4. ¿Cirugía de la arteria carótida o colocación de stent/cánula? (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 3b)	☐ 0 No		☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
3a5. Edad de la cirugía de la arteria carótida o stent más reciente (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			
	AUSENTE	RECIENTE/ACTIVA	REMOTA/INACTIVA	DESCONOCIDA
3b. ¿Ataque transitorio isquémico (ATI o TIA, por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4a)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
3b1. Edad en el momento del ATI (TIA) más reciente (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			

Sección 4 – Enfermedades neurológicas

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIVA	REMOTA/INACTIVA	DESCONOCIDA
4a. Enfermedad de Parkinson — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4b)	☐ 0	☐ 1		☐ 9
4a1. Edad estimada del inicio de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Unknown)	____ _			
4b. Otro desorden parkinsoniano (por ej., Demencia con cuerpos de Lewy) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4c)	☐ 0	☐ 1		☐ 9
4b1. Edad del diagnóstico del desorden parkinsoniano (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			
4c. Epilepsia y/o historial de convulsiones (excluyendo convulsiones febriles en la infancia) — (SI REMOTA/INACTIVA, SALTE A LA PREGUNTA 4c2, SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4d)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
4c1. ¿Cuántas convulsiones ha tenido el participante en los últimos 12 meses?	☐ 0 Ninguna ☐ 1 1 o 2		☐ 2 3 o más ☐ 9 Desconocido	
4c2. Edad de la primera convulsión (excluyendo convulsiones infantiles) (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			
4d. Dolores de cabeza crónicos	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
4e. Esclerosis múltiple	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
4f. Hidrocefalia de presión normal	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
4g. Impactos repetidos en la cabeza (por ej., por deportes de contacto, violencia de pareja o servicio militar), sin importar si causó síntomas. (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4h)	☐ 0 No		☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
4g1. Indique la razón o razones de los golpes repetidos en la cabeza: (Marque todas las que apliquen)	4g1a. ☐ 1 Fútbol americano 4g1b. ☐ 1 Fútbol (soccer) 4g1c. ☐ 1 Hockey sobre el hielo 4g1d. ☐ 1 Boxeo o artes marciales 4g1e. ☐ 1 Otro deporte de contacto 4g1f. ☐ 1 Violencia de pareja 4g1g. ☐ 1 Servicio militar 4g1h. ☐ 1 Agresión física 4g1i. ☐ 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____			
4g2. Indique cuantos años en total el participante estuvo expuesto a golpes repetidos en la cabeza (por ej., jugó fútbol americano durante 7 años) (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			

Sección 4 – Enfermedades neurológicas*continuación...*

4h.	Lesión en la cabeza (<i>por ej., en un accidente automovilístico, golpe por un objeto, por una caída, mientras practicaba deportes o iba en bicicleta, en un asalto, o durante el servicio militar</i>) que resultó en un período de confusión, sin poder recordar detalles de la lesión, o pérdida del conocimiento (<i>si hay múltiples lesiones en la cabeza, considere el episodio más grave</i>). (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5a)	☐ 0 No	☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
4h1.	Después de una lesión en la cabeza, ¿cuál fue el período de tiempo más largo que el participante estuvo inconsciente?	☐ 0 Menos de 5 minutos ☐ 1 5 minutos a menos de 30 minutos ☐ 2 30 minutos a menos de 24 horas ☐ 3 1 día a menos de 7 días	☐ 4 7 días o más ☐ 8 No aplica, nunca perdió el conocimiento ☐ 9 Duración desconocida	
4h2.	Después de una lesión en la cabeza, ¿cuál fue el período de tiempo más largo que el participante estuvo "aturdido o confundido" o incapaz de recordar los detalles del evento que llevó a la lesión?	☐ 0 Menos de 5 minutos ☐ 1 5 minutos a menos de 30 minutos ☐ 2 30 minutos a menos de 24 horas ☐ 3 1 día a menos de 7 días	☐ 4 7 días o más ☐ 8 No aplica, nunca se sintió aturdido o confundido ☐ 9 Duración desconocida	
4h3.	Número total de lesiones en la cabeza donde el participante se sintió "aturdido o confundido", incapaz de recordar los detalles del evento que llevó a la lesión, o tuvo pérdida del conocimiento.	☐ 0 Ninguna ☐ 1 1-2 ☐ 2 3-5	☐ 3 6-12 ☐ 4 13 o más ☐ 9 Desconocido	
4h4.	Edad de la <u>primera</u> lesión en la cabeza que resultó en un período donde el participante se sintió "aturdido o confundido", incapaz de recordar los detalles de la lesión, o tuvo pérdida del conocimiento: (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _		
4h5.	Edad de la lesión en la cabeza <u>más reciente</u> que resultó en un período donde el participante se sintió "aturdido o confundido", incapaz de recordar los detalles de la lesión, o tuvo pérdida del conocimiento: (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _		

Sección 5 – Condiciones médicasSi alguna de las condiciones aún requieren tratamiento activo y/o medicamentos, por favor seleccione "**Reciente/Activa**."

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
5a. Diabetes — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 5b)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5a1. ¿Qué tipo?	☐ 1 Tipo 1 ☐ 2 Tipo 2 ☐ 3 Otra (<i>diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional, prediabetes</i>) ☐ 9 Desconocido			
5a2. Tratada con (<i>Marque todas las que apliquen</i>)	5a2a. ☐ 1 Insulina 5a2b. ☐ 1 Medicina oral 5a2c. ☐ 1 Agonistas del receptor GLP-1 5a2d. ☐ 1 Otro medicamento inyectable (no insulina y no agonistas del receptor GLP-1) 5a2e. ☐ 1 Dieta 5a2f. ☐ 1 Desconocido			
5a3. Edad del diagnóstico de diabetes (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			
5b. Hipertensión (<i>o tomando medicamentos para la hipertensión</i>) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5c)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5b1. Edad del diagnóstico de hipertensión (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _			

Sección 5 – Condiciones médicas*continuación...*

		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
5c.	Hipercolesterolemia (o tomando medicamentos para la hipercolesterolemia) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5d)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5c1.	Edad del diagnóstico de hipercolesterolemia (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido) — — —				
5d.	Deficiencia de vitamina B12	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5e.	Enfermedad tiroidea	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5f.	Artritis — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5g)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5f1.	Tipo de artritis (Marque todas las que apliquen)	5f1a. ☐ 1 Reumatoide 5f1b. ☐ 1 Osteoartritis 5f1c. ☐ 1 Otra (ESPECIFIQUE): _____ 5f1d. ☐ 1 Desconocido			
5f2.	Regiones afectadas (Marque todas las que apliquen)	5f2a. ☐ 1 Extremidad superior 5f2b. ☐ 1 Extremidad inferior 5f2c. ☐ 1 Columna vertebral 5f2d. ☐ 1 Desconocido			
5g.	Incontinencia — urinaria (ocurre por lo menos 1 vez por semana)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5h.	Incontinencia — fecal (ocurre por lo menos 1 vez por semana)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5i.	Apnea del sueño — (SI AUSENTE, REMOTA/INACTIVA, O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5j)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5i1.	Uso típico de una ayuda respiratoria en la noche durante los últimos 12 meses (por ej., CPAP)	☐ 0 Ninguno ☐ 1 < 4 horas por noche ☐ 2 > 4 horas por noche ☐ 9 Desconocido			
5i2.	Uso típico de un dispositivo oral o implante para apnea del sueño en la noche durante los últimos 12 meses	☐ 0 Ninguno ☐ 1 < 4 horas por noche ☐ 2 > 4 horas por noche ☐ 9 Desconocido			
5j.	Trastorno de conducta del sueño REM (por sus siglas en inglés)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5k.	Hiposomnia/insomnio (ocurre por lo menos una vez por semana o requiere medicamento)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5l.	Otro trastorno del sueño (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5m.	Cáncer, primario o metastásico — (Reporte todos los diagnósticos conocidos. Excluya cáncer de piel no-melanoma. SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5n)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
5m1.	Tipo de cáncer (Marque todas las que apliquen)	5m1a. ☐ 1 Primario/no-metastásico 5m1b. ☐ 1 Metastático (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 5m1b1. ☐ 1 Metastático al cerebro 5m1b2. ☐ 1 Metastático a otras partes que no son el cerebro 5m1c. ☐ 1 Desconocido			

Sección 5 – Condiciones médicas*continuación...*

5m2.	Localización primaria: (Marque todas las que apliquen)	5m2a. ☐ 1 Sangre 5m2b. ☐ 1 Seno 5m2c. ☐ 1 Colon 5m2d. ☐ 1 Pulmón 5m2e. ☐ 1 Próstata 5m2f. ☐ 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____																																																																
5m3.	Tipo de tratamiento para cáncer (Marque todas las que apliquen)	5m3a. ☐ 1 Radiación 5m3b. ☐ 1 Resección quirúrgica 5m3c. ☐ 1 Inmunoterapia 5m3d. ☐ 1 Transplante de médula ósea 5m3e. ☐ 1 Quimioterapia 5m3f. ☐ 1 Terapia hormonal 5m3g. ☐ 1 Otra (ESPECIFIQUE): _____																																																																
5m4.	Edad del diagnóstico de cáncer más reciente (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _																																																																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>AUSENTE</th> <th>RECIENTE/ ACTIVA</th> <th>REMOTA/ INACTIVA</th> <th>DESCONOCIDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5n. Infección por COVID-19 — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5o)</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> <tr> <td>5n1. ¿Requirió hospitalización?</td> <td colspan="4">☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 DSC</td> </tr> <tr> <td>5o. Asma/Enfermedad pulmonar/EPOC (COPD por sus siglas en inglés)</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> <tr> <td>5p. Enfermedad renal crónica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5q)</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> <tr> <td>5p1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)</td> <td colspan="4">____ _</td> </tr> <tr> <td>5q. Enfermedad hepática — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5r)</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> <tr> <td>5q1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)</td> <td colspan="4">____ _</td> </tr> <tr> <td>5r. Enfermedad vascular periférica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5s)</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> <tr> <td>5r1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)</td> <td colspan="4">____ _</td> </tr> <tr> <td>5s. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH o HIV por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5t)</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> <tr> <td>5s1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)</td> <td colspan="4">____ _</td> </tr> <tr> <td>5t. Otra enfermedad o procedimiento (ESPECIFICAR): _____</td> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA	5n. Infección por COVID-19 — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5o)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9	5n1. ¿Requirió hospitalización?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 DSC				5o. Asma/Enfermedad pulmonar/EPOC (COPD por sus siglas en inglés)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9	5p. Enfermedad renal crónica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5q)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9	5p1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _				5q. Enfermedad hepática — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5r)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9	5q1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _				5r. Enfermedad vascular periférica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5s)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9	5r1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _				5s. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH o HIV por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5t)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9	5s1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _				5t. Otra enfermedad o procedimiento (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA																																																															
5n. Infección por COVID-19 — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5o)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														
5n1. ¿Requirió hospitalización?	☐ 0 No ☐ 1 Sí ☐ 9 DSC																																																																	
5o. Asma/Enfermedad pulmonar/EPOC (COPD por sus siglas en inglés)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														
5p. Enfermedad renal crónica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5q)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														
5p1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _																																																																	
5q. Enfermedad hepática — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5r)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														
5q1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _																																																																	
5r. Enfermedad vascular periférica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5s)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														
5r1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _																																																																	
5s. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH o HIV por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5t)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														
5s1. Edad del diagnóstico (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	____ _																																																																	
5t. Otra enfermedad o procedimiento (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9																																																														

Sección 6 – Enfermedades psiquiátricas

*Para diagnosticar un trastorno psiquiátrico, **los criterios del DSM-5-TR requieren** que los síntomas causen malestar o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. Para obtener más información, consulte la **Guía de Codificación UDS, Formulario A5/D2**.

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
6a. Trastorno de depresión				
6a1. Trastorno de depresión mayor (criterios DSM-5-TR*)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6a2. Otro trastorno depresivo específico (criterios DSM-5-TR*)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6a3. Si existe un trastorno depresivo Reciente/Activo (Q6a1 or Q6a2), marque si está en tratamiento	☐ 0 Sin tratamiento ☐ 1 Tratamiento con medicamentos y/o psicoterapia			

Sección 6 – Enfermedades psiquiátricas*continuación...*

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
6b. Trastorno bipolar (criterios DSM-5-TR*)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6c. Esquizofrenia u otro trastorno psicótico (criterios DSM-5-TR*)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6d. Trastorno de ansiedad (criterios DSM-5-TR*) (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 6e)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6d1. Trastorno de ansiedad generalizada	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6d2. Trastorno de pánico	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6d3. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC u OCD por sus siglas en inglés)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6d4. Otro (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6e. Trastorno de estrés post-traumático (TEP o PTSD por sus siglas en inglés) (criterios DSM-5-TR*)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6f. Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo (<i>por ej., trastorno del espectro autista [TEA o ASD por sus siglas en inglés], déficit de atención con hiperactividad [TDAH o ADHD por sus siglas en inglés], dislexia</i>)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9
6g. Otros trastornos psiquiátricos (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 9

Sección 7 – Salud menstrual y reproductiva

Si las preguntas sobre salud menstrual y reproductiva son relevantes para este participante, continúe con la pregunta 7a. De lo contrario, **TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ.**

7a. ¿Qué edad tenía la participante cuando tuvo su último período menstrual? (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 888 = Si todavía menstruando, 999 = Desconocido) (SI TODAVÍA MENSTRUANDO, SALTE A LA PREGUNTA 7d)	_____		
7b. Si la participante ha dejado de tener períodos menstruales, indique el motivo. (Marque todas las que apliquen)	7c1. ☐ 1 Menopausia natural 7c2. ☐ 1 Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) 7c3. ☐ 1 Extirpación quirúrgica de ambos ovarios 7c4. ☐ 1 Quimioterapia para cáncer u otra afección 7c5. ☐ 1 Tratamiento de radiación u otros daños/lesiones a los órganos reproductivos 7c6. ☐ 1 Suplementos hormonales (por ej., pastillas anticonceptivas, inyecciones, Mirena, terapia de reemplazo hormonal [HRT por sus siglas en inglés]) 7c7. ☐ 1 Medicamento antiestrogénico como tamoxifeno, anastrozol (Arimidex), exemestano (Aromasin), o letrozol (Femara) 7c8. ☐ 1 Desconocido 7c9. ☐ 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____		
7c. ¿La participante ha tomado pastillas o parches de reemplazo hormonal femenino (por ej., estrógeno)? (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 7e)	☐ 0 No	☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
7c1. ¿Cuántos años en total? (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	_____		
7c2. Edad de primer uso (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	_____		
7c3. Edad de último uso (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 888= Usando actualmente, 999 = Desconocido)	_____		
7d. ¿La participante alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas? (SI NO O DESCONOCIDO, TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ)	☐ 0 No	☐ 1 Sí	☐ 9 DSC
7d1. ¿Cuántos años en total? (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	_____		
7d2. Edad de primer uso (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 999 = Desconocido)	_____		
7d3. Edad de último uso (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior, 888= Usando actualmente, 999 = Desconocido)	_____		

Formulario B1: FORMULARIO DE EVALUACIÓN — Signos Vitales y Antropometría

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

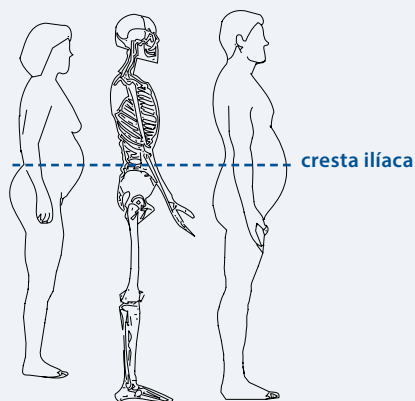
Idioma: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español	Modo: ☐ 1 En persona ☐ 0 No completado (razón): ____	Clave (razón por la que no se completó): 94=Visita remota 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un profesional clínico u otro personal del estudio entrenado. Véase la [Guía de Códigos UDS, Formulario B1](#) para aclaraciones y ejemplos adicionales.

Sección 1 – Signos vitales y antropometría del participante

- | | | | |
|----|--------------------------------------|---------------|----------------------|
| 1. | Estatura del participante (pulgadas) | _____ . _____ | (88.8 = no evaluada) |
| 2. | Peso del participante (libras) | _____ | (888 = no evaluada) |

Instrucciones para medir la circunferencia de la cintura y la cadera en adultos



La circunferencia de la cintura debe medirse en el punto medio entre el punto más inferior de la última costilla palpable y la parte superior de la cresta ilíaca, utilizando una cinta resistente al estiramiento. La **circunferencia de la cadera** debe medirse alrededor de la parte más ancha de los glúteos, con la cinta paralela al suelo.

Para ambas medidas: El participante debe estar de pie con los pies juntos, los brazos a los lados y el peso corporal distribuido uniformemente, y debe vestir con ropa ligera. El participante debe estar relajado, y las medidas deben tomarse al final de una exhalación normal. Cada medida debe tomarse dos veces y registrarse aquí. Si la diferencia entre las dos medidas supera las 0.5 pulgadas, se deben repetir las dos mediciones.

Fuente: Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 de diciembre de 2008.

Fuente: Iniciativa de Educación sobre la Obesidad del NHLBI (Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre por sus siglas en inglés National Heart, Lung and Blood Institute), nhlbi.nih.gov

- | | | | |
|----|--|-------|---------------------|
| 3. | Ingrese dos medidas de la circunferencia de la cintura (pulgadas): | | |
| | • Medida 1 | _____ | (888 = no evaluada) |
| | • Medida 2 | _____ | (888 = no evaluada) |
| 4. | Ingrese dos medidas de la circunferencia de la cadera (pulgadas): | | |
| | • Medida 1 | _____ | (888 = no evaluada) |
| | • Medida 2 | _____ | (888 = no evaluada) |

Sección 1 – Signos vitales y antropometría del participante*continuación...*

5.	Ingresa dos medidas para cada brazo espaciadas por al menos un minuto de diferencia. <i>Consulte las instrucciones detalladas a continuación.</i>		
5a. Presión arterial del participante - Brazo Izquierdo:			
• Medida 1	____/____	(888/888= no evaluada)	
• Medida 2	____/____	(888/888= no evaluada)	
5b. Presión arterial del participante - Brazo Derecho:			
• Medida 1	____/____	(888/888= no evaluada)	
• Medida 2	____/____	(888/888= no evaluada)	
6.	Frecuencia cardíaca en reposo del participante (<i>pulso</i>)	____	(888= no evaluada)

Pasos a seguir para obtener una medición adecuada de la presión arterial**PASO 1 - Prepare adecuadamente al participante**

- Haga que el participante se relaje, sentado en una silla (*pies en el suelo, espalda apoyada*) durante >5 minutos.
- El participante debe evitar la cafeína, el ejercicio y fumar durante al menos 30 minutos antes de la medición.
- Asegúrese de que el participante haya vaciado su vejiga.
- Ni el participante ni el observador deben hablar durante el período de reposo o durante la medición.
- Retire toda la ropa que cubra la ubicación del brazalete del tensiómetro.
- Las mediciones realizadas mientras el participante está sentado o acostado en una camilla no cumplen con estos criterios.

PASO 2 - Utilice una técnica adecuada para las mediciones de la presión arterial

- Utilice un dispositivo de medición de presión arterial que haya sido validado y asegúrese de que el dispositivo esté calibrado periódicamente.
- Apoye el brazo del participante (*por ej., déjelo reposar sobre un escritorio*).
- Coloque el centro del brazalete del tensiómetro en el brazo del participante a la altura del atrio derecho (*punto medio del esternón*).
- Utilice el tamaño correcto de brazalete, de manera que rodee el 80% del brazo, y tome nota si se usa un tamaño de brazalete más grande o más pequeño de lo normal.
- Se puede usar tanto el diafragma como la campana del estetoscopio para las lecturas auscultatorias.

PASO 3 - Realice mediciones adecuadas

- Tome dos lecturas de presión arterial en ambos brazos.
- Deje que transcurra un minuto entre las dos mediciones.
- Para determinaciones auscultatorias, utilice una estimación palpada de la presión de obliteración del pulso radial para estimar la Presión Arterial Sistólica (PAS). Infle el brazalete 20-30 mm Hg por encima de este nivel para una determinación auscultatoria del nivel de presión arterial.
- Para lecturas auscultatorias, desinfe la presión el brazalete 2 mm Hg por segundo y escuche los sonidos de Korotkoff.

PASO 4 - Documente adecuadamente las lecturas precisas de la presión arterial

- Registre la PAS y la Presión Arterial Diastólica (PAD). Si utiliza la técnica auscultatoria, registre la PAS y la PAD como el inicio del primer sonido de Korotkoff y la desaparición de todos los sonidos de Korotkoff, respectivamente, utilizando el número par más cercano.
- Registre las dos lecturas de PAS y PAD en el brazo izquierdo y las dos lecturas de PAS y PAD en el brazo derecho.

PASO 5 - Proporcione las lecturas de presión arterial e interpretación a los participantes

- Se recomienda proporcionar a los participantes las lecturas de PAS/PAD tanto verbalmente como por escrito.

Fuente: Checklist for accurate measurement of BP adapted from AHA Guidelines, Whelton PK et al, *Hypertension*. 2018; 71: e13-e11.

Formulario B3: Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS¹) - Examen Motor

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

Idioma: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español	Modo: ☐ 1 En persona ☐ 0 No completado (razón): ____	Clave (razón por la que no se completó): 94=Visita remota 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico u otro profesional de la salud capacitado. El examen motor se le debe realizar a todos los participantes. El profesional clínico debe marcar las respuestas basándose en la observación, ignorando si existe una contribución o explicación no-parkinsoniana de los resultados. Este formulario tiene como objetivos 1) determinar el grado de parkinsonismo en cualquiera de las visitas, y 2) evaluar el grado de parkinsonismo a lo largo del tiempo. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, vea [la Guía de Codificación de UDS, Formulario B3](#). Marque solo una casilla por pregunta.

Para videos sobre cómo administrar el formulario, vea Perlmutter JS. *Assessment of Parkinson disease manifestations*. Curr Protoc Neurosci. 2009 Oct; Chapter 10: Unit10.1. doi: 10.1002/0471142301.ns1001s49.

☐ (Opcional) Si el profesional clínico completa la evaluación UPDRS y determina que todos los ítems son normales, marque esta casilla. Si se marca esta casilla, todos los ítems se codificarán automáticamente como 0 en la base de datos.

1. Habla	☐ 0 Normal ☐ 1 Ligera pérdida de la modulación, dicción y/o volumen ☐ 2 Deterioro moderado; habla monótona, dicción alterada pero comprensible ☐ 3 Deterioro marcado, difícil de entender ☐ 4 Incomprensible (no se puede entender) ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
2. Expresión facial	☐ 0 Normal ☐ 1 Hipomimia mínima, podría ser "cara de póker" normal ☐ 2 Ligera, pero definitiva disminución de la expresión facial ☐ 3 Hipomimia moderada; labios separados parte del tiempo ☐ 4 "Cara de máscara" o expresión fija con pérdida severa o completa de la expresión facial; labios separados ¼ de pulgada o más ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____

3. Temblor de reposo

3a. Cara, labios, mentón (barbilla)	☐ 0 Ausente ☐ 1 Leve e infrecuente ☐ 2 Leve en amplitud y persistente; o moderado en amplitud, pero sólo presente intermitentemente ☐ 3 Moderado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo ☐ 4 Marcado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
3b. Mano derecha	☐ 0 Ausente ☐ 1 Leve e infrecuente ☐ 2 Leve en amplitud y persistente; o moderado en amplitud, pero sólo presente intermitentemente ☐ 3 Moderado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo ☐ 4 Marcado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
3c. Mano izquierda	☐ 0 Ausente ☐ 1 Leve e infrecuente ☐ 2 Leve en amplitud y persistente; o moderado en amplitud, pero sólo presente intermitentemente ☐ 3 Moderado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo ☐ 4 Marcado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____

¹UPDRS por sus siglas en inglés, The Unified Parkinson's Disease Rating Scale.

Fahn S, Elton RL, UPDRS Development Committee. The Unified Parkinson's Disease Rating Scale. In Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Goldstein M, eds. Recent developments in Parkinson's disease, Vol. 2. Florham Park, NJ: Macmillan Healthcare Information, 1987:153-163, 293-304. Reproducido con permiso del autor.

3. Temblor de reposo*continuación...***3d. Pie derecho**

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Leve e infrecuente
☐ 2 Leve en amplitud y persistente; o moderado en amplitud, pero sólo presente intermitentemente
☐ 3 Moderado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo
☐ 4 Marcado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

3e. Pie izquierdo

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Leve e infrecuente
☐ 2 Leve en amplitud y persistente; o moderado en amplitud, pero sólo presente intermitentemente
☐ 3 Moderado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo
☐ 4 Marcado en amplitud y presente la mayor parte del tiempo
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

4. Temblor postural o de acción en las manos**4a. Mano derecha**

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Leve, presente en acción
☐ 2 Moderado en amplitud, presente con acción
☐ 3 Moderado en amplitud tanto postural como en acción
☐ 4 Marcado en amplitud; interfiere con la alimentación
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

4b. Mano izquierda

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Leve, presente en acción
☐ 2 Moderado en amplitud, presente con acción
☐ 3 Moderado en amplitud tanto postural como en acción
☐ 4 Marcado en amplitud; interfiere con la alimentación
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

5. Rigidez (evaluada en movimiento pasivo de articulaciones mayores con el participante sentado en posición relajada; ignore rigidez de rueda dentada)**5a. Cuello**

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Ligera o detectable solo al activarse con movimientos en espejo u otros movimientos
☐ 2 Leve a moderada
☐ 3 Marcada, pero se obtiene con facilidad el rango total del movimiento
☐ 4 Severa; se obtiene con dificultad el rango total del movimiento
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

5b. Extremidad superior derecha

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Ligera o detectable solo al activarse con movimientos en espejo u otros movimientos
☐ 2 Leve a moderada
☐ 3 Marcada, pero se obtiene con facilidad el rango total del movimiento
☐ 4 Severa; se obtiene con dificultad el rango total del movimiento
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

5c. Extremidad superior izquierda

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Ligera o detectable solo al activarse con movimientos en espejo u otros movimientos
☐ 2 Leve a moderada
☐ 3 Marcada, pero se obtiene con facilidad el rango total del movimiento
☐ 4 Severa; se obtiene con dificultad el rango total del movimiento
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

5d. Extremidad inferior derecha

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Ligera o detectable solo al activarse con movimientos en espejo u otros movimientos
☐ 2 Leve a moderada
☐ 3 Marcada, pero se obtiene con facilidad el rango total del movimiento
☐ 4 Severa; se obtiene con dificultad el rango total del movimiento
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

5. Rigidez (evaluada en movimiento pasivo de articulaciones mayores con el participante sentado en posición relajada; ignore rigidez de rueda dentada)

continuación...

5e. Extremidad inferior izquierda

- ☐ 0 Ausente
☐ 1 Ligera o detectable solo al activarse con movimientos en espejo u otros movimientos
☐ 2 Leve a moderada
☐ 3 Marcada, pero se obtiene con facilidad el rango total del movimiento
☐ 4 Severa; sse obtiene con dificultad el rango total del movimiento
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

6. Golpeteo de dedos

(el participante toca su pulgar con su dedo índice en sucesión rápida)

6a. Mano derecha

- ☐ 0 Normal
☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud
☐ 2 Dificultad moderada; fatiga evidente y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento
☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso
☐ 4 Apenas puede realizar la tarea
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

6b. Mano izquierda

- ☐ 0 Normal
☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud
☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento
☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso
☐ 4 Apenas puede realizar la tarea
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

7. Movimientos de las manos

(el participante abre y cierra las manos en sucesión rápida)

7a. Mano derecha

- ☐ 0 Normal
☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud
☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento
☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso
☐ 4 Apenas puede realizar la tarea
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

7b. Mano izquierda

- ☐ 0 Normal
☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud
☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento
☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso
☐ 4 Apenas puede realizar la tarea
☐ 8 No se puede evaluar (**ESPECIFIQUE**): _____

8. Movimientos rápidos alternantes de las manos*(movimientos de pronación-supinación de las manos, vertical y horizontalmente, con la mayor amplitud posible, ambas manos simultáneamente)*

8a. Mano derecha	☐ 0 Normal ☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud ☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento ☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso ☐ 4 Apenas puede realizar la tarea ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
8b. Mano izquierda	☐ 0 Normal ☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud ☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento ☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso ☐ 4 Apenas puede realizar la tarea ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____

9. Agilidad de las piernas*(el participante golpea el suelo con su talón en sucesión rápida, levantando la pierna entera; amplitud debe ser por lo menos 3 pulgadas)*

9a. Pierna derecha	☐ 0 Normal ☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud ☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento ☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso ☐ 4 Apenas puede realizar la tarea ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
9b. Pierna izquierda	☐ 0 Normal ☐ 1 Leve enlentecimiento y/o reducción en la amplitud ☐ 2 Dificultad moderada; fatiga definida y temprana; puede tener interrupciones ocasionales en el movimiento ☐ 3 Dificultad severa; frecuente titubeo al iniciar movimientos, o interrupciones mientras el movimiento está en curso ☐ 4 Apenas puede realizar la tarea ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____

10. Levantarse de la silla*(el participante intenta levantarse de una silla con espaldas, con brazos cruzados sobre el pecho)*

☐ 0 Normal ☐ 1 Lento; o puede necesitar más de un intento ☐ 2 Se levanta apoyándose en los brazos de la silla ☐ 3 Tiende a caer hacia atrás y puede necesitar más de un intento, pero puede levantarse sin ayuda ☐ 4 Incapaz de levantarse sin ayuda ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____

11. Postura

☐ 0 Normal ☐ 1 No completamente erguida, postura levemente encorvada; puede ser normal para una persona mayor ☐ 2 Postura moderadamente encorvada, definitivamente anormal, puede inclinarse ligeramente hacia un lado ☐ 3 Postura severamente encorvada con cifosis; puede inclinarse moderadamente hacia un lado ☐ 4 Flexión marcada con anormalidad extrema de la postura ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____

12. Marcha	☐ 0 Normal ☐ 1 Camina lentamente, puede arrastrar los pies con pasos cortos, pero sin festinación (aceleración de los pasos) o propulsión ☐ 2 Camina con dificultad, pero no requiere, o requiere poca ayuda; puede tener algo de festinación, pasos cortos o propulsión ☐ 3 Perturbación severa de la marcha que requiere ayuda ☐ 4 Incapaz de caminar, aún con ayuda ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
13. Estabilidad de la postura <i>(respuesta a un desplazamiento posterior fuerte y súbito producido al jalar de los hombros mientras el participante está erguido con los ojos abiertos y los pies ligeramente separados; el participante está preparado)</i>	☐ 0 Erguido normal ☐ 1 Retropulsión, pero se recupera sin ayuda ☐ 2 Ausencia de respuesta postural; se cae si el examinador no lo sujeta ☐ 3 Muy inestable, tiende a perder el equilibrio espontáneamente ☐ 4 Incapaz de pararse sin ayuda ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
14. Bradicinesia e hipocinesia del cuerpo <i>(combinación de enlentecimiento, titubeos, disminución en el balanceo de brazos, amplitud reducida y pobreza de movimiento en general)</i>	☐ 0 Ninguna ☐ 1 Enlentecimiento mínimo, da al movimiento un carácter deliberado; puede ser normal para algunas personas; posible reducción en la amplitud ☐ 2 Enlentecimiento leve y pobreza de movimiento definitivamente anormal; alternatively, alguna reducción en la amplitud ☐ 3 Enlentecimiento moderado, pobreza o amplitud disminuida en el movimiento ☐ 4 Enlentecimiento marcado, pobreza o amplitud disminuida en el movimiento ☐ 8 No se puede evaluar (ESPECIFIQUE): _____
15. Puntaje Total del UPDRS <i>(si uno o más ítems están marcados con "8=No se puede evaluar", marque 888)</i>	_____ (0-108, 888)

Formulario B4: CDR® Instrumento para la Identificación de Etapas de la Demencia y Dominios del Comportamiento y Lenguaje NACC FTLD (CDR® con NACC FTLD)

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	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	---	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico u otro profesional de la salud capacitado, basado en el informe del co-participante y en el examen neurológico y conductual del participante. En las instancias extremadamente raras en las que no haya un co-participante disponible, el clínico u otro profesional de la salud capacitado debe completar este formulario utilizando toda la información disponible y su mejor criterio clínico. Califique como deterioro solo si hay una disminución con respecto al nivel previo debido a deterioro cognitivo, y no debido a deterioro por otros factores, (por ej., discapacidad física). Para información sobre la capacitación en línea requerida para el CDR, consulte [la Guía de Codificación UDS, Formulario B4](#).

Sección 1 – CDR® Instrumento para la Identificación de Etapas de la Demencia¹

Deterioro					
Por favor escriba los puntajes (abajo):	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 a la 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 al nivel habitual en el trabajo, haciendo compras, en grupos sociales y actividades de voluntariado	Leve deterioro en estas actividades	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades, aunque todavía puede estar involucrado en algunas de ellas; aparenta normal a simple vista	No aparenta funcionar independientemente fuera del hogar; parece estar lo suficientemente bien como para ser llevado a actividades fuera del hogar	No aparenta funcionar independientemente fuera del hogar; parece estar demasiado enfermo como para ser llevado 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.

Sección 1 – CDR® Instrumento para la estadificación de la demencia¹

5. Hogar y pasatiempos ____ . ____	Conservación en la vida del hogar, pasatiempos e intereses intelectuales	Deterioro leve en la vida del hogar, 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	Solo se conservan los quehaceres simples; intereses muy restringidos y poco conservados	No hay funcionamiento significativo dentro del hogar
6. Cuidado personal ____ . 0	Completamente capaz de cuidar de sí mismo (= 0)		Necesita recordatorios	Require asistencia para vestirse, para la higiene y para el cuidado de sus efectos personales	Require mucha ayuda con el cuidado personal; incontinencia frecuente
7. CDR Suma de Casillas: ____ . ____		8. CDR Global: ____ . ____			

Sección 2 - Dominos adicionales del comportamiento y lenguaje NACC FTLD

Deterioro					
Por favor escriba los puntajes (abajo):	Ninguno = 0	Cuestionable = 0.5	Leve = 1	Moderado = 2	Severo = 3
9. Conducta, comportamiento y personalidad ² ____ . ____	Comportamiento socialmente apropiado	Cambios cuestionables en el comportamiento o empatía o presencia cuestionable de acciones inapropiadas	Cambios leves pero evidentes en el comportamiento	Cambios moderados en el comportamiento que afectan las relaciones interpersonales e interacciones de manera significativa	Cambios severos en el comportamiento que hacen que todas las interacciones interpersonales sean unidireccionales
10. Lenguaje ³ ____ . ____	No presenta dificultades del lenguaje, o solo 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; discurso agramático, y/o comprensión reducida en la conversación o la lectura	Dificultad moderada a severa en 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.

Formulario B5: EVALUACIÓN CONDUCTUAL – Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q)¹

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 en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra	Clave (razón por la que no se completó): 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
--	---	---	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un médico u otro profesional de la salud basado en una entrevista con el co-participante, como se describe en el video de entrenamiento. (Este formulario no lo debe completar el participante por sí mismo). Para información sobre la Certificación para Entrevistadores del NPI-Q, vea la [Guía de Codificación UDS, Formulario B5](#). Marque solo una casilla para cada categoría de respuesta.

Por favor responda a las siguientes preguntas basado en cambios que han ocurrido desde que el participante empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria. **Indique 1=Sí, solo si el síntoma o los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario indique 0=No.** (NOTA: Para el UDS, por favor administre el NPI-Q a todos los participantes.)

Para cada ítem marcado **1=Sí**, registre la SEVERIDAD del síntoma (cómo éste afecta al participante):

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 CO-PARTICIPANTE: ☐ 1 Esposo(a) ☐ 2 Hijo(a) ☐ 3 Otro (**ESPECIFIQUE**): _____

					SEVERIDAD					
		Sí	No	No sabe		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 o voces falsas? ¿Actúa 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 está deprimido?	5a.	☐ 1	☐ 0	☐ 9	5b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
6.	Ansiedad – ¿Se molesta el paciente cuando se separa de usted? ¿Muestra otras señales de nerviosismo, como falta de aire, suspiros, incapacidad para 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.	Desinhibición – ¿Parece que el paciente actúa impulsivamente? Por ejemplo, ¿habla 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

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

					SEVERIDAD					
		Sí	No	No sabe		Leve	Mod	Severo	No sabe	
11.	Alteraciones motoras – ¿Lleva a cabo el paciente actividades repetitivas, como dar vueltas por la casa, manipular botones, enrollar hilos o hacer otras cosas repetitivamente?	11a.	☐ 1	☐ 0	☐ 9	11b.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
12.	Conductas nocturnas – ¿El paciente, le despierta 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

Formulario B6: EVALUACIÓN CONDUCTUAL – Escala de Depresión Geriátrica (GDS)¹

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 en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra	Clave (razón por la que no se completó): 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
--	---	---	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un profesional clínico u otro profesional de la salud basado en las respuestas del participante. Para clarificación adicional y ejemplos, vea la [Guía de Codificación UDS, Formulario B6](#). Marque solo una respuesta por pregunta.

☐ Marque esta casilla y escriba "88" para el Puntaje Total del GDS abajo únicamente si, y solo si el participante: 1) no intenta el GDS, o 2) responde menos de 12 preguntas.

Instrucciones al participante: "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.	En general ¿está 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 de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
6.	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
8.	¿Siente a menudo 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 la mayoría de las personas?	☐ 1	☐ 0	☐ 9
11.	¿Cree 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 completó=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 FUNCIONAL – Escala de Evaluación Funcional de NACC (FAS¹)

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 1=Demasiado deterioro cognitivo (razón 2=Demasiado deterioro físico remoto): 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra	Clave (razón por la que no se completó): 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
---	--	--	---

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico u otro profesional de la salud basado en la información suministrada por el co-participante. Para más información, vea la [Guía de Codificación UDS, Formulario B7](#). Indique el nivel de desempeño para cada actividad marcando solo una respuesta apropiada.

En las últimas cuatro semanas, ha tenido el participante alguna dificultad o ha necesitado ayuda con:	No aplica (por ej., 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 ej., comprar ropa, cosas para la casa o alimentos)	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
4. Participar en pasatiempos o en juegos de destreza como cartas, dominó, o ajedrez	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
5. Calentar agua, preparar una taza de café, apagar la estufa/horno	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
6. Preparar una comida balanceada	☐ 8	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 9
7. Estar al tanto de las noticias o eventos actuales	☐ 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.

Formulario B8: EVALUACIÓN – Hallazgos de la Evaluación Neurológica

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	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	--	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico con experiencia en la administración de un examen neurológico comprensivo, evaluando la presencia/ausencia de signos neurológicos y calificando el grado de cualquier anormalidad. Además, el evaluador debe tener experiencia en completar cada una de las medidas de evaluación asociadas con las preguntas de entrada si se detecta algún hallazgo neurológico clave. Para obtener clarificaciones adicionales y ejemplos, consulte la [Guía de Codificación UDS, Formulario B8](#). Marque solo una casilla por pregunta.

Sección 1 – Examinador y preguntas de examen

- ¿Cuál de los siguientes se completó con el participante?
☐ 0 Ningún examen neurológico (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
☐ 1 Examen neurológico completo según lo sugerido en la Guía de Codificación UDS
☐ 2 Examen neurológico parcial o enfocado en persona
☐ 3 Examen neurológico parcial o enfocado mediante telemedicina
- ¿Hubo hallazgos anormales en el examen neurológico?
☐ 0 No hubo hallazgos anormales (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**; Si esta casilla está marcada, todos los elementos se codificarán automáticamente como 0 = Ausente en la base de datos)
☐ 1 Sí

Sección 2 – Hallazgos clínicos específicos

Sección 2A – Signos parkinsonianos

- ☐ 0 No hay signos anormales en esta sección (**SALTE A LA SECCIÓN 2B**; Si esta casilla está marcada, las preguntas 3a a 3n se codificarán automáticamente como 0 = Ausente en la base de datos)
☐ 1 Sí (**SI LA RESPUESTA ES SÍ** – complete las preguntas 3a–3n y considere completar medidas adicionales según se describe en la página 3)
☐ 8 No evaluado (**SALTE A LA SECCIÓN 2B**; Si esta casilla está marcada, las preguntas 3a a 3n se codificarán automáticamente como 8 = No Evaluado en la base de datos)

HALLAZGO:	Ausente	Focal o Unilateral	Bilateral y Mayormente Simétrico	Bilateral y Mayormente Asimétrico	No evaluado
3a. Enlentecimiento de movimientos motores finos	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3b. Temblor de extremidad en reposo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3c. Temblor de extremidad - postural	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3d. Temblor de extremidad - cinético	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3e. Rigidez de extremidad - brazo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3f. Rigidez de extremidad - pierna	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3g. Distonía de extremidad - brazo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3h. Distonía de extremidad - pierna	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
3i. Corea	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8

Sección 2 – Hallazgos clínicos específicos*continuación...***Sección 2A – Signos parkinsonianos**

HALLAZGO:	Ausente	Presente	No evaluado
3j. Disminución en la amplitud de movimientos motores finos	☐ 0	☐ 1	☐ 8
3k. Rigidez axial	☐ 0	☐ 1	☐ 8
3l. Inestabilidad postural	☐ 0	☐ 1	☐ 8
3m. "Cara de máscara"	☐ 0	☐ 1	☐ 8
3n. Postura encorvada	☐ 0	☐ 1	☐ 8

Sección 2B – Signos corticales/piramidales/otros

4. ☐ 0 No hay signos anormales en esta sección (**SALTE A LA SECCIÓN 2C**; Si esta casilla está marcada, las preguntas 4a a 4q se codificarán automáticamente como 0=Ausente en la base de datos)
- ☐ 1 Sí (**SI LA RESPUESTA ES SÍ** – complete las preguntas 4a–4q y considere completar medidas adicionales según se describe en la página 3)
- ☐ 8 No evaluado (**SALTE A LA SECCIÓN 2C**; Si esta casilla está marcada, las preguntas 4a a 4q se codificarán automáticamente como 8 = No Evaluado en la base de datos)

HALLAZGO:	Ausente	Focal o Unilateral	Bilateral y Mayormente Simétrico	Bilateral y Mayormente Asimétrico	No evaluado
4a. Apraxia de extremidad	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
4b. Hallazgos en la cara o extremidades en la distribución de UMN ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
4c. Hallazgos en la cara o extremidades en la distribución de LMN ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
4d. Pérdida de campo visual	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
4e. Ataxia de extremidad	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8
4f. Mioclonías	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 8

HALLAZGO:	Ausente	Presente	No evaluado
4g. Pérdida somatosensorial unilateral (localizada en el cerebro; ignore cambios sensoriales localizados en la médula espinal o nervios periféricos)	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4h. Afasia (ignore quejas de disnomia leve si no se consideran un cambio clínicamente significativo)	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4i. Fenómeno de miembro alienígena/ajeno	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4j. Heminegligencia	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4k. Prosopagnosia	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4l. Simultanagnosia	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4m. Ataxia óptica	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4n. Apraxia de la mirada	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4o. Parálisis de la mirada horizontal y/o vertical**	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4p. Disartria*	☐ 0	☐ 1	☐ 8
4q. Apraxia del habla	☐ 0	☐ 1	☐ 8

^aLos hallazgos de UMN^a pueden incluir debilidad en un patrón piramidal, hiperreflexia, signo de Babinski o signo de Hoffman presentes, o espasticidad; Los hallazgos de LMN^a pueden incluir debilidad debido a disfunción neuromuscular, atrofia/pérdida muscular o fasciculaciones. Estos hallazgos pueden ser consistentes con un insulto cerebrovascular o con un trastorno degenerativo como ALS^a, PLS^a, SMA^a, PSP^a, CBS^a, etc.

**No marcar Presente si solo hay reducción del desplazamiento de la mirada hacia arriba.

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 2 – Hallazgos clínicos específicos*continuación...***Sección 2C – Marcha**

5. ☐ 0 No hay signos anormales en esta sección (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)
☐ 1 Sí (**SI LA RESPUESTA SÍ-complete la pregunta 5a y considere completar medidas adicionales según se describe en la página 3**)
☐ 8 No evaluado (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)

5a. Hallazgo:

- ☐ 1 Marcha hemiparética (espástica)
☐ 2 Marcha de pie caído (neurona motora inferior)
☐ 3 Marcha atáxica
☐ 4 Marcha apráxica magnética

- ☐ 5 Marcha hipocinética/parkinsoniana
☐ 6 Marcha antálgica
☐ 7 Otro (**ESPECIFIQUE**):

Sección 2D – Medidas adicionales

Existen **varias medidas clínicas adicionales** que se pueden considerar basado en los hallazgos y la sospecha de un síndrome clínico; éstas incluyen, pero no se limitan a, las siguientes:

a) Si hay características de un trastorno del movimiento (por ej., bradicinesia, temblor, rigidez, inestabilidad postural, etc.):

Considere completar el Formulario B3 UPDRS o el MDS-UPDRS.

b) Si hay características de ALS^a (por ej., disfunción de la neurona motora superior y/o disfunción de la neurona motora inferior):

Considere completar el ALSFRS-R^a

c) Si hay características de PSP^a - Síndrome de Richardson (por ej., parkinsonismo, inestabilidad postural, parálisis supranuclear de la mirada, etc.):

Considere completar el PSPRS^a

d) Si hay características de síndrome corticobasal (por ej., rigidez de extremidades, apraxia de extremidades, mioclonías, distonía, pérdida sensorial cortical, fenómeno de miembro alienígena, etc.):

Considere completar el PSPRS^a y/o el CBFS^a

e) Si hay características de disfunción del procesamiento visual complejo (por ej., heminegligencia, agnosia visual, simultagnosia, ataxia óptica, apraxia ocular/de la mirada, apraxia de apertura de párpados, etc.):

Considere administrar una medida estandarizada que evalúe la PCA^a

f) Si hay características de afasia o apraxia del habla (por ej., Escala de Accidente Cerebrovascular del NIH, Escala de Gravedad de Afasia Progresiva, Batería Western de Afasia, etc.):

Considere completar una medida estandarizada que evalúe el habla y el lenguaje

g) Si hay hallazgos clínicos y/o de imágenes que sugieran una contribución vascular a la presentación clínica:

Considere completar la Escala de Accidente Cerebrovascular del NIH, Escala Isquémica de Hachinski, etc.

^aSección 2E – Glosario de abreviaturas por sus siglas en inglés

Abreviatura	Nombre en Español	Nombre en Inglés
ALS	Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	Amyotrophic Lateral Sclerosis
ALSFRS-R	Escala de Evaluación Funcional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica-Revisada	Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-Revised
CBS	Síndrome Corticobasal	Corticobasal Syndrome
CBFS	Escala Funcional de Ganglios Basales Corticales	Cortical Basal Ganglia Functional Scale
LMN	Neurona Motora Inferior	Lower Motor Neuron
MDS-UPDRS	Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson - Sociedad de Trastornos del Movimiento	Movement Disorders Society - Unified Parkinson's Disease Rating Scale
PCA	Atrofia Cortical Posterior	Posterior Cortical Atrophy
PLS	Esclerosis Lateral Primaria	Primary Lateral Sclerosis
PSP	Parálisis Supranuclear Progresiva	Progressive Supranuclear Palsy
PSPRS	Escala de Evaluación de la Parálisis Supranuclear Progresiva	Progressive Supranuclear Palsy Rating Scale
SMA	Atrofia Muscular Espinal	Spinal Muscular Atrophy
UMN	Neurona Motora Superior	Upper Motor Neuron
UPDRS	Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson	Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Formulario B9: Juicio Clínico de los Síntomas

ADRC: _____

PTID: _____

Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Visita #: _____

Iniciales del Examinador: _____

Idioma:
☐ 1 Inglés
☐ 2 EspañolModo:
☐ 1 En persona
☐ 2 Remoto (razón): ____
☐ 1 Teléfono ☐ 2 VideoClave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo
2=Demasiado deterioro físico
3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos
4=Rechazó la visita en persona
5=Otra

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el profesional clínico. Las preguntas a continuación no deben ser administradas directamente al participante o co-participante. Para todas las preguntas, el profesional clínico debe utilizar su mejor criterio sobre si los síntomas están presentes y estimar el comienzo de los síntomas basándose en la información proporcionada por el participante y co-participante. Para obtener clarificaciones adicionales y ejemplos, consulte la [Guía de Codificación UDS, Formulario B9](#). Marque solo una casilla por pregunta.

Sección 1 – Cambios en diferentes dominios

Reportado por el participante

1.	¿El <u>participante</u> reporta una disminución en algún dominio cognitivo (con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí	☐ 8 No se pudo evaluar/el participante está demasiado incapacitado
2.	¿El <u>participante</u> reporta una disminución en algún dominio motor (con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí	☐ 8 No se pudo evaluar/el participante está demasiado incapacitado
3.	¿El <u>participante</u> reporta el desarrollo de algún síntoma neuropsiquiátrico / conductual significativo (con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí	☐ 8 No se pudo evaluar/el participante está demasiado incapacitado

Reportado por el co-participante

4.	¿El <u>co-participante</u> reporta una disminución en algún dominio cognitivo (con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí	☐ 8 No hay co-participante
5.	¿El <u>co-participante</u> reporta un cambio en algún dominio motor (con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí	☐ 8 No hay co-participante
6.	¿El <u>co-participante</u> reporta el desarrollo de algún síntoma neuropsiquiátrico / conductual significativo (con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual)?	☐ 0 No ☐ 1 Sí	☐ 8 No hay co-participante

Reportado por el profesional clínico

7.	¿El participante demuestra síntomas neuropsiquiátricos, problemas del comportamiento o disminuciones en algún dominio cognitivo o motor?	☐ 0 No (TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ) ☐ 1 Sí
----	--	---

En las siguientes secciones, registre el fenotipo de los síntomas clínicamente significativos o la ausencia de un **historial de estos síntomas** según el mejor criterio del profesional clínico después de la entrevista de historial médico con el participante y co-participante.

Sección 2 – Deterioro cognitivo

Considere si actualmente el participante está afectado de manera significativa, **con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual:**

8.	Basado en el criterio del profesional clínico, ¿está el participante actualmente experimentando un deterioro significativo en su cognición?	☐ 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 11)	☐ 1 Sí	
9.	Indique si el participante está significativamente afectado en los siguientes dominios cognitivos o si su cognición fluctúa:			
Cognición		No	Sí	Desconocido
9a.	Memoria — ¿El participante olvida conversaciones y/o fechas, repite preguntas o afirmaciones, o extravía cosas más de lo normal?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9b.	Orientación — ¿El participante tiene dificultades para saber el día, mes y año, olvida nombres de personas que conoce bien, se pierde en lugares familiares o no reconoce lugares familiares?	☐ 0	☐ 1	☐ 9

Sección 2 – Deterioro cognitivo*continuación...*

	No	Sí	Desconocido
9c. Función ejecutiva (juicio, planeación y resolución de problemas) — ¿El participante tiene dificultad para planificar actividades complejas como viajes, transacciones financieras, fiestas o reuniones grupales?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9d. Lenguaje — ¿El participante tiene habla vacilante/cortada, dificultad para encontrar palabras, uso de palabras inapropiadas sin autocorrección o tiene problemas con la comprensión del lenguaje oral?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9e. Función visuoespacial — ¿El participante tiene dificultad para interpretar estímulos visuales o para orientarse en entornos familiares?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9f. Atención/concentración — ¿El participante tiene una atención breve/de corto plazo o capacidad limitada para concentrarse? ¿Se distrae fácilmente?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9g. Cognición fluctuante — ¿El participante muestra variaciones pronunciadas en la atención y el estado de alerta, notablemente durante horas o días - por ejemplo, largos lapsos o períodos de mirar fijamente al espacio, o momentos en los que sus ideas tienen un flujo desorganizado?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9h. Otro (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 9
9i. Si alguno de los síntomas cognitivos en 9a-9h están presentes, ¿a qué edad comenzaron? <i>(El profesional clínico debe utilizar su mejor criterio para estimar la edad de inicio. Si se identifican múltiples síntomas con diferentes edades de inicio, registre la edad del síntoma más temprano (es decir, el primero en aparecer)).</i> (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior)	_____		
10. Modo de inicio del deterioro cognitivo: Indique el modo de inicio del problema cognitivo más prominente que está causando las quejas del participante y/o afectando la función del participante.	☐ 1 Gradual ☐ 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 2 Subagudo ☐ 99 Desconocido ☐ 3 Abrupto		

Sección 3 – Síntomas neuropsiquiátricos y cambios en el comportamiento

Considere si el participante ha manifestado síntomas neuropsiquiátricos o cambios en el comportamiento - **en el último mes - con relación a su línea de base estable** (en otras palabras, su comportamiento predominante antes del inicio del síndrome actual). Un cambio clínico significativo se refiere a síntomas o cambios evidentes la mayoría de los días en un período de 4 semanas.

11. Basado en el criterio clínico, ¿está el participante experimentando síntomas neuropsiquiátricos significativos o cambios significativos en su comportamiento?	☐ 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 14) ☐ 1 Sí
12. Especifique el fenotipo de síntomas neuropsiquiátricos significativos o cambios significativos en el comportamiento que se ha manifestado en el último mes .	

Estado de ánimo, motivación y agitación	No	Sí	Desconocido
12a. Apatía/aislamiento — ¿El participante ha perdido interés en su entorno, ha perdido interés en hacer cosas o ha perdido la motivación para iniciar nuevas actividades?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12b. Estado de ánimo deprimido — ¿El participante parece triste o deprimido o dice que se siente triste o deprimido?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12c. Ansiedad — ¿El participante parece muy nervioso, preocupado, o asustado sin razón aparente? ¿Parece tenso o inquieto? ¿Parece asustado al separarse de sus cuidadores o personas en las que confía?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12d. Euforia — ¿El participante parece demasiado alegre o eufórico sin razón aparente, manifiesta un estado de ánimo anormalmente feliz persistente, o encuentra humor donde otros no lo ven?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12e. Irritabilidad — ¿El participante se irrita o se altera fácilmente? ¿Cambia rápidamente de estado de ánimo? ¿Está anormalmente impaciente?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12f. Agitación — ¿El participante se molesta o se enoja fácilmente, es difícil de manejar, no coopera o resiste el cuidado de otros?	☐ 0	☐ 1	☐ 9

Sección 3 – Síntomas neuropsiquiátricos y cambios en el comportamiento*continuación...*

12g. Si alguno de los cambios de comportamiento asociados con el estado de ánimo en 12a-12f están presentes, ¿a qué edad comenzaron? (*El profesional clínico debe utilizar su mejor criterio para estimar la edad de inicio. Si se identifican múltiples síntomas con diferentes edades de inicio, registre la edad del síntoma más temprano (es decir, el primero en aparecer).*) _____
(777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior)

Psicosis y control de impulsos		No	Sí	Desconocido
12h.	Alucinaciones visuales - ¿El participante demuestra percepciones visuales en ausencia de estímulos?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12h1.	SI LA RESPUESTA ES SÍ , ¿sus alucinaciones incluyen patrones que no son objetos definidos, como la pixelación de superficies uniformes planas?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12h2.	SI LA RESPUESTA ES SÍ , ¿sus alucinaciones incluyen imágenes bien formadas y detalladas de objetos o personas, ya sea como imágenes independientes o como parte de otros objetos?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12i.	Alucinaciones auditivas - ¿El participante demuestra percepciones auditivas en ausencia de estímulos?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12i1.	SI LA RESPUESTA ES SÍ , ¿sus alucinaciones incluyen sonidos simples como golpeteos u otros sonidos simples?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12i2.	SI LA RESPUESTA ES SÍ , ¿sus alucinaciones incluyen sonidos complejos como música o voces que hablan?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12j.	Delirios - ¿El participante tiene creencias idiosincráticas fijas que no son verdaderas? Por ejemplo, ¿insiste que otros quieren hacerle daño o le quieren robar? ¿Ha dicho que familiares o profesionales no son quien dicen ser, o que su casa no es su hogar?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12k.	Agresión — ¿El participante grita con ira, cierra las puertas a golpes, trata de herir o pegarle a otros, o demuestra comportamientos verbal o físicamente agresivos?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12l.	Si alguno de los cambios de comportamiento asociados con psicosis o control de impulsos en 12h-12k están presentes, ¿a qué edad comenzaron? (<i>El profesional clínico debe utilizar su mejor criterio para estimar la edad de inicio. Si se identifican múltiples síntomas con diferentes edades de inicio, registre la edad del síntoma más temprano (es decir, el primero en aparecer).</i>) _____ (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior)			

Personalidad		No	Sí	Desconocido
12m.	Desinhibición — ¿El participante se comporta impulsivamente sin pensar, dice cosas que no se suelen hacer o decir en público, hace cosas que resultan vergonzosas para sus cuidadores u otros, habla de modo familiar con extraños o descuida su higiene personal?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12n.	Cambio de personalidad — ¿El participante exhibe un comportamiento extraño o atípico, como desconfianza (<i>sin delirios</i>), coleccionismo, vestimenta o conductas alimenticias inusuales?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12o.	Falta de empatía — ¿El participante no tiene en cuenta los sentimientos de los demás?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12p.	Obsesiones y/o compulsiones — ¿El participante se enfoca repetida y excesivamente en ideas o actividades particulares, o ha desarrollado nuevos hábitos, como conductas motoras o expresiones repetitivas/estereotipadas?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12q.	Ira explosiva — ¿El participante se irrita con facilidad? ¿Muestra explosiones de ira o rabia?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12r.	Consumo de sustancias — ¿El participante actualmente muestra evidencia de consumo excesivo de sustancias recreativas, psicoactivas o típicamente abusadas (<i>aumento sustancial en comparación con hábitos anteriores, y más allá de la necesidad médica si se trata de una sustancia recetada</i>)?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12r1.	SI LA RESPUESTA ES SÍ , registre la(s) sustancia(s) involucrada(s): (Marque todas las que correspondan)	12r1a. ☐ 1 Alcohol 12r1b. ☐ 1 Sedante/hipnótico 12r1c. ☐ 1 Opiáceo 12r1d. ☐ 1 Cocaína 12r1e. ☐ 1 Cannabis 12r1f. ☐ 1 Otro (ESPECIFICAR): _____		

Sección 3 – Síntomas neuropsiquiátricos y cambios en el comportamiento*continuación...*

- 12s.** Si alguno de los cambios de comportamiento asociados con la personalidad en 12m-12r están presentes, ¿a qué edad comenzaron? (*El profesional clínico debe utilizar su mejor criterio para estimar la edad de inicio. Si se identifican múltiples síntomas con diferentes edades de inicio, registre la edad del síntoma más temprano (es decir, el primero en aparecer).*) _____
(777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior)

Sueño REM		No	Sí	Desconocido
12t.	Trastorno de conducta durante el sueño con movimientos oculares rápidos (Rapid Eye Movements, REM por sus siglas en inglés) — Mientras duerme, ¿parece que el participante actúa repetidamente sus sueños (<i>por ej., golpea o agita sus brazos, grita</i>)?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
12t1.	SI LA RESPUESTA ES SÍ , ¿a qué edad comenzó el comportamiento de actuar sus sueños? (<i>El profesional clínico debe utilizar su mejor criterio para estimar la edad de inicio.</i>) (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior)	_____		
12t2.	¿El trastorno del comportamiento del sueño REM fue confirmado por polisomnografía?	☐ 0	☐ 1	☐ 9

Otros		No	Sí	Desconocido
12u.	Otros cambios de comportamiento (ESPECIFICAR): _____	☐ 0	☐ 1	
13.	Modo general de inicio de los cambios de comportamiento: Indique el modo de inicio del problema de comportamiento más prominente que está causando las quejas del participante y/o afectando la función del participante. ☐ 1 Gradual ☐ 2 Subagudo ☐ 3 Abrupto ☐ 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido			

Sección 4 – Cambios motores

Considere si el participante manifiesta algún cambio significativo en la función motora **que represente un cambio con relación a su línea de base antes del inicio del síndrome actual y que potencialmente se deba a un trastorno que afecte al sistema nervioso central:**

14.	Basado en el criterio clínico, ¿el participante está actualmente experimentando algún cambio significativo en la función motora?	☐ 0 No (PASE A LA PREGUNTA 19) ☐ 1 Sí
------------	--	---

- 15.** Indique si el participante presenta algún cambio significativo en la función motora:

Función motora		No	Sí	Desconocido
15a.	Trastorno de la marcha — ¿Ha cambiado la forma de caminar del participante, no específicamente debido a artritis, lesiones o neuropatía periférica? ¿Está inestable, o camina arrastrando los pies, con poco o ningún movimiento de los brazos, o arrastra un pie?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
15b.	Caídas — ¿El participante ha experimentado un aumento en la frecuencia de las caídas comparado con su línea de base antes del inicio del síndrome actual?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
15c.	Lentitud — ¿El participante ha disminuido notablemente su velocidad al caminar, moverse o escribir a mano, no debido a una lesión o enfermedad?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
15d.	Temblores — ¿El participante ha experimentado temblores rítmicos, especialmente en las manos, brazos, piernas, cabeza, boca o lengua?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
15e.	Debilidad en las extremidades — ¿El participante ha notado un cambio (abrupto o gradual) en la función de las extremidades de manera que un brazo y/o pierna estén débiles comparado con su línea de base?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
15f.	Cambio en la expresión facial — ¿La expresión facial del participante ha cambiado o se ha vuelto más "rígida" o inexpressiva?	☐ 0	☐ 1	☐ 9
15g.	Cambio en el habla — ¿El participante ha notado un cambio en el habla (abrupto o gradual) de manera que el habla sea confusa, y/o la capacidad de articular la lengua y los labios para formar palabras y oraciones haya disminuido comparado con su línea de base?	☐ 0	☐ 1	☐ 9

Sección 4 – Cambios motores*continuación...*

15h.	Si hay cambios en la función motora presentes en 15a-15g, ¿a qué edad comenzaron? (El profesional clínico debe utilizar su mejor criterio para estimar la edad de inicio. Si se identifican múltiples síntomas con diferentes edades de inicio, registre la edad del síntoma más temprano (es decir, el primero en aparecer)) (777 = edad proporcionada en la visita de UDS anterior)	_____									
16.	Modo de inicio de los cambios motores: Indique el modo de inicio del problema motor más prominente que está causando las quejas del participante y/o afectando la función del participante.	☐ 1 Gradual ☐ 2 Subagudo ☐ 3 Abrupto ☐ 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ ☐ 99 Desconocido									
		<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> <tr> <td>☐ 0</td> <td>☐ 1</td> <td>☐ 9</td> </tr> </tbody> </table>	No	Sí	Desconocido	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 0	☐ 1	☐ 9
No	Sí	Desconocido									
☐ 0	☐ 1	☐ 9									
☐ 0	☐ 1	☐ 9									
17.	¿Los cambios en la función motora son sugestivos de parkinsonismo?										
18.	¿Los cambios en la función motora son sugestivos de esclerosis lateral amiotrófica? (por ejemplo, debilidad y/o contracciones musculares en una o más extremidades, o arrastra las palabras)										

Sección 5 – Curso general del deterioro y dominio predominante

19.	Curso general del síndrome cognitivo/conductual/motor:	☐ 1 Progresión gradual ☐ 2 Escalonado ☐ 3 Estático ☐ 4 Fluctuante ☐ 5 Mejor que antes ☐ 8 No aplicable ☐ 9 Desconocido
20.	Indique el dominio predominante que se reconoció primero como alterado en el participante: <i>NOTA: Ingrese 0 si esta información fue proporcionada en un Formulario B9 previamente completado</i>	☐ 0 Evaluado en una visita UDS previa ☐ 1 Cognición ☐ 2 Conducta ☐ 3 Función motora ☐ 8 No aplicable ☐ 9 Desconocido

Formulario C2: Puntajes de la Batería Neuropsicológica

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

Idioma: ☐ 1 Inglés ☐ 2 Español	Modo: ☐ 1 En persona ☐ 2 Remoto (razón): ____ ☐ 2 Video	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
--	---	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal del ADRC o de la clínica. Para información acerca de la administración y puntuación de las pruebas, véase [Instrucciones para la Batería Neuropsicológica, Formulario C2](#). Cualquier participante inscrito en el UDS después de la implementación del UDSv4 debe ser evaluado con la nueva batería neuropsicológica (Formulario C2 o C2T).

CLAVE: Si el participante no puede completar cualquiera de las siguientes pruebas, por favor proporcione la razón ingresando uno de los siguientes códigos:

95 / 995 = Problema físico 96 / 996 = Problema cognitivo/conductual 97 / 997 = Otra problema 98 / 998 = Se niega verbalmente

Sección 1 — Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)

1a.	¿Se administró alguna parte del MoCA?	☐ 0 No (Indique el código, 95 – 98): ____ (SALTE A LA PREGUNTA 2A) ☐ 1 Sí (SIGA A LA PREGUNTA 1B)
1b.	El MoCA fue administrado:	☐ 1 En el ADRC o clínica ☐ 2 En el hogar del participante ☐ 3 En persona — otro
1c.	Idioma de administración del MoCA:	☐ 1 Inglés ☐ 2 Español ☐ 3 Otro (ESPECIFIQUE): _____
1d.	El participante no pudo completar una o más secciones debido a un problema visual:	☐ 0 No ☐ 1 Sí
1e.	El participante no pudo completar una o más secciones debido a un problema auditivo:	☐ 0 No ☐ 1 Sí
1f.	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 fueron administrados: 1g – 1l, 1n – 1t, 1w – 1bb)	____ (0–30, 88)
1g.	Visuoespacial/ejecutiva — Rastreo	____ (0–1, 95–98)
1h.	Visuoespacial/ejecutiva — Cubo	____ (0–1, 95–98)
1i.	Visuoespacial/ejecutiva — Contorno del reloj	____ (0–1, 95–98)
1j.	Visuoespacial/ejecutiva — Números del reloj	____ (0–1, 95–98)
1k.	Visuoespacial/ejecutiva — Manecillas del reloj	____ (0–1, 95–98)
1l.	Lenguaje — Denominación	____ (0–3, 95–98)
1m.	Memoria — Registro (dos intentos)	____ (0–10, 95–98)
1n.	Atención — Serie de números	____ (0–2, 95–98)
1o.	Atención — Letra A	____ (0–1, 95–98)
1p.	Atención — Restas sucesivas de 7	____ (0–3, 95–98)
1q.	Lenguaje — Repetición	____ (0–2, 95–98)
1r.	Lenguaje — Fluidez	____ (0–1, 95–98)
1s.	Abstracción	____ (0–2, 95–98)
1t.	Recuerdo diferido — Sin pistas	____ (0–5, 95–98)
1u.	Recuerdo diferido — Pista de categoría	____ (0–5; 88=No aplica)
1v.	Recuerdo diferido — Reconocimiento (pista de opción múltiple)	____ (0–5; 88=No aplica)
1w.	Orientación — Fecha (día del mes)	____ (0–1, 95–98)
1x.	Orientación — Mes	____ (0–1, 95–98)
1y.	Orientación — Año	____ (0–1, 95–98)
1z.	Orientación — Día de la semana	____ (0–1, 95–98)
1aa.	Orientación — Lugar	____ (0–1, 95–98)
1bb.	Orientación — Ciudad	____ (0–1, 95–98)

Sección 2 — Administración del resto de la batería

2a.	El resto de las pruebas posteriores al MoCA fueron administradas:	☐ 1 En el ADRC o clínica ☐ 2 En el hogar del participante ☐ 3 En persona — otro
2b.	Idioma de administración:	☐ 1 Inglés ☐ 2 Español ☐ 3 Otro (ESPECIFICAR): _____

Sección 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 SALTE A LA PREGUNTA 4a.)	____ (0–44, 95–98)
3b.	Número total de unidades recordadas, puntaje de parafraseo	____ (0–25)

Sección 4 — Copia de la Figura Compleja de Benson

4a.	Puntaje total en la copia de la figura de Benson (Si la prueba no fue completada, ingrese el código apropiado, 95–98)	____ (0–17, 95–98)
-----	--	--------------------

Sección 5 — Retención de Números: En Orden

5a.	Número de series correctas (Si la prueba no fue completada, ingrese el código apropiado, 95–98, y SALTE A LA PREGUNTA 6a.)	____ (0–14, 95–98)
5b.	Longitud de la serie correcta más larga	____ (0, 3–9)

Sección 6 — Retención de Números: Orden Inverso

6a.	Número de series correctas (Si la prueba no fue completada, indique el código 95–98, y SALTE A LA PREGUNTA 7a.)	____ (0–14, 95–98)
6b.	Longitud de la serie correcta más larga	____ (0, 2–8)

Sección 7 — Fluidez Verbal: Categorías Semánticas

7a.	Animales: Número total de animales generados en 60 segundos (Si la prueba no fue completada, indique el código 95–98)	____ (0–77, 95–98)
7b.	Vegetales/Verduras: Número total de vegetales generados en 60 segundos (Si la prueba no fue completada, indique el código 95–98)	____ (0–77, 95–98)

Sección 8 — Prueba de Rastreo (TMT)

8a.	PARTE A: Número total de segundos para completar la prueba (Si la prueba no fue completada en menos de 150 segundos, ingresar 150) (Si la prueba no fue completada, indique el código 995–998, y SALTE A LA PREGUNTA 8b.)	____ (0–150, 995–998)
	8a1. Número de errores de comisión	____ (0–40)
	8a2. Número de líneas correctas	____ (0–24)
8b.	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, y SALTE A LA PREGUNTA 9a.)	____ (0–300, 995–998)
	8b1. Número de errores de comisión	____ (0–40)
	8b2. Número de líneas correctas	____ (0–24)

Sección 9 — Recuerdo Diferido de la Figura Compleja de Benson

9a.	Puntaje total en el recuerdo diferido de la figura Benson después de una demora de 10 a 15 minutos (Si la prueba no fue completada, indique el código 95–98, y SALTE A LA PREGUNTA 10a.)	____ (0–17, 95–98)
9b.	¿Se reconoce el estímulo original entre las cuatro opciones?	☐ 0 No ☐ 1 Sí

Sección 10 — Historia de Craft 21 (Recuerdo diferido)

10a.	Número total de unidades recordadas, puntaje textual (Si la prueba no fue completada, indique el código 95-98, y SALTE A LA PREGUNTA 11a.)	____ (0-44, 95-98)
10b.	Número total de unidades recordadas, puntaje de parafraseo	____ (0-25)
10c.	Tiempo de la demora (minutos) (99=Desconocido)	____ (0-85 minutos)
10d.	Pista ("niño") necesaria	☐ 0 No ☐ 1 Sí

Sección 11 — Fluencia Verbal: Prueba Fonética

11a.	Número de palabras correctas con P generadas en 1 minuto (Si la prueba no fue completada, ingrese el código de motivo 95-98, y SALTE A LA PREGUNTA 11d.)	____ (0-40, 95-98)
11b.	Número de palabras con P repetidas en 1 minuto	____ (0-15)
11c.	Número de palabras que no comienzan con P y errores por incumplimiento de la regla en 1 minuto	____ (0-15)
11d.	Número total de palabras correctas con M generadas en 1 minuto (Si la prueba no fue completada, ingrese el código de motivo 95-98, y SALTE A LA PREGUNTA 12.)	____ (0-40, 95-98)
11e.	Número de palabras con M repetidas en un minuto	____ (0-15)
11f.	Número de palabras que no comienzan con M y errores por incumplimiento de la regla en 1 minuto	____ (0-15)
11g.	NÚMERO TOTAL de palabras correctas con P y M	____ (0-80)
11h.	NÚMERO TOTAL de errores de repetición de palabras con P y M	____ (0-30)
11i.	NÚMERO TOTAL de palabras que no comienzan con P/M y errores por incumplimiento de las reglas	____ (0-30)

12. ¿Qué prueba de aprendizaje verbal se administró?☐ 1 Rey AVL(COMPLETE LAS SECCIONES 12 & 13,
NO COMPLETE LAS SECCIONES 14 & 15)☐ 2 CERAD

(SALTE A LA SECCIÓN 14)

Sección 12 — Prueba de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey (Recuerdo Inmediato)Número total de palabras correctamente recordadas y número de intrusiones. (Si la prueba no se completó, ingrese el código de motivo 95-98. **SALTE A LA PREGUNTA 16a.**)

Intento	Recuerdo Total	# de intrusiones
Intento 1	12a. ____ (0-15, 95-98)	12b. ____ (Sin límite)
Intento 2	12c. ____ (0-15)	12d. ____ (Sin límite)
Intento 3	12e. ____ (0-15)	12f. ____ (Sin límite)
Intento 4	12g. ____ (0-15)	12h. ____ (Sin límite)
Intento 5	12i. ____ (0-15)	12j. ____ (Sin límite)
Lista B	12k. ____ (0-15)	12l. ____ (Sin límite)
Intento 6	12m. ____ (0-15)	12n. ____ (Sin límite)

Sección 13 — Prueba de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey (Recuerdo Demorado y Reconocimiento)

13a.	Recuerdo demorado total (Si la prueba no fue completada, ingrese el código de motivo 95-98. SALTE A LA PREGUNTA 16a.)	____ (0-15, 95-98)
13b.	Intrusiones	____ (Sin límite)
13c.	Tiempo de demora (minutos) (99=Desconocido)	____ (0-85 minutos)
13d.	Método de administración de la prueba de reconocimiento	☐ 1 Lista mostrada ☐ 2 Lista leída
13e.	Reconocimiento — Total correcto	____ (0-15)
13f.	Reconocimiento — Total de falsos positivos	____ (0-15)

Sección 14 — Aprendizaje Verbal CERAD (Inmediato)

Tarea de Memoria de Lista de Palabras J4: Número total de palabras correctamente recordadas y número de intrusiones

Intento	Recuerdo Total	No puede leer	# de intrusiones
Intento 1	14a. ____ (0–10, 95–98) <i>(Si la prueba no fue completada, ingrese el código de motivo 95–98. SALTE A LA PREGUNTA 16a.)</i>	14b. ____ (0–10)	14c. ____ (Sin límite)
Intento 2	14d. ____ (0–10)	14e. ____ (0–10)	14f. ____ (Sin límite)
Intento 3	14g. ____ (0–10)	14h. ____ (0–10)	14i. ____ (Sin límite)

Sección 15 — Aprendizaje Verbal CERAD (Recuerdo Diferido y Reconocimiento)

15a.	Tiempo de demora (minutos) (99=Desconocido)	____ (0–85 minutos)
15b.	Recuerdo de la Lista de Palabras J6: Número total de palabras correctamente recordadas <i>(Si la prueba no fue completada, ingrese el código de motivo 95–98, y SALTE A LA PREGUNTA 16a.)</i>	____ (0–10, 95–98)
15c.	Recuerdo de la Lista de Palabras J6: Número total de intrusiones	____ (Sin límite)
15d.	Reconocimiento de la Lista de Palabras J7: Total de Sí correctos <i>(Si la prueba no fue completada, ingrese el código de motivo 95–98, y SALTE A LA PREGUNTA 16a.)</i>	____ (0–10, 95–98)
15e.	Reconocimiento de la Lista de Palabras J7: Total de NO correctos	____ (0–10, 95–98)

Sección 16 — MINT (Prueba Multilingüe de Denominación)

16a.	Puntaje total <i>(Si la prueba no fue completada, indique el código 95–98, y SALTE A LA PREGUNTA 17a)</i>	____ (0–32, 95–98)
16b.	Total correctas sin clave semántica	____ (0–32)
16c.	Clave semántica: Número de claves proporcionadas	____ (0–32)
16d.	Clave semántica: Número de palabras correctas con clave (88 = No aplica)	____ (0–32, 88)
16e.	Clave fonológica: Número de claves proporcionadas	____ (0–32)
16f.	Clave fonológica: Número de palabras correctas con clave (88 = No aplica)	____ (0–32, 88)

Sección 17 — Evaluación global

17a.	De acuerdo al personal clínico (por ej., neuropsicólogo, neurólogo comportamental u otro profesional clínico calificado), el estado cognitivo general del participante 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 personal clínico no pudo emitir su opinión
------	---	--

Sección 18 — Validez de la respuesta del participante

Por favor, registre su impresión sobre si problemas de audición u otros factores influenciaron significativamente los resultados de las pruebas. Puede ser difícil de juzgar, pero esta información es útil para la adjudicación y los análisis de datos.

18a.	¿Qué tan válidas cree que son las respuestas del participante?	☐ 1 Muy válidas, probablemente una indicación precisa de las habilidades cognitivas del participante (TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ) ☐ 2 Cuestionablemente válidas, posiblemente una indicación inexacta de las habilidades cognitivas del participante ☐ 3 Inválidas, probablemente una indicación inexacta de las habilidades cognitivas del participante
18b.	¿Qué hace que las respuestas de este participante sean de validez cuestionable? <i>(Marque todas las que correspondan)</i>	18b1. ☐ 1 Impedimento auditivo 18b2. ☐ 1 Distracciones 18b3. ☐ 1 Interrupciones 18b4. ☐ 1 Falta de esfuerzo o desinterés 18b5. ☐ 1 Fatiga 18b6. ☐ 1 Problemas emocionales 18b7. ☐ 1 Asistencia no permitida 18b8. ☐ 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____

Formulario D1a: Síndrome Clínico

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

Idioma:
☐ 1 Inglés
☐ 2 Español

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico. Para más claridad y ejemplos, véase la [Guía de Codificación UDS, Formulario D1a](#). Marque sólo una casilla por pregunta.

1. Método de diagnóstico - las respuestas en este formulario se basan en el diagnóstico realizado por:

- ☐ 1 Un solo profesional clínico
☐ 2 Panel de consenso formal
☐ 3 Otro (por ej., dos o más profesionales clínicos u otro grupo informal)

Sección 1 – Nivel de deterioro – Cognición/comportamiento no afectado, SCD^a, MCI^a/MBI^a, o demencia

2. ¿El participante presenta:

1. Cognición normal (por ej., rendimiento cognitivo y estado funcional (es decir, CDR) considerados no afectados)?
Y
2. Comportamiento no afectado (es decir, el participante no exhibe cambios de comportamiento suficientes para diagnosticar MBI (ver sección de MBI que comienza en la pregunta 7) o demencia debido a FTL^a o DLB^a y/o dominios de comportamiento o lenguaje FTL^a=0)?
- ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 3**) ☐ 1 Sí (**CONTINUE A LA PREGUNTA 2a**)

*Nota: Para aquellos con un deterioro cognitivo prolongado que no representa un deterioro en su funcionamiento habitual, considere marcar la **Pregunta 5b** para un diagnóstico de "Deterioro Cognitivo, No MCI^a/demencia".*

Deterioro Cognitivo Subjetivo

- 2a. ¿Describe el participante 1) preocupaciones significativas sobre cambios en la cognición Y 2) no demuestra evidencia neuropsicológica de deterioro Y 3) no demuestra deterioro funcional? ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**) ☐ 1 Sí
- 2b. Como profesional clínico, ¿está seguro de que el deterioro cognitivo subjetivo es clínicamente significativo? ☐ 0 No (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**) ☐ 1 Sí (**TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ**)

Criterios de Demencia

Requisito #1:

El participante presenta síntomas cognitivos o de comportamiento (neuropsiquiátricos) que cumplen con todos los siguientes criterios:

- Interfiere con la capacidad de funcionar como antes en el trabajo o en las actividades habituales
- Representa un deterioro respecto a los niveles anteriores de funcionamiento
- No se explica por delirium o trastorno psiquiátrico severo
- Incluye deterioro cognitivo detectado y diagnosticado a través de una combinación de: 1) historial clínico; 2) evaluación objetiva (pruebas de tamizaje/cribado o evaluación neuropsicológica)

Requisito #2:

El participante debe presentar deterioro en uno* o más de los siguientes dominios:

- Deterioro en la capacidad para adquirir y recordar nueva información
 - Deterioro en el razonamiento y manejo de tareas complejas, juicio deficiente
 - Deterioro en habilidades visuoespaciales
 - Deterioro en funciones del lenguaje
 - Cambios en la personalidad, comportamiento o conducta
- *En caso de deterioro en un solo dominio (por ej., lenguaje en PPA, comportamiento en bvFTD, habilidades visuoespaciales en PCA^a, etc.), el participante no debe cumplir con los criterios para MCI.*

3. ¿Cumple el participante con los criterios para demencia?

- ☐ 0 No (**CONTINUE A LA PREGUNTA 4**)
☐ 1 Sí (**SALTE A LA PREGUNTA 6a**)

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 1 – Nivel de deterioro*continuación...***Criterios clínicos principales para MCI^a**

Marque todos los criterios que apliquen en la Pregunta 4.

4. ☐ 1 Preocupación clínica acerca de deterioro en la cognición del participante comparado con el nivel de funcionamiento cognitivo previo o habitual a lo largo de su vida (*por ej., basado en la opinión del participante, co-participante y/o juicio del profesional clínico, CDR SB^a 0.5+, etc.*)
- ☐ 1 Deterioro en uno o más dominios cognitivos, comparado con el nivel de funcionamiento cognitivo estimado previo o habitual, o respaldado por evidencia neuropsicológica longitudinal objetiva de deterioro
- ☐ 1 Independencia funcional preservada en gran medida O dependencia funcional que no está relacionada con el deterioro cognitivo (*por ej., basado en juicio clínico*)

Si se marcan los tres criterios, elija **1=Sí** para la Pregunta 4b. Si no se cumplen los tres criterios, elija **0=No** para la Pregunta 4b y considere un diagnóstico de **deterioro cognitivo, no MCI^a/demencia** en la Pregunta 5b. Si **solamente** el tercer criterio de MCI es seleccionado en la Pregunta 4, también elija **0=No** para la Pregunta 5b.

- 4b. ¿Cumple el participante con los tres criterios anteriores para MCI^a (amnésico o no amnésico)? ☐ 0 No (**CONTINUE A LA PREGUNTA 5**) ☐ 1 Sí (**SALTE A LA PREGUNTA 6a**)

Deterioro cognitivo, no MCI/demencia

El propósito de la categoría “Deterioro cognitivo, no MCI^a/demencia” es captar a aquellas personas con evidencia de deterioro cognitivo que no cumplen con los criterios formales de MCI^a.

Marque todos los criterios aplicables para deterioro cognitivo, no MCI^a/demencia en la Pregunta 5, utilizando cualquier dato relevante.

5. ☐ 1 Evidencia de impedimento funcional (*por ej., CDR SB^a>0 y/o FAS^a>0*), pero las pruebas cognitivas disponibles se consideran normales
- ☐ 1 Las pruebas cognitivas son anormales pero no hay preocupación clínica o impedimento funcional (*por ej., CDR SB^a=0 and FAS^a=0*)
- ☐ 1 Problemas cognitivos prolongados, que no representan un deterioro respecto a la función habitual del participante (*por ej., diferencias en el desarrollo temprano, TBI remoto, otra condición médica con efectos claros en la cognición*)
- ☐ 1 Otro (**ESPECIFIQUE**): _____

Si se cumple alguno de los criterios de la Pregunta 5, elija **1=Sí** para la Pregunta 5b.

- 5b. ¿Cumple el participante con algún criterio para deterioro cognitivo, no MCI^a/demencia? ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 7**) ☐ 1 Sí (**SALTE A LA PREGUNTA 7**)

Dominios afectados – Demencia y MCI^a

Elija los dominios que están afectados en la visita actual basado en el juicio clínico informado por el historial clínico y pruebas neuropsicológicas. Seleccione uno o más como **Afectado**; los demás se considerarán **no afectados** en la base de datos de NACC.

Nota sobre los **cambios en el comportamiento**: Para pacientes con *demencia* que presentan cambios en el comportamiento, registre la presencia de cambios conductuales aquí (no en la siguiente sección de MBI^a) marcando la Pregunta 6f como **Afectado** y la pregunta 7 como **0=No**. Para cambios en el comportamiento en el contexto de un MCI (o como síntoma aislado), considere un diagnóstico de MBI en la siguiente sección.

		Afectado
6a.	Memoria	☐ 1
6b.	Lenguaje	☐ 1
6c.	Atención	☐ 1
6d.	Función Ejecutiva	☐ 1
6e.	Visuoespacial	☐ 1
6f.	Comportamiento (<i>para participantes con demencia solamente; véase MBI para participantes con MCI</i>)	☐ 1
6g.	Apraxia	☐ 1

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 1 – Nivel de deterioro*continuación...***Criterios clínicos principales para Deterioro Conductual Leve (MBI^a)**

- El participante, co-participante o el profesional clínico ha identificado un cambio en el estado afectivo, la motivación, el contenido del pensamiento, el comportamiento o la personalidad del participante que es claramente diferente de su estado afectivo, motivación, contenido del pensamiento, comportamiento o personalidad habitual
- Los síntomas han estado presentes al menos de forma intermitente durante los últimos seis meses o más
- Inicio tardío (es decir, edad > ~50, a menos que se sospeche un síndrome neurodegenerativo de inicio temprano)
- No explicado por delirium u otro trastorno psiquiátrico según criterios del DSM (incluyendo inicio reciente, trastorno prolongado o recurrencia de trastorno prolongado)
- Los síntomas interfieren con al menos una de estas áreas: trabajo, relaciones interpersonales, actividades sociales
- Independencia mayormente preservada en otras habilidades funcionales (sin cambio respecto a la manera/nivel de funcionamiento previo, o utiliza ayudas o asistencia mínima)

7. ¿Cumple el participante con los criterios para MBI^a? (Si el participante cumple con los criterios para demencia, se excluye el diagnóstico de MBI^a.) ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 8**) ☐ 1 Sí (**CONTINUE A LA PREGUNTA 7a**)

Domínios afectados por MBI^a — Seleccione uno o más dominios afectados

(Nota: Si se indica "Sí" en algún dominio a continuación, el participante debe tener un síntoma correspondiente marcado en el Formulario B9 — Juicio Clínico de Síntomas, ya sea entre los síntomas específicos indicados allí o en "otro")

	No	Sí
7a. Motivación (por ej., síntomas de apatía en el Formulario B9)	☐ 0	☐ 1
7b. Regulación afectiva (por ej., ansiedad, irritabilidad, depresión y/o euforia en el Formulario B9)	☐ 0	☐ 1
7c. Control de impulsos (por ej., obsesiones/compulsiones, cambio de personalidad y/o síntomas de abuso de sustancias en el Formulario B9)	☐ 0	☐ 1
7d. Comportamiento social (por ej., síntomas de desinhibición, cambio de personalidad y/o pérdida de empatía en el Formulario B9)	☐ 0	☐ 1
7e. Contenido del pensamiento/percepción (por ej., delirios y/o alucinaciones en el Formulario B9)	☐ 0	☐ 1

Sección 2 – Síndrome clínico

El propósito de la Sección 2 es asignar un síndrome clínico predominante a los participantes con demencia y, cuando corresponda, MCI^a o MBI^a, utilizando todos los datos clínicos, de examen y neuropsiquiátricos disponibles. Esto debe hacerse utilizando información clínica y pruebas cognitivas/neuropsicológicas, **idealmente sin hacer referencia a los datos de biomarcadores** (que se incorporan en la sección de Diagnósticos Etiológicos en el Formulario D1b). Esto no siempre es posible, por lo que la Pregunta 9 permite a los centros registrar cuando se conocen datos de biomarcadores y si éstos pueden haber influido en el diagnóstico clínico.

8. ¿Existe un síndrome clínico predominante? Tenga en cuenta que es posible que un participante no cumpla con ningún criterio clínico o no tenga un síndrome clínico predominante (por ej., esto es común en MCI^a y "deterioro, no MCI^a"). En este caso, seleccione "No". ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 10**) ☐ 1 Sí

Seleccione como "Presente" al síndrome predominante; todos los demás se codificarán automáticamente como "Ausentes" en la base de datos de NACC.

	Presente
8a. Síndrome predominantemente amnésico	☐ 1
8b. Síndrome predominantemente disececutivo	☐ 1
8c. Presentación primaria visual (como síndrome de atrofia cortical posterior (PCA ^a))	☐ 1
8d. Afasia progresiva primaria (PPA ^a):	☐ 1
8d1. Si está presente, seleccione uno:	
☐ 1 PPA ^a semántica	
☐ 2 PPA ^a logopénica	
☐ 3 PPA ^a no fluente/agráfica	
☐ 5 Apraxia progresiva primaria del habla	
☐ 4 Otra PPA/no especificada	
8e. Variante comportamental del síndrome de demencia frontotemporal (bvFTD ^a)	☐ 1
8f. Síndrome de cuerpos de Lewy	☐ 1
8f1. Si está presente, seleccione uno:	
☐ 1 Demencia con cuerpos de Lewy	
☐ 2 Enfermedad de Parkinson	
☐ 3 Síndrome de demencia por enfermedad de Parkinson	

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 2 – Síndrome clínico*continuación...*

		Presente
8g.	Síndrome multidominio no amnésico de dominio múltiple, no PCA ^a , PPA ^a bvFTD ^a o DLB ^a	☐ 1
8h.	Síndrome de parálisis supranuclear progresiva (PSP ^a)	☐ 1
8h1.	Si está presente, seleccione uno: ☐ 1 Criterios del síndrome de Richardson ☐ 2 No-Richardson	
8i.	Síndrome de encefalopatía traumática	☐ 1
8j.	Síndrome corticobasal (CBS ^a)	☐ 1
8k.	Atrofia multisistémica (MSA ^a)	☐ 1
8k1.	Si está presente, seleccione uno: ☐ 1 MSA-Tipo cerebeloso ☐ 2 MSA-Tipo Parkinsoniano ☐ 3 MSA-Disautonomía predominante	
8l.	Otro (ESPECIFIQUE): _____	☐ 1

9. Indique la/s fuente/s de información utilizada/s para asignar el síndrome clínico:
 Seleccione uno o más como **Sí**; todos los demás se considerarán **No** en la base de datos de NACC.

		Sí
9a.	Información clínica (historial, CDR)	☐ 1
9b.	Pruebas cognitivas	☐ 1
9c.	Biomarcadores (MRI ^a , PET ^a , CSF ^a , plasma)	☐ 1

Sección 3 – Condiciones primarias o contribuyentes de origen no neurodegenerativo o cardiovascular

El propósito de la Sección 3 es identificar condiciones o trastornos potencialmente contribuyentes al síndrome clínico. Esto debe completarse para aquellos participantes con deterioro cognitivo o conductual (es decir, MCI^a, MBI^a, demencia, etc.) Indique si la condición en cuestión es causa primaria, contribuyente o no contribuyente al deterioro observado, basándose en el mejor juicio del clínico.

Seleccione uno o más síndromes como **Presente**; si no hay una condición primaria o contribuyente de origen no neurodegenerativo o cardiovascular, deje todas las condiciones en blanco. Todas las demás se considerarán **Ausentes** en la base de datos de NACC. *Solo se debe seleccionar un diagnóstico como 1 = Primario.*

*Para diagnosticar un trastorno, **los criterios DSM-5-TR requieren** que los síntomas causen malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. Para obtener más información, consulte la **Guía de Codificación UDS, Formulario D1a**.

Condición		Presente	Primaria	Contribuyente	No contribuyente
10.	Trastorno depresivo (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	10a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
11.	Otro trastorno depresivo especificado (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	11a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
12.	Trastorno bipolar (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	12a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
13.	Esquizofrenia u otro trastorno psicótico (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	13a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14.	Trastorno de ansiedad (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	14a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
Si está presente, (ESPECIFIQUE) (marque todas las que correspondan):					
14b.	☐ 1 Trastorno de ansiedad generalizada				
14c.	☐ 1 Trastorno de pánico				
14d.	☐ 1 Trastorno obsesivo-compulsivo				
14e.	☐ 1 Otro (ESPECIFIQUE) : _____				

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 3 – Condiciones primarias o contribuyentes de origen no neurodegenerativo o cardiovascular*continuación...*

Condición		Presente		Primaria	Contribuyente	No contribuyente
15.	Trastorno de estrés postraumático (PTSD) ^a (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	15a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16.	Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo (<i>por ej., trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dislexia</i>)	☐ 1	16a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
17.	Delirium (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	17a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18.	Otro trastorno psiquiátrico (criterios DSM-5-TR*)	☐ 1	18a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18b. Si está presente , (ESPECIFIQUE) : _____						
19.	Lesión cerebral traumática (<i>Distinto de TES^a y CTE^a, que están documentados como un Síndrome Clínico y Diagnóstico Etiológico, respectivamente</i>)	☐ 1	19a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
20.	Epilepsia	☐ 1	20a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
21.	Hidrocefalia de presión normal	☐ 1	21a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
22.	Neoplasia del sistema nervioso central	☐ 1	22a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
22b. Si está presente , seleccione uno: ☐ 1 Benigna ☐ 2 Maligna						
23.	Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV ^a)	☐ 1	23a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
24.	Deterioro cognitivo post COVID-19	☐ 1	24a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
25.	Apnea del sueño (<i>es decir, apnea obstructiva, central, mixta o compleja</i>)	☐ 1	25a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
26.	Deterioro cognitivo debido a otras condiciones neurológicas, genéticas, infecciosas (<i>no mencionadas anteriormente</i>), o enfermedad sistémica/enfermedad médica (<i>según se indica en el Formulario A5/D2</i>)	☐ 1	26a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
26b. Si está presente , (ESPECIFIQUE): _____						
27.	Deterioro cognitivo debido al consumo o abuso de alcohol	☐ 1	27a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
28.	Deterioro cognitivo debido al uso o abuso de sustancias	☐ 1	28a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
29.	Deterioro cognitivo debido a medicamentos	☐ 1	29a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
30.	Deterioro cognitivo no especificado	☐ 1	30a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
30b. Si está presente , (ESPECIFIQUE): _____						
31.	Deterioro cognitivo no especificado	☐ 1	31a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
31b. Si está presente , (ESPECIFIQUE): _____						
32.	Deterioro cognitivo no especificado	☐ 1	32a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
32b. Si está presente , (ESPECIFIQUE): _____						

^aconsultar glosario al final del documento

^aGlosario de abreviaturas por sus siglas en inglés

Abreviatura	Nombre de Español	Nombre de Inglés
<i>bvFTD</i>	<i>Demencia Frontotemporal Variante Conductual</i>	<i>Behavioral Variant Frontotemporal Dementia</i>
<i>CBS</i>	<i>Síndrome Corticobasal</i>	<i>Corticobasal Syndrome</i>
<i>CDR SB</i>	<i>Suma de Casillas del CDR</i>	<i>CDR Sum of Boxes</i>
<i>CSF</i>	<i>Líquido Ceforraquídeo</i>	<i>Cerebrospinal Fluid</i>
<i>CTE</i>	<i>Encefalopatía Traumática Crónica</i>	<i>Chronic Traumatic Encephalopathy</i>
<i>DLB</i>	<i>Demencia con Cuerpos de Lewy</i>	<i>Dementia with Lewy Bodies</i>
<i>DSM-5-TR</i>	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión del Texto</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision</i>
<i>FAS</i>	<i>Escala de Evaluación Funcional</i>	<i>Functional Assessment Scale</i>
<i>FTLD</i>	<i>Degeneración Lobar Frontotemporal</i>	<i>Frontotemporal Lobar Degeneration</i>
<i>HIV</i>	<i>Virus de la Inmunodeficiencia Humana</i>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<i>MBI</i>	<i>Deterioro Conductual Leve</i>	<i>Mild Behavioral Impairment</i>
<i>MCI</i>	<i>Deterioro Cognitivo Leve</i>	<i>Mild Cognitive Impairment</i>
<i>MRI</i>	<i>Resonancia Magnética</i>	<i>Magnetic Resonance Imaging</i>
<i>MSA</i>	<i>Atrofia Multisistémica</i>	<i>Multiple System Atrophy</i>
<i>PCA</i>	<i>Atrofia Cortical Posterior</i>	<i>Posterior Cortical Atrophy</i>
<i>PET</i>	<i>Tomografía por Emisión de Positrones</i>	<i>Positron Emission Tomography</i>
<i>PPA</i>	<i>Afasia Progresiva Primaria</i>	<i>Primary Progressive Aphasia</i>
<i>PSP</i>	<i>Parálisis Supranuclear Progresiva</i>	<i>Progressive Supranuclear Palsy</i>
<i>PTSD</i>	<i>Trastorno de Estrés Postraumático</i>	<i>Post traumatic Stress Disorder</i>
<i>SCD</i>	<i>Deterioro Cognitivo Subjetivo</i>	<i>Subjective Cognitive Complaint</i>
<i>TBI</i>	<i>Traumatismo Craneoencefálico</i>	<i>Traumatic Brain Injury</i>
<i>TES</i>	<i>Síndrome de Encefalopatía Traumática</i>	<i>Traumatic Encephalopathy Syndrome</i>

Formulario D1b: Diagnóstico Etiológico y Biomarcadores

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

Idioma:
☐ 1 Inglés
☐ 2 Español

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el profesional clínico para todos los participantes, incluidos aquellos sin deterioro cognitivo. Para obtener aclaraciones adicionales y ejemplos, consulte la [Guía de Codificación UDS, Formulario D1b](#). Marque solo una casilla por pregunta.

1. ¿Se utilizaron resultados de biomarcadores para respaldar el diagnóstico etiológico actual? (Tenga en cuenta cualquier resultado de biomarcadores en cualquier momento que pueda ser clínicamente relevante)
- ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 12**)
☐ 1 Sí (**CONTINÚE A LA PREGUNTA 2**)

Sección 1 – Biomarcadores e imágenes

Complete esta sección si utilizó alguna de las siguientes medidas de biomarcadores para **respaldar o excluir** un presunto diagnóstico etiológico, incluidos individuos sin deterioro cognitivo que tienen caracterización de biomarcadores. Por favor, complete a continuación la lista de verificación para cada fuente de datos disponible y responda a las preguntas relacionadas para cada dato de respaldo. Luego complete **la Sección 2: Diagnóstico Etiológico**. El propósito de esta sección es registrar qué tipo de información fue utilizada por el profesional clínico (o por consenso) para informar un diagnóstico etiológico. Esta sección no pretende capturar valores específicos o registrar la disponibilidad de muestras.

Fluidos

2. **Biomarcadores Fluidos** – ¿Se utilizaron biomarcadores fluidos para evaluar el diagnóstico etiológico?
- ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 5**)
☐ 1 Sí, solo se utilizaron biomarcadores en sangre (**CONTINÚE A LA PREGUNTA 3, y SALTE LAS PREGUNTAS 4 – 4d**)
☐ 2 Sí, solo se utilizaron biomarcadores en CFS (**SALTE LA PREGUNTA 4**)
☐ 3 Sí, se utilizaron biomarcadores en sangre y CFS

Por favor utilice las siguientes preguntas para indicar los resultados de la/s prueba/s de biomarcadores fluidos utilizados por el profesional clínico (o por consenso) para determinar el diagnóstico etiológico en esta visita.

Si se utilizaron biomarcadores fluidos para excluir un diagnóstico etiológico, seleccione **0=No**. Si se encontró que un biomarcador fluido era consistente con un diagnóstico, seleccione **1=Sí**. Si se encontró que un biomarcador fluido fue indeterminado, seleccione **9**. En casos en los que una o más de las etiologías enumeradas no fueron evaluadas utilizando biomarcadores fluidos, seleccione **8**.

3. Biomarcadores en Sangre		No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
3a.	Consistente con Enfermedad de Alzheimer (AD ^a)	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
3b.	Consistente con Degeneración Frontotemporal (FTLD ^a)	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
3c.	Consistente con Enfermedad de Cuerpos de Lewy (LBD ^a)	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
3d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 1 – Biomarcadores e imágenes*continuación...*

4. Biomarcadores en Líquido Cefalorraquídeo (CSF ^a)	No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
4a. Consistente con AD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
4b. Consistente con FTLT ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
4c. Consistente con LBD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
4d. Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8

Imágenes

5. Imágenes – ¿Se utilizaron imágenes para evaluar el diagnóstico etiológico?	☐ 0 No (SALTE LA PREGUNTA 8) ☐ 1 Sí, solo se utilizaron imágenes de PET ^a /SPECT ^a (CONTINÚE A LA PREGUNTA 6, y SALTE LAS PREGUNTAS 7 – 7a3f) ☐ 2 Sí, solo se utilizaron imágenes de MRI ^a (SALTE LA PREGUNTA 7) ☐ 3 Sí, se utilizaron PET ^a /SPECT ^a y MRI ^a
--	--

Por favor utilice las siguientes preguntas para indicar los resultados de los estudios de imágenes utilizados por el profesional clínico (o por consenso) para determinar el diagnóstico etiológico en esta visita.

Si se utilizaron imágenes para excluir un diagnóstico etiológico, seleccione **0=No, inconsistente**. Si se encontró que las imágenes eran consistentes con un diagnóstico, seleccione **1=Sí, consistente**. Si se encontró que las imágenes eran indeterminadas, seleccione **9**. En casos donde una o más de las etiologías enumeradas no fueron evaluadas con estudios de imágenes, seleccione **8**.

6. PET^a/SPECT^a

6a. PET^a con marcador/trazador – ¿Se utilizaron medidas PET con trazador en la evaluación de un diagnóstico etiológico?	☐ 0 No (SALTE LA PREGUNTA 6b) ☐ 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales ☐ 2 Sí, los resultados fueron indeterminados
---	---

Si se utilizaron en el diagnóstico, indique los resultados:		No	Sí	Indeterminado	No evaluado
6a1.	Amiloide elevado	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6a2.	Patología tau elevada	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8

6b. FDG^a PET^a – ¿Se utilizó información o datos de FDG PET para respaldar un diagnóstico etiológico?	☐ 0 No (SALTE LA PREGUNTA 6c) ☐ 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales ☐ 2 Sí, los resultados fueron indeterminados
---	---

	No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
6b1. Consistente con AD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6b2. Consistente con FTLT ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6b3. Consistente con LBD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6b4. Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8

6c. DAT Scan^a – ¿Se utilizó información o datos de un DAT scan ^a para respaldar un diagnóstico etiológico?	☐ 0 No ☐ 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales ☐ 2 Sí, los resultados fueron indeterminados
---	---

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 1 – Biomarcadores e imágenes*continuación...*

6d. Otras imágenes con trazadores - ¿Se utilizaron otras imágenes con trazadores para respaldar un diagnóstico etiológico? **(ESPECIFIQUE):** _____

- ☐ 0 No (**SALTE LA PREGUNTA 7a**)
☐ 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales
☐ 2 Sí, los resultados fueron indeterminados

		No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
6b1.	Consistente con AD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6b2.	Consistente con FTLD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6b3.	Consistente con LBD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
6b4.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8

7. Imágenes Estructurales

7a. Imágenes estructurales (es decir, MRI^a o CT^a) – ¿Se utilizó información o datos de imágenes estructurales para respaldar un diagnóstico etiológico?

- ☐ 0 No (**SALTE LA PREGUNTA 8**)
☐ 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales
☐ 2 Sí, los resultados fueron indeterminados

		No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
7a1.	Patrón de atrofia consistente con AD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a2.	Patrón de atrofia consistente con FTLD ^a	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a3.	Consistente con enfermedad cerebrovascular (CVD ^a)	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
Si hay evidencia de CVD ^a en las imágenes, indique los hallazgos:			No Sí	Indeterminado	No evaluado
7a3a.	Infarto(s) de vaso sanguíneo mayor	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a3b.	Infarto(s) lacunares	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a3c.	Macrohemorragia(s)	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a3d.	Microhemorragia(s)	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a3e.	Hiperintensidad de sustancia blanca	☐ 0	☐ 1	☐ 9	☐ 8
7a3e1.	Si SI, marque el nivel de severidad: ☐ 1 Hiperintensidad de sustancia blanca moderada (puntuación de CHS 5-6) ☐ 2 Hiperintensidad de sustancia blanca extensa (puntuación de CHS 7-8+)				

Otras modalidades de biomarcadores (por ej., tejidos, piel, imágenes de retina)

Por favor utilice las siguientes preguntas para indicar los resultados de cualquier otra modalidad de biomarcadores utilizada por el profesional clínico (o en consenso) para respaldar el diagnóstico etiológico en esta visita.

Si una modalidad de biomarcadores se utilizó para excluir un diagnóstico etiológico, seleccione **0=No**. Si una modalidad de biomarcadores resultó consistente con un diagnóstico, seleccione **1=Sí**. Si una modalidad de biomarcadores resultó indeterminada, seleccione **9**. En casos donde una o más de las etiologías enumeradas no fueron evaluadas utilizando una modalidad de biomarcadores, seleccione **8**.

8. Otra modalidad de biomarcadores - ¿Se utilizó otra modalidad de biomarcadores para respaldar un diagnóstico etiológico? **(ESPECIFIQUE):** _____

- ☐ 0 No (**SALTE LA PREGUNTA 11**)
☐ 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales
☐ 2 Sí, los resultados fueron indeterminados

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 1 – Biomarcadores e imágenes*continuación...*

		No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
8a.	Consistente con AD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
8b.	Consistente con FTLD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
8c.	Consistente con LBD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
8d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈

9. **Otra modalidad de biomarcadores** - ¿Se utilizó otra modalidad de biomarcadores para respaldar un diagnóstico etiológico?
(ESPECIFIQUE): _____

☐₀ No (SALTE LA PREGUNTA 11)
☐₁ Sí, los resultados fueron normales o anormales
☐₂ Sí, los resultados fueron indeterminados

		No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
9a.	Consistente con AD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
9b.	Consistente con FTLD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
9c.	Consistente con LBD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
9d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈

10. **Otra modalidad de biomarcadores** - ¿Se utilizó otra modalidad de biomarcadores para respaldar un diagnóstico etiológico?
(ESPECIFIQUE): _____

☐₀ No (SALTE LA PREGUNTA 11)
☐₁ Sí, los resultados fueron normales o anormales
☐₂ Sí, los resultados fueron indeterminados

		No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
10a.	Consistente con AD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
10b.	Consistente con FTLD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
10c.	Consistente con LBD ^a	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈
10d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₉	☐ ₈

Apoyo genético

11. ¿Hay alguna variante patogénica autosómica dominante que respalde un diagnóstico etiológico?

☐₀ No
☐₁ Sí
☐₉ Desconocido/No divulgado

^aconsultar glosario al final del documento

Sección 2 – Diagnósticos etiológicos

Utilizando todos los datos disponibles (es decir, clínicos, cognitivos, de biomarcadores), por favor proporcione un diagnóstico etiológico.

Para aquellos participantes sin datos de biomarcadores, ingrese el diagnóstico etiológico que **se sospecha**.

Debe completarse para todos los participantes. Indique si una condición dada es causa primaria, contribuyente o no contribuyente al impedimento observado, según el criterio del profesional clínico. Seleccione uno o más diagnósticos etiológicos de las preguntas (a continuación) como **Presente**; todos los demás se establecerán como **Ausente** en la base de datos de NACC. Solo se debe seleccionar un diagnóstico como **1 = Primario**.

Para los participantes sin impedimento: Utilice los procedimientos de su centro para determinar si la etiología está presente y es primaria, contribuyente o no contribuyente, o deje las casillas de verificación en blanco.

Diagnósticos Etiológicos		Presente	Primario	Contribuyente	No contribuyente
12.	Enfermedad de Alzheimer	☐ 1	12a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
13.	Enfermedad de cuerpos de Lewy	☐ 1	13a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14.	Degeneración frontotemporal (FTLD)	☐ 1			
Si está presente , seleccione todos los que apliquen:					
14a.	Parálisis supranuclear progresiva (PSP ^a)	☐ 1	14a1. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14b.	Degeneración corticobasal (CBD ^a)	☐ 1	14b1. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14c.	FTLD ^a con enfermedad de neurona motora	☐ 1	14c1. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14d.	FTLD ^a - no especificada	☐ 1	14d1. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
14e.	Si FTLD ^a (PREGUNTA 14) está presente, especifique el subtipo de FTLD ^a : ☐ 1 Tauopatía ☐ 2 Proteinopatía tipo TDP-43 ☐ 3 Otro (ESPECIFIQUE): _____ ☐ 9 Desconocido				
15.	Lesión cerebrovascular (basada en evidencia clínica y de imágenes según los estándares de su centro)	☐ 1	15a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
16.	Atrofia multisistémica	☐ 1	16a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
17.	Encefalopatía traumática crónica (CTE ^a)	☐ 1	17a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
17b.	Si CTE (PREGUNTA 17) está presente especifique grado de certeza: ☐ 1 Sugestivo de CTE ☐ 2 CTE Posible ☐ 3 CTE Probable				
18.	Síndrome de Down	☐ 1	18a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
19.	Enfermedad de Huntington	☐ 1	19a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
20.	Enfermedad por priones (Creutzfeldt-Jakob [CJD ^a], otra)	☐ 1	20a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
21.	Angiopatía cerebral amiloidea	☐ 1	21a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
22.	Encefalopatía de predominio límbico por TDP-43 relacionada con la edad (LATE ^a)	☐ 1	22a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
23.	Otro (ESPECIFIQUE): _____	☐ 1	23a. ☐ 1	☐ 2	☐ 3

^aconsultar glosario al final del documento

^aGlosario de abreviaturas por sus siglas en inglés

Abreviatura	Nombre en Español	Nombre en Inglés
AD	Enfermedad de Alzheimer (EA)	Alzheimer's disease
CBD	Degeneración Corticobasal	Corticobasal Degeneration
CFS	Líquido Ceforraquídeo	Cerebrospinal Fluid
CJD	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	Creutzfeldt-Jakob disease
CT	Tomografía Computarizada	Computerized Tomography
CTE	Encefalopatía Traumática Crónica	Chronic Traumatic Encephalopathy
CVD	Enfermedad Cerebrovascular	Cerebrovascular disease
DAT-Scan	Escaneo/Exploración del Transportador de Dopamina (DAT)	Dopamine Transporter (DAT) Scan
FDG	Fluorodesoxiglucosa	Fluorodeoxyglucose
FTLD	Degeneración Frontotemporal	Frontotemporal Lobar Degeneration
LATE	Encefalopatía de Predominio Límbico por TDP-43 Relacionada con la Edad	Limbic-Predominant Age-Related TDP-43 Encephalopathy
LBD	Enfermedad de Cuerpos de Lewy	Lewy Body Disease
MRI	Imagen de Resonancia Magnética	Magnetic Resonance Imaging
PET	Tomografía por Emisión de Positrones	Positron Emission Tomography
PSP	Parálisis Supranuclear Progresiva	Progressive Supranuclear Palsy
SPECT	Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único	Single Photon Emission Computerized Tomography