

## Formulario A2: Información Demográfica del Co-Participante

ADRC:	PTID:	Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____	Visita #: ____	Iniciales del Examinador : ____
Idioma: <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	Modo: <input type="checkbox"/> 1 En persona <input type="checkbox"/> 2 Remoto (razón): ____ <input type="checkbox"/> 1 Teléfono <input type="checkbox"/> 2 Video <input type="checkbox"/> 3 No completado (razón): ____	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra	Clave (razón por la que no se completó): 92=No hay co-participante 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente	

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

### Sección 1 — Relación del Co-Participante con el Participante

1. ¿Cuál es la relación del co-participante con el participante?	<input type="checkbox"/> 1 Esposo/a, pareja, compañero/a (incluyendo ex-esposo/a, ex-pareja, prometido/a, novio/a) <input type="checkbox"/> 2 Hijo/a (biológico/a, hijastro/a, adoptado/a) <input type="checkbox"/> 3 Hermano/a (biológico/a, hermanastro/a, adoptado/a) <input type="checkbox"/> 4 Otro familiar (biológico, adquirido por matrimonio, adoptado) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 6 Cuidador/a profesional, proveedor/a de la salud o profesional clínico		
2. ¿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)		
3. ¿Vive el co-participante con el participante?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí ( <b>SALTE A LA PREGUNTA 5</b> )		
4. ¿Cuál es el modo principal de contacto con el participante?	<input type="checkbox"/> 1 En persona <input type="checkbox"/> 2 Teléfono <input type="checkbox"/> 3 Videollamada		
4a1. ¿Aproximadamente, con qué frecuencia tiene contacto con el participante?	<input type="checkbox"/> 1 Diariamente <input type="checkbox"/> 2 Al menos tres veces por semana <input type="checkbox"/> 3 Semanalmente		
4a2. ¿Cuál es el tiempo promedio de contacto con el participante durante cada encuentro? (Por favor incluya el promedio de todos los tipos de encuentro).	<input type="checkbox"/> 1 Menos de 5 minutos <small>(puede ser por mensaje de texto, correo electrónico u otros medios de contacto)</small> <input type="checkbox"/> 2 5-15 minutos <input type="checkbox"/> 3 15-30 minutos <input type="checkbox"/> 4 30-60 minutos <input type="checkbox"/> 5 Más de una hora		
5. ¿Tiene dudas sobre qué tan confiable es la información provista por el co-participante?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí		

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

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

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