



BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC

# Paquete de Visita Inicial

**UDSv4.0, Diciembre 2025**

Copyright© 2006, 2008, 2015, 2017, 2020, 2025 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 Interina). Adaptado el 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

<b>Formulario A1:</b> Información Demográfica del Participante	<b>3</b>
<b>Formulario A1a:</b> Determinantes Sociales de la Salud	<b>11</b>
<b>Formulario A2:</b> Información Demográfica del Co-Participante	<b>17</b>
<b>Formulario A3:</b> Historia Familiar del Participante	<b>18</b>
<b>Formulario A4:</b> Medicamentos del Participante	<b>21</b>
<b>Formulario A4a:</b> Tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas	<b>23</b>
<b>Formulario A5/D2:</b> Historial de Salud del Participante / Condiciones Médicas Evaluadas por el Profesional Clínico	<b>25</b>
<b>Formulario B1:</b> FORMULARIO DE EVALUACIÓN - Signos Vitales y Antropometría	<b>32</b>
<b>Formulario B3:</b> Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS) - Examen Motor	<b>34</b>
<b>Formulario B4:</b> CDR Instrumento para la Identificación de Etapas de la Demencia y Dominios del Comportamiento y Lenguaje NACC FTLN (CDR con NACC FTLN)	<b>39</b>
<b>Formulario B5:</b> EVALUACIÓN CONDUCTUAL - Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q)	<b>41</b>
<b>Formulario B6:</b> EVALUACIÓN CONDUCTUAL - Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	<b>43</b>
<b>Formulario B7:</b> EVALUACIÓN FUNCIONAL - Escala de Evaluación Funcional de NACC (FAS)	<b>44</b>
<b>Formulario B8:</b> EVALUACIÓN - Hallazgos de la Evaluación Neurológica	<b>45</b>
<b>Formulario B9:</b> Juicio Clínico de los Síntomas	<b>48</b>
<b>Formulario C2:</b> Puntajes de la Batería Neuropsicológica	<b>53</b>
<b>Formulario D1a:</b> Síndrome Clínico	<b>57</b>
<b>Formulario D1b:</b> Diagnóstico Etiológico y Biomarcadores	<b>63</b>

## Formulario A1: Información Demográfica del Participante

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

<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	<b>Administración:</b> <input type="checkbox"/> 1 Autoadministrado <input type="checkbox"/> 2 Administrado por personal del estudio	<b>Modo:</b> <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 Correo <input type="checkbox"/> 4 Electrónicamente (por ej., correo electrónico)	<b>Clave (razón remoto):</b> 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

1. ¿En qué mes y año nació (MM /AAAA)? ____ / ____ / ____	
2. ¿En qué país o región pasó la mayor parte de su niñez? (Registre código de tres caracteres del Apéndice 1)	Códigos comunes: USA – Estados Unidos de América; CAN – Canadá; MEX – México
3. ¿Cuál es su etnia y/o raza? (Marque todas las respuestas que apliquen e incluya detalles adicionales en el espacio en blanco.)	
3a. <input type="checkbox"/> 1 Indígena Americana o Nativa de Alaska (ESPECIFIQUE, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu Blackfeet de la Reserva Indígena de Blackfeet Montana, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Comunidad Esquimal Nome, Azteca, Maya): _____  3b. <input type="checkbox"/> 1 Asiática 3b1. <input type="checkbox"/> 1 China 3b2. <input type="checkbox"/> 1 Indoasiática 3b3. <input type="checkbox"/> 1 Filipina 3b4. <input type="checkbox"/> 1 Vietnamita 3b5. <input type="checkbox"/> 1 Coreana 3b6. <input type="checkbox"/> 1 Japonesa 3b7. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE, por ej., paquistaní, hmong, afgana): _____  3c. <input type="checkbox"/> 1 Negra o Afroamericana 3c1. <input type="checkbox"/> 1 Afroamericana 3c2. <input type="checkbox"/> 1 Jamaicana 3c3. <input type="checkbox"/> 1 Haitiana 3c4. <input type="checkbox"/> 1 Nigeriana 3c5. <input type="checkbox"/> 1 Etíope 3c6. <input type="checkbox"/> 1 Somalí 3c7. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE, por ej., trinitense, ghanesa, congoleña): _____  3d. <input type="checkbox"/> 1 Hispana o Latina 3d1. <input type="checkbox"/> 1 Mexicana 3d2. <input type="checkbox"/> 1 Puertorriqueña 3d3. <input type="checkbox"/> 1 Salvadoreña 3d4. <input type="checkbox"/> 1 Cubana 3d5. <input type="checkbox"/> 1 Dominicana 3d6. <input type="checkbox"/> 1 Guatemalteca 3d7. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE, por ej., colombiana, hondureña, española): _____	3e. <input type="checkbox"/> 1 Del Medio Oriente o Norte de África 3e1. <input type="checkbox"/> 1 Libanesa 3e2. <input type="checkbox"/> 1 Iraní 3e3. <input type="checkbox"/> 1 Egipcia 3e4. <input type="checkbox"/> 1 Siria 3e5. <input type="checkbox"/> 1 Iraquí 3e6. <input type="checkbox"/> 1 Israelí 3e7. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE, por ej., marroquí, yemení, kurdo/a): _____  3f. <input type="checkbox"/> 1 Nativa Hawaiana o de las Islas del Pacífico 3f1. <input type="checkbox"/> 1 Nativa Hawaiana 3f2. <input type="checkbox"/> 1 Samoana 3f3. <input type="checkbox"/> 1 Chamorra 3f4. <input type="checkbox"/> 1 Tongana 3f5. <input type="checkbox"/> 1 Fiyiana 3f6. <input type="checkbox"/> 1 Marshalesa 3f7. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE, por ej., chuukés, palauana, tahitiana): _____  3g. <input type="checkbox"/> 1 Blanca 3g1. <input type="checkbox"/> 1 Inglesa 3g2. <input type="checkbox"/> 1 Alemana 3g3. <input type="checkbox"/> 1 Irlandesa 3g4. <input type="checkbox"/> 1 Italiana 3g5. <input type="checkbox"/> 1 Polaca 3g6. <input type="checkbox"/> 1 Escocesa 3g7. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE, por ej., francesa, sueca, noruega): _____  3h. <input type="checkbox"/> 1 No sé

**Sección 1 — Características demográficas***continuación...*

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 le asignó al nacer o de su orientación sexual y puede cambiar con el tiempo.

<b>4.</b> ¿Qué término/s describen mejor su identidad de género actual? <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>4a.</b> <input type="checkbox"/> 1 Hombre <b>4b.</b> <input type="checkbox"/> 1 Mujer <b>4c.</b> <input type="checkbox"/> 1 Hombre transgénero o trans <b>4d.</b> <input type="checkbox"/> 1 Mujer transgénero o trans <b>4e.</b> <input type="checkbox"/> 1 No binario / queer / no conforme <b>4f.</b> <input type="checkbox"/> 1 Dos espíritus (si es nativo americano o nativo de Alaska) <b>4g.</b> <input type="checkbox"/> 1 Utilizo un término diferente ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____ <b>4h.</b> <input type="checkbox"/> 1 No sé <b>4i.</b> <input type="checkbox"/> 1 Prefiero no contestar
<b>5.</b> ¿Cuál fue el sexo que se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original?	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <input type="checkbox"/> 9 No sé <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
<b>6.</b> ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha diagnosticado con una condición intersexual o "Diferencia del Desarrollo Sexual (DDS)" o nació con (o desarrolló naturalmente en la pubertad) genitales, órganos reproductivos, y/o patrones de cromosomas que no siguen las definiciones estándar de hombre o mujer?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 No sé <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
<b>7.</b> ¿Qué término/s describe/n mejor su orientación sexual? <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>7a.</b> <input type="checkbox"/> 1 Homosexual, gay o lesbiana <b>7b.</b> <input type="checkbox"/> 1 Heterosexual <b>7c.</b> <input type="checkbox"/> 1 Bisexual <b>7d.</b> <input type="checkbox"/> 1 Dos espíritus (si es nativo americano o nativo de Alaska) <b>7e.</b> <input type="checkbox"/> 1 Utiliza un término diferente ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____ <b>7f.</b> <input type="checkbox"/> 1 No sé <b>7g.</b> <input type="checkbox"/> 1 Prefiero no contestar
<b>8.</b> ¿Cuál es su idioma principal o primario? <i>(Se refiere al idioma predominante que usted ha utilizado a lo largo de su vida. Por favor considere el primer idioma que aprendió, así como el tiempo que lo ha utilizado.)</i>	<input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español <input type="checkbox"/> 3 Dialecto Chino <input type="checkbox"/> 8 Otro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____ <input type="checkbox"/> 9 No sé
<b>9.</b> ¿Es usted zurdo/a o diestro/derecho/a? <i>(Por ejemplo, ¿qué mano utiliza normalmente para escribir?)</i>	<input type="checkbox"/> 1 Zurdo/a (mano izquierda) <input type="checkbox"/> 2 Diestro/a (mano derecha) <input type="checkbox"/> 3 Ambidiestro/a <input type="checkbox"/> 9 No sé
<b>10a.</b> ¿Cuántos años de educación o escolaridad ha completado? ( <b>99 = Desconocido</b> )	_____
<b>10b.</b> ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?	<input type="checkbox"/> 1 Menos que toda la escolaridad necesaria para ir a la universidad <input type="checkbox"/> 2 Toda la escolaridad necesaria para ir a la universidad (según el país podría ser preparatoria, secundaria, bachillerato, etc.) <input type="checkbox"/> 3 Algo de universidad <input type="checkbox"/> 4 Licenciatura de la universidad <input type="checkbox"/> 5 Maestría <input type="checkbox"/> 6 Doctorado <input type="checkbox"/> 9 No sé
<b>11.</b> ¿Cuál es su estado civil <u>actual</u> ?	<input type="checkbox"/> 1 Casado/a <input type="checkbox"/> 2 Viudo/a <input type="checkbox"/> 3 Divorciado/a <input type="checkbox"/> 4 Separado/a <input type="checkbox"/> 5 Nunca se casó (o matrimonio fue anulado) <input type="checkbox"/> 6 Vive como casado/a o en unión libre <input type="checkbox"/> 9 No sé

**Sección 1 — Características demográficas***continuación...*

12.	¿Cuál es su situación de vivienda?	<input type="checkbox"/> 1 Vive solo/a <input type="checkbox"/> 2 Vive con otra persona: esposo/a o pareja <input type="checkbox"/> 3 Vive con otra persona: un familiar, amigo/a o compañero/a de cuarto <input type="checkbox"/> 4 Vive con un/a cuidador/a que no es su esposo/a, pareja, familiar o amigo/a <input type="checkbox"/> 5 Vive con un grupo ( <i>con o sin parentesco</i> ) en una residencia privada <input type="checkbox"/> 6 Vive en una residencia grupal o grupo hogar ( <i>por ej., residencia asistida, hogar de ancianos, convento, asilo de ancianos, ancianato, égida</i> ) <input type="checkbox"/> 9 No sé
13.	¿Qué tipo de vivienda es su vivienda principal?	<input type="checkbox"/> 1 Residencia privada o multifamiliar (apartamento, condominio, casa) <input type="checkbox"/> 2 Comunidad de retiro o vivienda grupal independiente <input type="checkbox"/> 3 Vivienda o residencia asistida, hogar familiar para adultos o pensión <input type="checkbox"/> 4 Centro de enfermería especializada, hogar de ancianos, hospital u hospicio <input type="checkbox"/> 6 No tengo vivienda ( <i>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</i> ) <input type="checkbox"/> 9 No sé
14.	¿Cuáles son los tres primeros dígitos del código postal de su vivienda principal? ( <i>Por ejemplo, si su código postal es 12345, registre 123.</i> )	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;">(Si no sabe, deje en blanco)</div> </div>
15.	¿Alguna vez ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas, Reservas Militares, o Guardia Nacional de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> 0 No ( <b>SI NO, SALTE A LA PREGUNTA 17</b> ) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 No sé
16.	¿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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 No sé
17.	¿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?  ( <i>Incluya actividades en el trabajo, ir de un lugar a otro, actividades físicas y actividades recreativas.</i> )	<input type="checkbox"/> 1 Nada <input type="checkbox"/> 2 1 hora o menos <input type="checkbox"/> 3 2.5 horas o menos <input type="checkbox"/> 4 Más de 2.5 horas <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 9 No sé

**Sección 2 — Memoria**

18.	¿Siente que su memoria 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 No sé / Prefiero no contestar
19.	¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar las cosas?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Casi nunca <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 A menudo <input type="checkbox"/> 5 Muy a menudo <input type="checkbox"/> 9 No sé / Prefiero no contestar
20.	Comparado con hace 10 años, diría que su memoria 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 No sé / Prefiero no contestar

**Sólo para el uso del ADRC:**

Las siguientes dos preguntas usan el Índice de Privación del Area (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.

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 21. | ADI del estado—sólo el décimo:<br>(Si no sabe, deje en blanco. Para códigos especiales, ingrese 884 para "PH", 885 para "GQ", 886 para "PH-GQ", y 887 para "QDI") | _____  |
| 22. | ADI percentil nacional:<br>(Si no sabe, deje en blanco. Para códigos especiales, ingrese 884 para "PH", 885 para "GQ", 886 para "PH-GQ", y 887 para "QDI")        | _____  |
| 23. | Ocupación principal del participante durante su vida laboral<br>(Registre código de tres números del Apéndice 2. Si no sabe, deje en blanco.):                    | _____  |
| 24. | Tipo de registro en el ADRC:  | <input type="checkbox"/> 1 El participante es apoyado principalmente por fondos del ADRC (Centro Clínico, Centro Satelital, u otro Centro o proyecto del ADRC)<br><input type="checkbox"/> 2 El participante es apoyado principalmente por un estudio no relacionado con el ADRC (por ej., R01, incluyendo becas o proyectos no afiliadas al ADRC que apoyan la participación en el módulo FTLD)   |
| 25. | Fuente principal de referencia  | <input type="checkbox"/> 1 Se refirió a sí mismo/a<br><input type="checkbox"/> 2 Contacto personal no profesional que no es un participante actual o previo del ADRC (por ej., cónyuge/pareja, pariente, amigo/a, compañero/a de trabajo)<br><input type="checkbox"/> 3 Participante actual o previo del ADRC ( <b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b> )<br><input type="checkbox"/> 4 Doctor/a, investigador/a o personal del ADRC ( <b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b> )<br><input type="checkbox"/> 5 Profesional de la salud no relacionado con el ADRC (por ej., doctor/a, enfermero/a, trabajador/a social) ( <b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b> )<br><input type="checkbox"/> 6 Profesional clínico/personal/investigador/a de otro estudio de investigación (no ADRC; por ej., ADNI, WHI, LEADS, ALL-FTD) ( <b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b> )<br><input type="checkbox"/> 8 Otro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____ ( <b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b> )<br><input type="checkbox"/> 9 No sabe ( <b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b> )  |
| 26. | Si la persona se refirió a sí misma o fue referida por un contacto no profesional, ¿cómo se enteró esta persona del ADRC?<br><br>(elija la opción más relevante)  | <b>Evento en la Comunidad</b><br><input type="checkbox"/> 1 Evento auspiciado por el ADRC<br><input type="checkbox"/> 2 Evento auspiciado por una organización externa (por ej., evento de la Asociación de Alzheimer, evento patrocinado por una institución, feria de salud comunitaria, conferencia profesional)<br><b>Otro tipo de Divulgación del ADRC</b><br><input type="checkbox"/> 3 Boletín informativo (por correo o digital)<br><input type="checkbox"/> 4 Volante, folleto o boletín del estudio (por correo o digital)<br><input type="checkbox"/> 5 Página web del estudio<br><input type="checkbox"/> 6 Redes sociales del estudio ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____<br><input type="checkbox"/> 7 Registro del centro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____<br><b>Otros registros, páginas web, organizaciones o promociones en los medios de comunicación</b><br><input type="checkbox"/> 8 Página web ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____<br><input type="checkbox"/> 9 Medios de comunicación ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____<br><input type="checkbox"/> 10 Registro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____<br><input type="checkbox"/> 88 Otro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____<br><input type="checkbox"/> 99 No sabe |

## Apéndice 1: País de Nacimiento\*

Código	País	Código	País	Código	País
XQZ	Acrotiri	COM	Comoras	HUN	Hungría
AFG	Afganistán	COG	Congo (Brazzaville)	IND	India
ALB	Albania	COD	Congo (Kinshasa)	IDN	Indonesia
DEU	Alemania	PRK	Corea del Norte	IRQ	Irak
AND	Andorra	KOR	Corea del Sur	IRN	Irán
AGO	Angola	CIV	Costa de Marfil	IRL	Irlanda
AIA	Anguilla	CRI	Costa Rica	XBK	Isla Baker
ATA	Antártida	HRV	Croacia	BVT	Isla Bouvet
ATG	Antigua y Barbuda	CUB	Cuba	CPT	Isla Clipperton
SAU	Arabia Saudita	CUW	Curazao	IMN	Isla de Man
DZA	Argelia	XXD	Dhekelia	CXR	Isla de Navidad
ARG	Argentina	DGA	Diego García	XEU	Isla Europa
ARM	Armenia	DNK	Dinamarca	XHO	Isla Howland
XKR	Arrecife Kingman	DMA	Dominica	XJV	Isla Jarvis
ABW	Aruba	ECU	Ecuador	XJN	Isla Juan de Nova
XPL	Atolón de Palmira	EGY	Egipto	XNV	Isla Navasa
XJA	Atolón Johnston	SLV	El Salvador	NFK	Isla Norfolk
AUS	Australia	ARE	Emiratos Árabes Unidos	XTR	Isla Tromelín
AUT	Austria	ERI	Eritrea	XWK	Isla Wake
AZE	Azerbaiyán	SVK	Eslovaquia	ISL	Islandia
BGD	Bangladés	SVN	Eslovenia	XAC	Islas Ashmore y Cartier
BRB	Barbados	ESP	España	CYM	Islas Caimán
BHR	Baréin	FSM	Estado Federal de Micronesia	CCK	Islas Cocos
AX2	Base Naval de la Bahía de Guantánamo	USA	Estados Unidos de América	COK	Islas Cook
XBI	Bassas da India	EST	Estonia	XCS	Islas del Mar del Coral
BEL	Bélgica	SWZ	Eswatini	FRO	Islas Feroe
BLZ	Belize	ETH	Etiopía	SGS	Islas Georgias del Sur y Sandwich del Sur
BEN	Benín	PHL	Filipinas	XGL	Islas Gloriosas
BMU	Bermudas	FIN	Finlandia	FLK	Islas Malvinas (Falkland Islands)
BLR	Bielorrusia	FJI	Fiji	MNP	Islas Mariana del Norte
BOL	Bolivia	FRA	Francia	MHL	Islas Marshall
BES	Bonaire, San Eustaquio y Saba	XGZ	Franja de Gaza	XMW	Islas Midway
BIH	Bosnia y Herzegovina	GAB	Gabón	XPR	Islas Paracel
BWA	Botsuana	GMB	Gambia	PCN	Islas Pitcairn
BRA	Brasil	GEO	Georgia	SLB	Islas Salomón
BRN	Brunéi	GHA	Ghana	XSP	Islas Spratly
BGR	Bulgaria	GIB	Gibraltar	XSV	Islas Svalbard
BFA	Burkina Faso	GRD	Granada	TCA	Islas Turcas y Caicos
BDI	Burundi	GRC	Grecia	VGB	Islas Vírgenes Británicas
BTN	Bután	GRL	Groenlandia	VIR	Islas Vírgenes de EE.UU
CPV	Cabo Verde	GLP	Guadalupe	ISR	Israel
KHM	Camboya	GUM	Guam	ITA	Italia
CMR	Camerún	GTM	Guatemala	JAM	Jamaica
CAN	Canadá	GUF	Guayana Francesa	XJM	Jan Mayen
TCD	Chad	GGY	Guernsey	JPN	Japón
CHL	Chile	GIN	Guinea	JEY	Jersey
CHN	China	GNQ	Guinea Ecuatorial	JOR	Jordania
CYP	Chipre	GNB	Guinea-Bisáu	QAT	Katar
XWB	Cisjordania	GUY	Guyana	KAZ	Kazajistán
VAT	Ciudad del Vaticano	HTI	Haití	KEN	Kenia
COL	Colombia	HND	Honduras	KGZ	Kirguistán
		HKG	Hong Kong		

\*Los códigos fueron desarrollados por el gobierno de los Estados Unidos y respaldados por el Comité Federal de Datos Geográficos (por sus siglas en inglés). <https://www.fgdc.gov/standards/news/GENC>

## Apéndice 1: País de Nacimiento\*

Código	País	Código	País	Código	País
KIR	Kiribati	NLD	Países Bajos	SWE	Suecia
XKS	Kosovo	PAK	Pakistán	CHE	Suiza
KWT	Kuwait	PLW	Palaos	SUR	Surinam
LAO	Laos	PAN	Panamá	THA	Tailandia
BHS	Las Bahamas	PNG	Papúa Nueva Guinea	TWN	Taiwán
HMD	Las Islas Heard y McDonald	PRY	Paraguay	TZA	Tanzania
LSO	Lesoto	PER	Perú	TJK	Tayikistán
LVA	Letonia	PYF	Polinesia Francesa	IOT	Territorio Británico del Océano Índico
LBN	Líbano	POL	Polonia	ATF	Tierras Australes y Antárticas Francesas
LBR	Liberia	PRT	Portugal	TLS	Timor Oriental
LBY	Libia	PRI	Puerto Rico	TGO	Togo
LIE	Liechtenstein	GBR	Reino Unido	TKL	Tokelau
LTU	Lituania	CAF	República Centroafricana	TON	Tonga
LUX	Luxemburgo	CZE	República Checa	TTO	Trinidad y Tobago
MAC	Macao	DOM	República Dominicana	TUN	Túnez
MKD	Macedonia del Norte	REU	Réunion	TKM	Turkmenistán
MDG	Madagascar	RWA	Ruanda	TUR	Turquía
MYS	Malasia	ROU	Rumania	TUV	Tuvalu
MWI	Malawi	RUS	Rusia	UKR	Ucrania
MDV	Maldivas	ESH	Sahara Occidental	UGA	Uganda
MLI	Malí	WSM	Samoa	URY	Uruguay
MLT	Malta	ASM	Samoa Americana	UZB	Uzbekistán
MAR	Marruecos	BLM	San Bartolomé	VUT	Vanuatu
MTQ	Martinica	KNA	San Cristóbal y Nieves	VEN	Venezuela
MUS	Mauricio	SMR	San Marino	VNM	Vietnam
MRT	Mauritania	SXM	San Martín (lado de Países Bajos)	WLF	Wallis y Futuna
MYT	Mayotte	MAF	San Martín (lado Francés)	YEM	Yemen
MEX	México	SPM	San Pedro y Miquelón	DJI	Yibuti
MDA	Moldavia	VCT	San Vicente y las Granadinas	ZMB	Zambia
MCO	Mónaco	SHN	Santa Helena, Ascensión, y Tristán de Acuña	ZWE	Zimbabue
MNG	Mongolia	LCA	Santa Lucía		
MNE	Montenegro	STP	Santo Tomé y Príncipe		
MSR	Montserrat	SEN	Senegal		
MOZ	Mozambique	SRB	Serbia		
MMR	Myanmar	SYC	Seychelles		
NAM	Namibia	SLE	Sierra Leona		
NRU	Nauru	SGP	Singapur		
NPL	Nepal	SYR	Siria		
NIC	Nicaragua	SOM	Somalia		
NER	Níger	LKA	Sri Lanka		
NGA	Nigeria	ZAF	Sudáfrica		
NIU	Niue	SDN	Sudán		
AX1	No se sabe	SSD	Sudán del Sur		
NOR	Noruega				
NCL	Nueva Caledonia				
NZL	Nueva Zelanda				
OMN	Omán				

\*Códigos basados en las siglas en inglés. Los códigos fueron desarrollados por el gobierno de los Estados Unidos y respaldados por el Comité Federal de Datos Geográficos. <https://www.fgdc.gov/standards/news/GENC>



## Apéndice 2: Códigos de Ocupación de NACC

Nro.	Ocupación	Nro.	Ocupación	Nro.	Ocupación	Nro.	Ocupación
100	Profesionales de Alto Rango / Altos/as Executivos/as o Propietarios/as de propiedades/ negocios grandes	200	Profesionales de menor rango/ Directores/as Comerciales de Empresas Medianas	300	Personal administrativo/ Propietarios/as de empresas pequeñas/ Profesionales menores	400	Trabajadores/as administrativos y de ventas/ técnicos/as / propietarios de empresas pequeñas
101	Actuarios/as	201	Contadores/as	301	Actores o Actrices	401	Cajeros/as de bancos
102	Arquitectos/as	202	Ejecutivos/as de publicidad	302	Asistentes de administración	402	Recolectores/as de facturas/ deudas
103	Oficiales de bancos	203	Autores/as	303	Agentes de publicidad	403	Contable/ Registrador/a
104	Contadores/as públicos/as certificados/as	204	Gerentes de sucursales	304	Artistas	404	Examinadores/as de reclamos
105	Directores/as ejecutivos/as (Director/a ejecutivo/a, Director/a financiero/a, Director/a de operaciones)	205	Contratistas de construcción	305	Reposteros/as	405	Redactores/as
		206	Gerente de negocios	306	Propietarios/as de salones de belleza	406	Profesores/as de conducción
		207	Quiroprácticos	307	Chefs	407	Supervisores/as de fabrica
		208	Programador/a de computadores	308	Oficinistas	408	Granjeros/as o Propietarios/as de pequeñas granjas
106	Clérigo/a (con entrenamiento profesional)	209	Especialistas en computación	309	Clérigo/a (sin entrenamiento profesional)	409	Trabajadores/as de tienda de flores
107	Oficiales comisionados en la milicia	210	Desarrollador/a de base de datos	310	Reportero/a de corte judicial	410	Trabajadores/as de recursos humanos
108	Dentistas	211	Editores/as	311	Gerente de crédito	411	Técnicos/as de laboratorio
109	Economistas	212	Ingenieros/as (sin título de posgrado)	312	Higienistas dentales	412	Operadores/as de quioscos
110	Ingenieros/as (Nivel de Maestría y superior)	213	Gerentes ejecutivos	313	Gerente de almacenes grandes	413	Empleados/as de oficina de correos
111	Administrador/a de finanzas	214	Propietarios/as de granjas industriales	314	Sheriff adjunto / Ayudante de sheriff	414	Conductor/a de ferrocarril
112	Oficiales del gobierno federal	215	Propietarios/as de negocios de muebles	315	Nutricionista	415	Ingenieros/as de tren ferroviario
113	Propietarios/as de grandes empresas	216	Joyereros	316	Despachadores/as	416	Recepcionista
114	Abogados/as o Jueces	217	Consultor/a de relaciones laborales	317	Floristas	417	Gerente de rutas
115	Matemáticos	218	Bibliotecarios/as	318	Director/a de funeraria	418	Empleados/as de ventas
116	Contratistas principales	219	Propietarios/as de empresas de manufactura	319	Agente de seguros	419	Secretarios/as o taquígrafos/as
117	Ortodoncista	220	Propietarios/as de negocios medianos	320	Asistente de laboratorio	420	Empleados/as de envío
118	Médico/a	221	Músicos/ compositores/as	321	Planificadores/as de paisajes	421	Sastres
119	Profesor/a de la universidad	222	Enfermeras/os	322	Suboficiales en el ejército (en o por encima del rango de sargento mayor/ C.P.O)	422	Empleados/as de impuestos
120	Psicólogos/as	223	Gerente de oficina	323	Funerarios/as o embalsamadores/as	423	Trabajadores/as de una compañía de teléfonos
121	Científicos/as de Investigación	224	Optómetras	324	Reporteros/as de periódico y TV	424	Operadores/as de teléfono
122	Planeadores/as urbanos y regionales	225	Jefe/a de personal	325	Fotógrafos/as	425	Cronometrador/a
123	Veterinarios/as	226	Farmacistas	326	Profesores/as o maestros/as de piano	426	Cobradores de peaje
124	Vicepresidentes/as de empresas grandes	227	Pilotos	327	Locutores/as de radio/TV	427	Operadores/as de torre
		228	Jefe/a de policía/ Sheriff	328	Agentes de bienes raíces	428	Despachadores/as de camiones
		229	Administrador/a de correos	329	Propietarios/as de restaurantes	429	Mecanógrafos/as
		230	Gerente de producción (TV/ Radio)	330	Representantes de ventas	430	Trabajadores/as de servicios públicos
		231	Oficiales de administración pública	331	Gerentes de servicio	431	Empleados/as de almacén
		232	Oficiales de salud publica	332	Propietarios/as de empresas pequeñas	432	Escaparatista
		233	Gerentes de compras	333	Gerentes de tiendas		
		234	Corredores/as de bienes raíces	334	Topógrafos/as		
		235	Asistentes de Investigación	335	Buscadores/as de títulos		
		236	Ingenieros/as de ventas	336	Diseñadores/as de herramientas		
		237	Gerente de ventas	337	Gerentes de tráfico		
		238	Trabajadores/as sociales	338	Agentes de viajes		
		239	Oficiales de gobierno estatal y local	339	Encargados/as de patios ferroviarios		
		240	Profesores/as o Maestros/as (Primaria y Secundaria)				

## Apéndice 2: Códigos de Ocupación de NACC

Nro.	Ocupación	Nro.	Ocupación	Nro.	Ocupación	Nro.	Ocupación
500	Empleados/as manuales calificados/as	500	Empleados/as manuales calificados/as (cont.)	600	Operadores/as de máquinas/ Empleados/as semicalificados	700	Empleados/as no calificados/as
501	Reparadores/as de carrocería	538	Afinadores/as de pianos	601	Aprendices (electricista/ impresores/ etc.)	701	Trabajadores/as de parque de diversiones
502	Barberos/as	539	Fontaneros/as o Plomeros/as	602	Trabajadores/as de la línea de ensamblaje	702	Trabajadores/as de cafetería
503	Reparadores/as de calderas	540	Oficiales de policía	603	Barman/ bartender/ Cantinero/a	703	Limpiadores/as de carros
504	Encuadernadores	541	Trabajadores/as postales	604	Superintendentes de edificios	704	Trabajadores/as de cuidado infantil (en hogares privados)
505	Cerveceros/as	542	Impresores	605	Chofer de autobus	705	Obreros/as de construcción
506	Ebanistas	543	Mantenimiento de radio/TV	606	Taxistas	706	Lecheros/as
507	Carpinteros/as	544	Operadores/as de frenos de ferrocarril	607	Cajeros/as	707	Estibadores/as
508	Albañil de trabajos de cemento y terminadores de concreto	545	Trabajadores de reparación	608	Trabajadores/as de cuidado infantil (no de hogares privados)	708	Trabajadores/as agrícolas
509	Inspectores/as o Examinadores/as	546	Costureros/as	609	Cocineros/as (pedido corto)	709	Pescadores
510	Queseros/as	547	Trabajadores/as de chapa	610	Trabajadores/as penitenciarios	710	Manipuladores/as de carga
511	Capataces/as de construcción	548	Herreros/as de barcos	611	Repartidores/as	711	Recolectores/as de basura
512	Fabricante de tintas	549	Reparadores/as de calzado	612	Prensadores/as de limpieza en seco	712	Sepultureros/as
513	Electricistas	550	Trabajadores/as siderúrgicos	613	Operadores/as de ascensores	713	Amas de casa
514	Grabadores/as	551	Colocador/a de mosaicos y azulejos	614	Personal militar alistado (que no sean suboficiales)	714	Limpiadores/as de casa
515	Exterminadores/as	552	Fabricantes de herramientas	615	Operadores/as de máquinas de fábrica	715	Personal de limpieza
516	Bomberos/as	553	Tapiceros/as	616	Trabajadores/as de fábrica	716	Clasificadores/as de basura/ reciclaje
517	Jardineros/as / paisajistas	554	Trabajadores/as de líneas de servicios públicos	617	Trabajadores/as de fundición	717	Trabajadores/as de lavandería
518	Sopladores/as de vidrio	555	Tejedores	618	Auxiliares de garaje y gasolinera	718	Mensajeros/as
519	Vidrieros/as o cristaleros/as	556	Soldadores/as	619	Trabajadores/as de invernadero	719	Vendedores/as ambulantes
520	Armeros/as			620	Guardias/vigilantes de seguridad	720	Porteros/as
521	Estilistas o Peluqueros/as			621	Operadores/as de máquinas	721	Trabajadores/as de techado
522	Operadores/as de equipo pesado			622	Cortadores/as / empacadores de carne	722	Limpiabotas
523	Reparadores/as del hogar			623	Lectores/as de medidores	723	Tramoyistas
524	Trabajadores/as del hierro			624	Auxiliares/ asistentes de enfermería	724	Manejadores/as de ganado
525	Trabajadores de cocina/ cocineros/as			625	Repartidores/as de aceite	725	Limpiadores/as de calles
526	Cerrajeros/as			626	Enfermeras/os prácticas	726	Desempleados/as
527	Maquinistas			627	Operadores/as de bombas	727	Trabajadores/as de fábrica no calificados
528	Carteros			628	Recibidor/ora	728	Trabajadores/as no especificados
529	Capataces/as de mantenimiento			629	Camareros/as o Mozos/as	729	Limpiadores/as de ventanas
530	Masones			630	Operadores/as de señales (ferrocarril)	730	Leñadores/as
531	Mecánico/a			631	Conductores/as de camiones	731	Trabajó mientras estaba encarcelado/a
532	Mecánico/a de molinos			632	Trabajadores/as de madera		
533	Suboficiales en el ejército (por debajo del rango de sargento/a mayor/ C.P.O)			633	Operadores/as de empaque (tiendas/fábricas)		
534	Pintores						
535	Colgadores/as de papel						
536	Patrulleros/as						
537	Constructores/as de pianos						

## Formulario A1a: Determinantes Sociales de la Salud

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

<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	<b>Administración:</b> <input type="checkbox"/> 1 Autoadministrado <input type="checkbox"/> 2 Administrado por personal del estudio	<b>Modo:</b> <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 Correo <input type="checkbox"/> 4 Correo electrónico <input type="checkbox"/> 0 No completado (razón): ____	<b>Clave (razón remoto):</b> 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deteriorado físicamente 3=Confinado en una casa o residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
			<b>Clave (razón no completado):</b> 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).

1. ¿Usted o alguien en su hogar es dueño de un carro, coche o auto actualmente?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
2. ¿Tiene acceso consistente a un medio de transporte?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 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.


3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia <b>no</b> pudo salir de su casa cuando usted quería debido a problemas de transporte?	<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se preocupó de si iba a poder ir a algún lugar debido a problemas de transporte?	<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
5. 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?	<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 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".

6. ¿Cuáles de estos grupos de ingreso representa el ingreso de su hogar <u>en el año pasado</u> ? 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.  <i>Esta información es confidencial y no será compartida de forma que otra persona, organización o entidad del gobierno le pueda identificar.</i>	<input type="checkbox"/> 1 \$0 - \$14,999 <input type="checkbox"/> 2 \$15,000 - \$29,999 <input type="checkbox"/> 3 \$30,000 - \$74,999 <input type="checkbox"/> 4 \$75,000 o más <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 9 No sé
7. ¿Qué tan satisfecho/a está con su situación económica personal actual?	<input type="checkbox"/> 1 Completamente satisfecho/a <input type="checkbox"/> 2 Satisfecho/a <input type="checkbox"/> 3 Un poco satisfecho/a <input type="checkbox"/> 4 No muy satisfecho/a <input type="checkbox"/> 5 No satisfecho/a <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

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

8.	¿Qué tan difícil es para usted pagar sus cuentas mensuales?	<input type="checkbox"/> 1 Para nada difícil <input type="checkbox"/> 2 Un poco difícil <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> 4 Muy difícil <input type="checkbox"/> 5 Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 1 No he tenido problemas económicos por 12 meses o más <input type="checkbox"/> 2 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, pero no me han molestado <input type="checkbox"/> 3 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, y me han molestado un poco <input type="checkbox"/> 4 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, y me han molestado mucho <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
13.	En los últimos 12 meses, ¿ha tomado menos medicamentos de los que se le recetaron porque eran muy caros?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
14.	<p>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.</p> <p><b>¿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.</b></p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 88 Prefiero no contestar            10 9 8 7 6 5 4 3 2 1         </p>	<p>La mejor posición → 10</p>  <p>La peor posición ← 1</p>
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?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca fue a la escuela o sólo asistió el preescolar/kindergarten <input type="checkbox"/> 2 Asistió a la escuela primaria (completó primaria o cursó al menos un grado) <input type="checkbox"/> 3 Algo de secundaria/preparatoria/bachillerato (sin graduarse de la secundaria) <input type="checkbox"/> 4 Diploma de secundaria (graduado de secundaria/preparatoria/bachillerato, GED) <input type="checkbox"/> 5 Algo de universidad <input type="checkbox"/> 6 Grado o título universitario/licenciatura <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar/no aplica <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
17.	Extraño tener personas a mi alrededor	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
18.	Siento que no tengo suficientes amigos/as	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
19.	A menudo me siento abandonado/a	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
20.	Extraño tener un/a amigo/a cercano/a	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 Padres no están vivos <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No tengo hijos <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No tengo amistades cercanas <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
24.	¿Con qué frecuencia participa en actividades fuera de su hogar (por ej., actividades religiosas o educacionales, voluntariado, trabajo o actividades grupales o con organizaciones)?	<input type="checkbox"/> 0 No participo en actividades fuera de mi hogar <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 Muy seguro/a <input type="checkbox"/> 2 Mayormente seguro/a <input type="checkbox"/> 3 A veces inseguro/a <input type="checkbox"/> 4 Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
25b.	Comunidad (o vecindario/barrio)	<input type="checkbox"/> 1 Muy seguro/a <input type="checkbox"/> 2 Mayormente seguro/a <input type="checkbox"/> 3 A veces inseguro/a <input type="checkbox"/> 4 Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
27.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para obtener medicamentos que le recetaron o formularon?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
28.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia faltó a una cita médica de seguimiento que estaba agendada?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 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?        | <input type="checkbox"/> 1 Siempre<br><input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces<br><input type="checkbox"/> 3 A veces<br><input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez<br><input type="checkbox"/> 5 No aplica<br><input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> 1 No disponible en ninguna medida<br><input type="checkbox"/> 2 Debajo del nivel de mis necesidades<br><input type="checkbox"/> 3 Capaz de satisfacer mis necesidades<br><input type="checkbox"/> 4 Excede mis necesidades<br><input type="checkbox"/> 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?                     | <input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días<br><input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana<br><input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes<br><input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año<br><input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año<br><input type="checkbox"/> 6 Nunca<br><input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días<br><input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana<br><input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes<br><input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año<br><input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año<br><input type="checkbox"/> 6 Nunca<br><input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar |
| 33. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia la gente actúa como si pensara que usted no es inteligente?                      | <input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días<br><input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana<br><input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes<br><input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año<br><input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año<br><input type="checkbox"/> 6 Nunca<br><input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar |
| 34. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia la gente actúa como si le tuvieran miedo?  | <input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días<br><input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana<br><input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes<br><input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año<br><input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año<br><input type="checkbox"/> 6 Nunca<br><input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar |
| 35. | En su vida diaria, ¿con qué frecuencia es amenazado/a o acosado/a?  | <input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días<br><input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana<br><input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes<br><input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año<br><input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año<br><input type="checkbox"/> 6 Nunca<br><input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 1 Todo el tiempo <input type="checkbox"/> 2 La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 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>	<div>37a1. <input type="checkbox"/> 1 Mi ascendencia u origen nacional</div> <div>37a2. <input type="checkbox"/> 1 Mi género</div> <div>37a3. <input type="checkbox"/> 1 Mi raza</div> <div>37a4. <input type="checkbox"/> 1 Mi edad</div> <div>37a5. <input type="checkbox"/> 1 Mi religión</div> <div>37a6. <input type="checkbox"/> 1 Mi altura</div> <div>37a7. <input type="checkbox"/> 1 Mi peso</div> <div>37a8. <input type="checkbox"/> 1 Algún aspecto de mi apariencia física</div> <div>37a9. <input type="checkbox"/> 1 Mi orientación sexual</div> <div>37a10. <input type="checkbox"/> 1 Mi educación o estatus económico</div> <div>37a11. <input type="checkbox"/> 1 Discapacidad física</div> <div>37a12. <input type="checkbox"/> 1 Mi tono de color de piel</div> <div>37a13. <input type="checkbox"/> 1 Otro</div> <div>37a14. <input type="checkbox"/> 1 No aplica - No tengo ninguna de estas experiencias en el día al día (<b>TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ</b>)</div> <div>37a15. <input type="checkbox"/> 1 Prefiero no contestar</div>
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?	<input type="checkbox"/> 1 Muy estresantes <input type="checkbox"/> 2 Moderadamente estresantes <input type="checkbox"/> 3 No estresantes <input type="checkbox"/> 9 No sé <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar



## 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 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.	¿Cuál es la relación del co-participante con el participante?	<input type="checkbox"/> 1 Espos/a, pareja, compañero/a (incluyendo ex-espos/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"/> 4 Mensaje o correo electrónico <input type="checkbox"/> 2 Teléfono <input type="checkbox"/> 5 Redes sociales <input type="checkbox"/> 3 Videollamada <input type="checkbox"/> 6 Otro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____
4a1.	¿Aproximadamente, con qué frecuencia tiene contacto con el participante?	<input type="checkbox"/> 1 Diariamente <input type="checkbox"/> 4 Al menos tres veces al mes <input type="checkbox"/> 2 Al menos tres veces por semana <input type="checkbox"/> 5 Mensualmente <input type="checkbox"/> 3 Semanalmente <input type="checkbox"/> 6 Menos de una vez al mes
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 (puede ser por mensaje de texto, correo electrónico u otros medios de contacto) <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"/> 4 Seguido (a menudo) <input type="checkbox"/> 2 Raramente <input type="checkbox"/> 5 Muy seguido (muy a menudo) <input type="checkbox"/> 3 A veces <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"/> 4 Un poco peor <input type="checkbox"/> 2 Un poco mejor <input type="checkbox"/> 5 Mucho peor <input type="checkbox"/> 3 Igual <input type="checkbox"/> 9 Desconocido

## Formulario A3: Historia Familiar del 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	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

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 (9999=desconocido)	Edad de defunción (888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (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
- 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)

\*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. ¿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*)

\_\_\_\_\_  
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 (9999=desconocido)	Edad de defunción (888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (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	_____	_____	____	____	____	_____

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

	Año de nacimiento (9999=desconocido)	Edad de defunción (888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (999 = desconocido)
			..... VEA LA LISTA DE CÓDIGOS .....			
2q. Hermano/a 17	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2r. Hermano/a 18	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2s. Hermano/a 19	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2t. Hermano/a 20	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Sección 3 – Hijos/as biológicos/as**

3. ¿Cuántos hijos/as biológicos/as tiene el participante?

\_\_\_\_\_

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 (9999=desconocido)	Edad de defunción (888=N/A, 999=desconocido)	Diagnóstico primario*	Diagnóstico secundario*	Método de evaluación**	Edad de inicio del diagnóstico primario (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: <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	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. 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
<input type="checkbox"/> acetaminofeno-hidrocodeína (Hycet, Vicodin)	214182	<input type="checkbox"/> diltiazem (Cardizem, Cardia XT, DILT-XR, Tiazac)	3443
<input type="checkbox"/> acetato de calcio (Calphron, Eliphos, PhosLo Phoslyra)	214342	<input type="checkbox"/> donepezilo (Adlarity, Aricept)	135447
<input type="checkbox"/> ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (Omacor, Lovaza, Vascazen)	4301	<input type="checkbox"/> duloxetine (Cymbalta, Irenka)	72625
<input type="checkbox"/> albuterol (Proventil, ProAir HFA, RespiClick, Ventolin)	435	<input type="checkbox"/> enalapril (Vasotec)	3827
<input type="checkbox"/> alendronato (Binosto, Fosamax)	46041	<input type="checkbox"/> ergocalciferol (Calcitol, Calciferol, Disdol, Vitamina D2)	4018
<input type="checkbox"/> alopurinol (Aloprim, Duzallo, Zyloprim)	519	<input type="checkbox"/> escitalopram (Lexapro)	321988
<input type="checkbox"/> alprazolam (Xanax)	596	<input type="checkbox"/> esomeprazol (Nexium)	283742
<input type="checkbox"/> amlodipina (Norvasc)	17767	<input type="checkbox"/> estradiol (Estrace, Estrogel, Delestrogen, Yuvaferm)	4083
<input type="checkbox"/> apixabán (Eliquis)	1364430	<input type="checkbox"/> ezetimiba (Zetia)	341248
<input type="checkbox"/> atenolol (Tenormin)	1202	<input type="checkbox"/> fexofenadina (Allegra, Wal-Flex)	87636
<input type="checkbox"/> atorvastatina (Lipitor)	83367	<input type="checkbox"/> finasterida (Propecia, Proscar)	25025
<input type="checkbox"/> benazepril (Lotensin)	18867	<input type="checkbox"/> fluoxetine (Prozac, Sarafem)	4493
<input type="checkbox"/> bupropión (Aplenzin, Budeprion, Wellbutrin, Zyban)	42347	<input type="checkbox"/> fluticasona (Flovent)	41126
<input type="checkbox"/> carbidopa-levodopa (Duopa, Rytary, Sinemet)	103990	<input type="checkbox"/> fluticasona nasal (Aller-Flo, Flonase)	1165656
<input type="checkbox"/> carvedilol (Coreg)	20352	<input type="checkbox"/> fluticasona-salmeterol (Advair, AirDuo)	284635
<input type="checkbox"/> celecoxib (Celebrex)	140587	<input type="checkbox"/> furosemida (Lasix)	4603
<input type="checkbox"/> cetirizina (Aller-Tec, Zyrtec)	20610	<input type="checkbox"/> gabapentina (Gralise, Horizant, Neurontin)	25480
<input type="checkbox"/> cianocobalamina (Nascobal, Vitamina B12)	11248	<input type="checkbox"/> galantamina (Razadyne, Reminyl)	4637
<input type="checkbox"/> citalopram (Celexa)	2556	<input type="checkbox"/> glipizida (Glucotrol)	4821
<input type="checkbox"/> clonazepam (Klonopin)	2598	<input type="checkbox"/> hidroclorotiazida (Esidrix, Hydrodiuril, Microzide)	5487
<input type="checkbox"/> clopidogrel (Plavix)	32968	<input type="checkbox"/> hidroclorotiazida-triamterena (Dyazide, Maxzide)	258337
<input type="checkbox"/> cloruro de potasio (K-Dur 10, K-Tab, Klor-con)	8591	<input type="checkbox"/> latanoprost (Xalatan)	43611
<input type="checkbox"/> diclofenaco (Flector, Cambia, Zipsor)	3355	<input type="checkbox"/> levotiroxina (Levoxyl, Synthroid, Tirosint)	10582
		<input type="checkbox"/> lisinopril (Prinivil, Qbrelis, Zestril)	29046
		<input type="checkbox"/> lorazepam (Ativan)	6470

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RXNorm
<input type="checkbox"/> losartan (Cozaar)	52175	<input type="checkbox"/> pravastatina (Pravachol)	42463
<input type="checkbox"/> lovastatina (Altacor, Altoprev, Mevacor)	6472	<input type="checkbox"/> quetiapina (Seroquel)	51272
<input type="checkbox"/> meloxicam (Mobic, Vivlodex)	41493	<input type="checkbox"/> ranitidina (Wal-Zan, Zantac)	9143
<input type="checkbox"/> memantina (Namenda)	6719	<input type="checkbox"/> rivastigmina (Exelon)	183379
<input type="checkbox"/> metformina (Glucophage, Glumetza, Riomet)	6809	<input type="checkbox"/> rosuvastatina (Crestor, Ezallor)	301542
<input type="checkbox"/> metoprolol (Lopressor, Toprol-XL)	6918	<input type="checkbox"/> sertralina (Zoloft)	36437
<input type="checkbox"/> mirtazapina (Remeron)	15996	<input type="checkbox"/> sildenafil (Viagra, Revatio)	136411
<input type="checkbox"/> montelukast (Singulair)	88249	<input type="checkbox"/> simvastatina (FloLipid, Zocor)	36567
<input type="checkbox"/> naproxeno (Aleve, Anaprox, Naprosyn)	7258	<input type="checkbox"/> sulfato ferroso (Feosol, Iron Supplement)	24947
<input type="checkbox"/> niacina (Niacinol, Niacor, Niaspan, Ácido Nicotínico)	7393	<input type="checkbox"/> tamsulosina (Flomax)	77492
<input type="checkbox"/> nifedipina (Adalat, Afeditab CR, Procardia)	7417	<input type="checkbox"/> terazosina (Hytrin)	37798
<input type="checkbox"/> nitroglicerina (Nitro-Bid, Nitro-Dur, Nitro-Time, Nitrostat, Rectiv)	4917	<input type="checkbox"/> tramadol (ConZip, Ryzolt, Ultram)	10689
<input type="checkbox"/> omeprazol (Prilosec, Zegerid)	7646	<input type="checkbox"/> trazodona (Desyrel, Oleptro)	10737
<input type="checkbox"/> oxibutinina (Ditropan, Oxytrol, Urotrol)	32675	<input type="checkbox"/> valsartán (Diovan)	69749
<input type="checkbox"/> pantoprazol (Protonix)	40790	<input type="checkbox"/> venlafaxina (Effexor)	39786
<input type="checkbox"/> paroxetina (Paxil, Paxil CR, Pexeva)	32937	<input type="checkbox"/> warfarina (Coumadin, Jantoven)	11289
		<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> acetaminofén (Actamin, Feverall, Ofirmev, Panadol, Tempra, Tylenol)	161	<input type="checkbox"/> cúrcuma (Curcumina, Raíz de Cúrcuma)	1114883
<input type="checkbox"/> acetato de calcio (Calphorn, Domeboro)	214342	<input type="checkbox"/> docusato (Colace, Dioctyl SS, Ducosate Calcium, Dulcoease)	82003
<input type="checkbox"/> ácido ascórbico (Acerola C, C Complex, Vitamina C)	1151	<input type="checkbox"/> glucosamina (Glucosamina Hidrocloruro, Optiflex-G, Synovacin)	4845
<input type="checkbox"/> ácido fólico (Ácido Fólico, Folvite)	4511	<input type="checkbox"/> ibuprofeno (Advil, Motrin, Nuprin)	5640
<input type="checkbox"/> aspirina (Ecotrin)	1191	<input type="checkbox"/> loratadina (Alavert, Allerclear, Claritin, Tavist)	28889
<input type="checkbox"/> biotina (Appearex, coenzima R, Nail-ex, Vitamina H)	1588	<input type="checkbox"/> melatonina (Melatonina, Melatonina de Liberación Prolongada)	6711
<input type="checkbox"/> carbonato de calcio (Caltrate, Roloids, Tums)	1897	<input type="checkbox"/> polietilenglicol 3350 (Clearlax, Miralax)	221147
<input type="checkbox"/> carbonato de calcio/colecalciferol (Cal-Quick, Caltrate-Plus D)	608343	<input type="checkbox"/> ubiquinol (Coenzima Q-10)	21406
<input type="checkbox"/> carbonato de calcio/ergocalciferol (O Cal-D)	1008264	<input type="checkbox"/> vitamina E (Alfa E, Aquasol-E, Aquavite-E, Centrum Singles)	11256
<input type="checkbox"/> colecalciferol (Decara, Replesta, Vitamina D3)	2418		
<input type="checkbox"/> 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: <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	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." 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**)

2. Por favor proporcione información sobre tratamientos clínicos y/o estudios clínicos  
(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?
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/ensayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	NCT-_____	____/____ ____-____	____/____ ____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/ensayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 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. ¿Qué eventos adversos significativos experimentó el participante al recibir tratamientos que se espera modifiquen biomarcadores de ADRD? (marque todos los que apliquen)

3a1. ☐ 1 Anomalías en imagen asociadas con amiloide-edema (ARIA-E)  
 3a2. ☐ 1 Anomalías en imagen asociadas con amiloide-hemorragia (ARIA-H)

3a3. ☐ 1 Otros eventos adversos

**2.** Por favor proporcione información sobre tratamientos clínicos y/o estudios clínicos (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?
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____-____	____/____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/enayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____-____	____/____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/enayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____-____	____/____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/enayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____-____	____/____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/enayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____-____	____/____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/enayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<input type="checkbox"/> 1 Beta amiloide <input type="checkbox"/> 1 Tau <input type="checkbox"/> 1 Inflamación <input type="checkbox"/> 1 Plasticidad sináptica/ neuroprotección <input type="checkbox"/> 1 Otros blancos/objetivos farmacológicos	_____ NCT-_____	____/____ ____-____-____	____/____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1 Atención clínica <input type="checkbox"/> 2 Estudio/enayo clínico <input type="checkbox"/> 3 Cuidado clínico y estudio clínico	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento activo <input type="checkbox"/> 2 Placebo <input type="checkbox"/> 9 Desconocido

<sup>1</sup> 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: <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	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)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1b.	Número total de años que ha fumado (99 = Desconocido)	— —		
1c.	Número promedio de paquetes de cigarros / cigarrillos fumados por día:	<input type="checkbox"/> 1 1 cigarrillo a menos de ½ paquete <input type="checkbox"/> 2 ½ paquete a menos de 1 paquete <input type="checkbox"/> 3 1 paquete a menos de 1½ paquetes	<input type="checkbox"/> 4 1½ paquetes a menos de 2 paquetes <input type="checkbox"/> 5 2 paquetes o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido	
1d.	¿El participante ha fumado en los <u>últimos 30 días</u> ?	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1e.	Si el participante dejó de fumar, especifique la edad en la que fumó por última vez (dejó de fumar) (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)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 2 2-4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 3 2-3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 4 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 1 o 2 <input type="checkbox"/> 2 3-4 <input type="checkbox"/> 3 5-6	<input type="checkbox"/> 4 7-9 <input type="checkbox"/> 5 10 o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1h.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el participante tomó seis o más bebidas que contenían alcohol en un día?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> 2 Una vez al mes	<input type="checkbox"/> 3 Una vez por semana <input type="checkbox"/> 4 Diario o casi diario <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1i2.	Antes de los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1j.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia consumió el participante cannabis (comestible, fumado, o vaporizado)?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 1 vez por mes o menos <input type="checkbox"/> 2 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> 3 2-3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 4 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 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 ( <i>obstrucción de arteria cardíaca</i> ) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 2b)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2a1. ¿Más de un ataque cardíaco?	<input type="checkbox"/> 0 No		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
2a2. Edad del ataque cardíaco más reciente (999 = Desconocido)	____ _			
2b. Paro cardíaco — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE LA PREGUNTA 2c)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2b1. Edad del paro cardíaco más reciente (999 = Desconocido)	____ _			
2c. Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2d. Angioplastia / endarterectomía / stent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2e. Bypass cardíaco / coronario — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 2f)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2e1. Edad de la cirugía más reciente (999 = Desconocido)	____ _			
2f. Marcapasos y/o implantación de desfibrilador — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 2g)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2f1. Edad de la primera implantación (999 = Desconocida)	____ _			
2g. Insuficiencia cardíaca congestiva (incluye edema pulmonar)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2h. Reemplazo o reparación de válvula cardíaca — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 2i)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2h1. Edad del procedimiento más reciente (999 = Desconocida)	____ _			
2i. Otra enfermedad cardiovascular (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

## Sección 3 – Enfermedad cerebrovascular

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
3a. Accidente cerebrovascular según la historia clínica, sin examen ( <i>no se requiere estudios de imagen</i> ) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 3b)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
3a1. ¿Más de un accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> 0 No		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
3a2. Edad en el momento del accidente cerebrovascular más reciente (999 = Desconocida)	____ _			
	NUNCA MEJORÓ	MEJORÓ PARCIALMENTE	MEJORÓ/ RETORNO A LA NORMALIDAD	DESCONOCIDO
3a3. ¿Cuál es el estado de los síntomas del accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

**Sección 3 – Enfermedad cerebrovascular***continuación...*

3a4.	¿Cirugía de la arteria carótida o colocación de stent/cánula? (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 3b)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
3a5.	Edad de la cirugía de la arteria carótida o stent más reciente (999 = Desconocido)	____ _		
		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA
3b.	¿Ataque transitorio isquémico (ATI o TIA, por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4a)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
				<input type="checkbox"/> 9
3b1.	Edad en el momento del ATI (TIA) más reciente (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)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 9
4a1.	Edad estimada del inicio de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson (999 = Unknown)	____ _			
4b.	Otro desorden parkinsoniano (por ej., Demencia con cuerpos de Lewy) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4c)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 9
4b1.	Edad del diagnóstico del desorden parkinsoniano (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)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4c1.	¿Cuántas convulsiones ha tenido el participante en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 Ninguna <input type="checkbox"/> 1 1 o 2 <input type="checkbox"/> 2 3 o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido			
4c2.	Edad de la primera convulsión (excluyendo convulsiones infantiles) (999 = Desconocido)	____ _			
4d.	Dolores de cabeza crónicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4e.	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4f.	Hidrocefalia de presión normal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC	
4g1.	Indique la razón o razones de los golpes repetidos en la cabeza: (Marque todas las que apliquen)	4g1a. <input type="checkbox"/> 1 Fútbol americano 4g1b. <input type="checkbox"/> 1 Fútbol (soccer) 4g1c. <input type="checkbox"/> 1 Hockey sobre el hielo 4g1d. <input type="checkbox"/> 1 Boxeo o artes marciales 4g1e. <input type="checkbox"/> 1 Otro deporte de contacto 4g1f. <input type="checkbox"/> 1 Violencia de pareja 4g1g. <input type="checkbox"/> 1 Servicio militar 4g1h. <input type="checkbox"/> 1 Agresión física 4g1i. <input type="checkbox"/> 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) (999 = Desconocido)	____ _			

**Sección 4 – Enfermedades neurológicas***continuación...*

<b>4h.</b>	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> ). <b>(SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5a)</b>	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
<b>4h1.</b>	Después de una lesión en la cabeza, ¿cuál fue el período de tiempo más largo que el participante estuvo inconsciente?	<input type="checkbox"/> 0 Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> 1 5 minutos a menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> 2 30 minutos a menos de 24 horas <input type="checkbox"/> 3 1 día a menos de 7 días	<input type="checkbox"/> 4 7 días o más <input type="checkbox"/> 8 No aplica, nunca perdió el conocimiento <input type="checkbox"/> 9 Duración desconocida	
<b>4h2.</b>	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?	<input type="checkbox"/> 0 Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> 1 5 minutos a menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> 2 30 minutos a menos de 24 horas <input type="checkbox"/> 3 1 día a menos de 7 días	<input type="checkbox"/> 4 7 días o más <input type="checkbox"/> 8 No aplica, nunca se sintió aturdido o confundido <input type="checkbox"/> 9 Duración desconocida	
<b>4h3.</b>	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.	<input type="checkbox"/> 0 Ninguna <input type="checkbox"/> 1 1-2 <input type="checkbox"/> 2 3-5	<input type="checkbox"/> 3 6-12 <input type="checkbox"/> 4 13 o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido	
<b>4h4.</b>	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: <b>(999 = Desconocido)</b>	____ _		
<b>4h5.</b>	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: <b>(999 = Desconocido)</b>	____ _		

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

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

**Sección 5 – Condiciones médicas***continuación...*

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

**Sección 5 – Condiciones médicas***continuación...*

<b>5m2.</b>	Localización primaria: (Marque todas las que apliquen)	<b>5m2a.</b> <input type="checkbox"/> 1 Sangre <b>5m2b.</b> <input type="checkbox"/> 1 Seno <b>5m2c.</b> <input type="checkbox"/> 1 Colon <b>5m2d.</b> <input type="checkbox"/> 1 Pulmón <b>5m2e.</b> <input type="checkbox"/> 1 Próstata <b>5m2f.</b> <input type="checkbox"/> 1 Otro ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____
<b>5m3.</b>	Tipo de tratamiento para cáncer (Marque todas las que apliquen)	<b>5m3a.</b> <input type="checkbox"/> 1 Radiación <b>5m3b.</b> <input type="checkbox"/> 1 Resección quirúrgica <b>5m3c.</b> <input type="checkbox"/> 1 Inmunoterapia <b>5m3d.</b> <input type="checkbox"/> 1 Transplante de médula ósea <b>5m3e.</b> <input type="checkbox"/> 1 Quimioterapia <b>5m3f.</b> <input type="checkbox"/> 1 Terapia hormonal <b>5m3g.</b> <input type="checkbox"/> 1 Otra ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____
<b>5m4.</b>	Edad del diagnóstico de cáncer más reciente (999 = Desconocido)	____ _

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
<b>5n.</b> Infección por COVID-19 — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5o)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>5n1.</b> ¿Requirió hospitalización?		<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
<b>5o.</b> Asma/Enfermedad pulmonar/EPOC (COPD por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>5p.</b> Enfermedad renal crónica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5q)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>5p1.</b> Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
<b>5q.</b> Enfermedad hepática — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5r)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>5q1.</b> Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
<b>5r.</b> Enfermedad vascular periférica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>5r1.</b> Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
<b>5s.</b> Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH o HIV por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5t)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>5s1.</b> Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
<b>5t.</b> Otra enfermedad o procedimiento (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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
<b>6a.</b> Trastorno de depresión				
<b>6a1.</b> Trastorno de depresión mayor (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6a2.</b> Otro trastorno depresivo específico (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6a3.</b> Si existe un trastorno depresivo <b>Reciente/Activo (Q6a1 or Q6a2)</b> , marque si está en tratamiento	<input type="checkbox"/> 0 Sin tratamiento	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento con medicamentos y/o psicoterapia		

**Sección 6 – Enfermedades psiquiátricas***continuación...*

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
<b>6b.</b> Trastorno bipolar (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6c.</b> Esquizofrenia u otro trastorno psicótico (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6d.</b> Trastorno de ansiedad (criterios DSM-5-TR*) (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 6e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6d1.</b> Trastorno de ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6d2.</b> Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6d3.</b> Trastorno obsesivo compulsivo (TOC u OCD por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6d4.</b> Otro (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6e.</b> Trastorno de estrés post-traumático (TEP o PTSD por sus siglas en inglés) (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6f.</b> 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> )	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<b>6g.</b> Otros trastornos psiquiátricos (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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.**

<b>7a.</b> Qué edad tenía la participante cuando tuvo su primer período menstrual? (888 = Nunca tuvo un período menstrual, 999 = Desconocido) (SI NO TUVO UN PERÍODO MENSTRUAL, SALTE A LA PREGUNTA 7d)	_____
<b>7b.</b> ¿Qué edad tenía la participante cuando tuvo su último período menstrual? (888 = Si todavía menstruando, 999 = Desconocido) (SI TODAVÍA MENSTRUANDO, SALTE A LA PREGUNTA 7d)	_____
<b>7c.</b> Si la participante ha dejado de tener períodos menstruales, indique el motivo. (Marque todas las que apliquen) <div> <b>7c1.</b> <input type="checkbox"/> 1 Menopausia natural  <b>7c2.</b> <input type="checkbox"/> 1 Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)  <b>7c3.</b> <input type="checkbox"/> 1 Extirpación quirúrgica de ambos ovarios  <b>7c4.</b> <input type="checkbox"/> 1 Quimioterapia para cáncer u otra afección  <b>7c5.</b> <input type="checkbox"/> 1 Tratamiento de radiación u otros daños/lesiones a los órganos reproductivos  <b>7c6.</b> <input type="checkbox"/> 1 Suplementos hormonales (por ej., pastillas anticonceptivas, inyecciones, Mirena, terapia de reemplazo hormonal [HRT por sus siglas en inglés])  <b>7c7.</b> <input type="checkbox"/> 1 Medicamento antiestrogénico como tamoxifeno, anastrozol (Arimidex), exemestano (Aromasin), or letrozol (Femara)  <b>7c8.</b> <input type="checkbox"/> 1 Desconocido  <b>7c9.</b> <input type="checkbox"/> 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____           </div>	
<b>7d.</b> ¿La participante ha tomado pastillas o parches de reemplazo hormonal femenino (por ej., estrógeno)? (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 7e)	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 DSC
<b>7d1.</b> ¿Cuántos años en total? (999 = Desconocido)	_____
<b>7d2.</b> Edad de primer uso (999 = Desconocido)	_____
<b>7d3.</b> Edad de último uso (888= Usando actualmente, 999 = Desconocido)	_____
<b>7e.</b> ¿La participante alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas? (SI NO O DESCONOCIDO, TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ)	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 DSC
<b>7e1.</b> ¿Cuántos años en total? (999 = Desconocido)	_____
<b>7e2.</b> Edad de primer uso (999 = Desconocido)	_____
<b>7e3.</b> Edad de último uso (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: \_\_\_\_\_

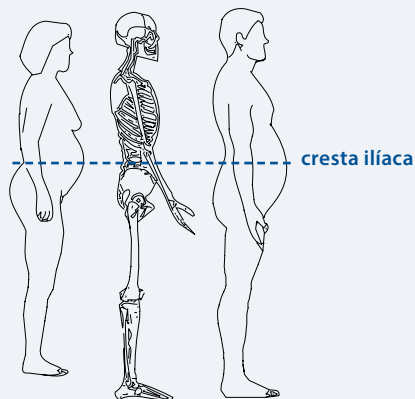
Idioma: <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	Modo: <input type="checkbox"/> 1 En persona <input type="checkbox"/> 0 No completado (razón): ____	Clave (razón por la que no se completó): 94=Visita remota 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega 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](http://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>		
<b>5a. Presión arterial del participante - Brazo Izquierdo:</b>			
• Medida 1	____/____	(888/888= no evaluada)	
• Medida 2	____/____	(888/888= no evaluada)	
<b>5b. Presión arterial del participante - Brazo Derecho:</b>			
• 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 (UPDRS<sup>1</sup>) - Examen Motor

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"/> 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.

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

### 3. Temblor de reposo

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

<sup>1</sup>UPDRS 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)*

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

**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)*

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

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

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

**11. Postura**

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

<b>12. Marcha</b>	<input type="checkbox"/> 0 Normal <input type="checkbox"/> 1 Camina lentamente, puede arrastrar los pies con pasos cortos, pero sin festinación (aceleración de los pasos) o propulsión <input type="checkbox"/> 2 Camina con dificultad, pero no requiere, o requiere poca ayuda; puede tener algo de festinación, pasos cortos o propulsión <input type="checkbox"/> 3 Perturbación severa de la marcha que requiere ayuda <input type="checkbox"/> 4 Incapaz de caminar, aún con ayuda <input type="checkbox"/> 8 No se puede evaluar ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____
<b>13. Estabilidad de la postura</b> <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>	<input type="checkbox"/> 0 Erguido normal <input type="checkbox"/> 1 Retropulsión, pero se recupera sin ayuda <input type="checkbox"/> 2 Ausencia de respuesta postural; se cae si el examinador no lo sujeta <input type="checkbox"/> 3 Muy inestable, tiende a perder el equilibrio espontáneamente <input type="checkbox"/> 4 Incapaz de pararse sin ayuda <input type="checkbox"/> 8 No se puede evaluar ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____
<b>14. Bradicinesia e hipocinesia del cuerpo</b> <i>(combinación de enlentecimiento, titubeos, disminución en el balanceo de brazos, amplitud reducida y pobreza de movimiento en general)</i>	<input type="checkbox"/> 0 Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Enlentecimiento mínimo, da al movimiento un carácter deliberado; puede ser normal para algunas personas; posible reducción en la amplitud <input type="checkbox"/> 2 Enlentecimiento leve y pobreza de movimiento definitivamente anormal; alternatively, alguna reducción en la amplitud <input type="checkbox"/> 3 Enlentecimiento moderado, pobreza o amplitud disminuida en el movimiento <input type="checkbox"/> 4 Enlentecimiento marcado, pobreza o amplitud disminuida en el movimiento <input type="checkbox"/> 8 No se puede evaluar ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____
<b>15. Puntaje Total del UPDRS</b> <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: <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	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 Demencia<sup>1</sup>

Deterioro					
Por favor escriba los puntajes (abajo):	Ninguno = 0	Cuestionable = 0.5	Leve = 1	Moderado = 2	Severo = 3
<b>1. Memoria</b> ____ • ____	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
<b>2. Orientación</b> ____ • ____	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
<b>3. Juicio y solución de problemas</b> ____ • ____	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
<b>4. Actividades comunitarias</b> ____ • ____	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

<sup>1</sup>Morris 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 demencia<sup>1</sup>**

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 <sup>2</sup> ____ . ____	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 <sup>3</sup> ____ . ____	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

<sup>2</sup>Extraído de *Frontotemporal Dementia Multicenter Instrument & MR Study* (Mayo Clinic, UCSF, UCLA, UW).<sup>3</sup>Extraído 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)<sup>1</sup>**

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 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.	<b>Delirios</b> – ¿Tiene el paciente creencias falsas, como creer que otras personas le están robando o que planean hacerle daño de alguna manera?	2a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	2b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3.	<b>Alucinaciones</b> – ¿Tiene el paciente alucinaciones como visiones o voces falsas? ¿Actúa como si oyera o viera cosas que no están presentes?	3a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	3b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4.	<b>Agitación o agresividad</b> – ¿Se resiste el paciente a la ayuda de otros o es difícil de manejar?	4a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	4b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5.	<b>Depresión o disforia</b> – ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o dice que está deprimido?	5a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	5b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
6.	<b>Ansiedad</b> – ¿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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	6b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7.	<b>Euforia o exaltación</b> – ¿Parece que el paciente se siente demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	7a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	7b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8.	<b>Apatía o indiferencia</b> – ¿Parece el paciente menos interesado en sus actividades habituales o en las actividades y planes de los demás?	8a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	8b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
9.	<b>Desinhibición</b> – ¿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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	9b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10.	<b>Irritabilidad o labilidad</b> – ¿Se muestra el paciente irritable o impaciente? ¿Tiene dificultad para lidiar con retrasos o para esperar actividades planeadas?	10a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	10b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

<sup>1</sup>Copyright© 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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	11b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	12b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	13b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## Formulario B6: EVALUACIÓN CONDUCTUAL – Escala de Depresión Geriátrica (GDS)<sup>1</sup>

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 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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2. ¿Ha dejado muchas de sus actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
4. ¿Se aburre a menudo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
8. ¿Siente a menudo que nada o nadie le puede ayudar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
10. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo/a en este momento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
12. ¿Se siente inútil de la manera en que está en este momento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
14. ¿Siente que su situación no tiene remedio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
16. Sume todas las respuestas marcadas para el Puntaje Total de GDS (puntaje máximo=15; no se completó=88)	_____		

<sup>1</sup>Sheikh 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 (FAS<sup>1</sup>)

ADRC: \_\_\_\_\_

PTID: \_\_\_\_\_

Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Visita #: \_\_\_\_\_

Iniciales del Examinador: \_\_\_\_\_

<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	<b>Modo:</b> <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): ____	<b>Clave</b> 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	<b>Clave (razón por la que no se completó):</b> 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	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
2. Organizar documentos para la declaración de impuestos, asuntos de negocio u otro tipo de documentos	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3. Hacer compras por sí mismo/a (por ej., comprar ropa, cosas para la casa o alimentos)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4. Participar en pasatiempos o en juegos de destreza como cartas, dominó, o ajedrez	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5. Calentar agua, preparar una taza de café, apagar la estufa/horno	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
6. Preparar una comida balanceada	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7. Estar al tanto de las noticias o eventos actuales	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8. Prestar atención y entender un programa de televisión, un libro o una revista	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
9. Recordar citas, eventos familiares, días festivos, toma de medicamentos	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10. Viajar fuera de su vecindario, manejar un automóvil, o planear un viaje usando transporte público	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

<sup>1</sup>Adaptado 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: <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	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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3b. Temblor de extremidad en reposo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3c. Temblor de extremidad - postural	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3d. Temblor de extremidad - cinético	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3e. Rigidez de extremidad - brazo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3f. Rigidez de extremidad - pierna	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3g. Distonía de extremidad - brazo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3h. Distonía de extremidad - pierna	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
3i. Corea	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3k. Rigidez axial	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3l. Inestabilidad postural	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3m. "Cara de máscara"	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
3n. Postura encorvada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
4b. Hallazgos en la cara o extremidades en la distribución de UMN <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
4c. Hallazgos en la cara o extremidades en la distribución de LMN <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
4d. Pérdida de campo visual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
4e. Ataxia de extremidad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
4f. Mioclonías	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4h. Afasia (ignore quejas de disnomia leve si no se consideran un cambio clínicamente significativo)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4i. Fenómeno de miembro alienígena/ajeno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4j. Heminegligencia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4k. Prosopagnosia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4l. Simultanagnosia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4m. Ataxia óptica	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4n. Apraxia de la mirada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4o. Parálisis de la mirada horizontal y/o vertical**	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4p. Disartria*	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4q. Apraxia del habla	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

<sup>a</sup>Los hallazgos de UMN<sup>a</sup> pueden incluir debilidad en un patrón piramidal, hiperreflexia, signo de Babinski o signo de Hoffman presentes, o espasticidad; Los hallazgos de LMN<sup>a</sup> 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<sup>a</sup>, PLS<sup>a</sup>, SMA<sup>a</sup>, PSP<sup>a</sup>, CBS<sup>a</sup>, etc.

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

<sup>a</sup>consultar 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<sup>a</sup> (por ej., disfunción de la neurona motora superior y/o disfunción de la neurona motora inferior):

**Considere completar el ALSFRS-R<sup>a</sup>**

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

**Considere completar el PSPRS<sup>a</sup>**

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<sup>a</sup> y/o el CBFS<sup>a</sup>**

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<sup>a</sup>**

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.**

**<sup>a</sup>Sección 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: <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	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 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0 No (TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 11) <input type="checkbox"/> 1 Sí
9. Indique si el participante está significativamente afectado en los siguientes dominios cognitivos o si su cognición fluctúa:	
<b>Cognición</b>	<b>No</b> <b>Sí</b> <b>Desconocido</b>
9a. <b>Memoria</b> — ¿El participante olvida conversaciones y/o fechas, repite preguntas o afirmaciones, o extravía cosas más de lo normal?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
9b. <b>Orientación</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9

**Sección 2 – Deterioro cognitivo***continuación...*

	No	Sí	Desconocido
<b>9c. Función ejecutiva (juicio, planeación y resolución de problemas)</b> — ¿El participante tiene dificultad para planificar actividades complejas como viajes, transacciones financieras, fiestas o reuniones grupales?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>9d. Lenguaje</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>9e. Función visuoespacial</b> — ¿El participante tiene dificultad para interpretar estímulos visuales o para orientarse en entornos familiares?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>9f. Atención/concentración</b> — ¿El participante tiene una atención breve/de corto plazo o capacidad limitada para concentrarse? ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>9g. Cognición fluctuante</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>9h. Otro (ESPECIFICAR):</b> _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>9i.</b> Si alguno de los síntomas cognitivos en 9a-9h 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)).	_____		
<b>10. Modo de inicio del deterioro cognitivo:</b> Indique el modo de inicio del problema cognitivo <b>más prominente</b> que está causando las quejas del participante y/o afectando la función del participante.	<input type="checkbox"/> 1 Gradual <input type="checkbox"/> 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 2 Subagudo <input type="checkbox"/> 99 Desconocido <input type="checkbox"/> 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.

<b>11.</b> Basado en el criterio clínico, ¿está el participante experimentando síntomas neuropsiquiátricos significativos o cambios significativos en su comportamiento?	<input type="checkbox"/> 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 14)	<input type="checkbox"/> 1 Sí
<b>12.</b> Especifique el fenotipo de síntomas neuropsiquiátricos significativos o cambios significativos en el comportamiento que se ha manifestado <b>en el último mes</b> .		
<b>Estado de ánimo, motivación y agitación</b>	No	Sí
<b>12a. Apatía/aislamiento</b> — ¿El participante ha perdido interés en su entorno, ha perdido interés en hacer cosas o ha perdido la motivación para iniciar nuevas actividades?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>12b. Estado de ánimo deprimido</b> — ¿El participante parece triste o deprimido o dice que se siente triste o deprimido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>12c. Ansiedad</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>12d. Euforia</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>12e. Irritabilidad</b> — ¿El participante se irrita o se altera fácilmente? ¿Cambia rápidamente de estado de ánimo? ¿Está anormalmente impaciente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>12f. Agitación</b> — ¿El participante se molesta o se enoja fácilmente, es difícil de manejar, no coopera o resiste el cuidado de otros?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

**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)).* \_\_\_\_\_

Psicosis y control de impulsos		No	Sí	Desconocido
<b>12h.</b>	<b>Alucinaciones visuales</b> - ¿El participante demuestra percepciones visuales en ausencia de estímulos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12h1.</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ</b> , ¿sus alucinaciones incluyen patrones que no son objetos definidos, como la pixelación de superficies uniformes planas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12h2.</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ</b> , ¿sus alucinaciones incluyen imágenes bien formadas y detalladas de objetos o personas, ya sea como imágenes independientes o como parte de otros objetos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12i.</b>	<b>Alucinaciones auditivas</b> - ¿El participante demuestra percepciones auditivas en ausencia de estímulos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12i1.</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ</b> , ¿sus alucinaciones incluyen sonidos simples como golpeteos u otros sonidos simples?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12i2.</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ</b> , ¿sus alucinaciones incluyen sonidos complejos como música o voces que hablan?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12j.</b>	<b>Delirios</b> - ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12k.</b>	<b>Agresión</b> — ¿El participante grita con ira, cierra las puertas a golpes, trata de herir o pegarle a otros, o demuestra comportamientos verbal o físicamente agresivos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12l.</b>	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> _____			

Personalidad		No	Sí	Desconocido
<b>12m.</b>	<b>Desinhibición</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12n.</b>	<b>Cambio de personalidad</b> — ¿El participante exhibe un comportamiento extraño o atípico, como desconfianza ( <i>sin delirios</i> ), coleccionismo, vestimenta o conductas alimenticias inusuales?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12o.</b>	<b>Falta de empatía</b> — ¿El participante no tiene en cuenta los sentimientos de los demás?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12p.</b>	<b>Obsesiones y/o compulsiones</b> — ¿El participante se enfoca repetida y excesivamente en ideas o actividades particulares, o ha desarrollado nuevos hábitos, como conductas motoras o expresiones repetitivas/estereotipadas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12q.</b>	<b>Ira explosiva</b> — ¿El participante se irrita con facilidad? ¿Muestra explosiones de ira o rabia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12r.</b>	<b>Consumo de sustancias</b> — ¿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> )?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12r1.</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ</b> , registre la(s) sustancia(s) involucrada(s): <i>(Marque todas las que correspondan)</i>	<b>12r1a.</b> <input type="checkbox"/> 1 Alcohol <b>12r1b.</b> <input type="checkbox"/> 1 Sedante/hipnótico <b>12r1c.</b> <input type="checkbox"/> 1 Opiáceo <b>12r1d.</b> <input type="checkbox"/> 1 Cocaína <b>12r1e.</b> <input type="checkbox"/> 1 Cannabis <b>12r1f.</b> <input type="checkbox"/> 1 Otro ( <b>ESPECIFICAR</b> ): _____		

**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)).* \_\_\_\_\_

Sueño REM		No	Sí	Desconocido
<b>12t.</b>	<b>Trastorno de conducta durante el sueño con movimientos oculares rápidos</b> (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> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>12t1.</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ</b> , ¿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>	_____		
<b>12t2.</b>	¿El trastorno del comportamiento del sueño REM fue confirmado por polisomnografía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

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

**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:**

<b>14.</b>	Basado en el criterio clínico, ¿el participante está actualmente experimentando algún cambio significativo en la función motora?	<input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 19) <input type="checkbox"/> 1 Sí
------------	--	--

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

Función motora		No	Sí	Desconocido
<b>15a.</b>	<b>Trastorno de la marcha</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>15b.</b>	<b>Caídas</b> — ¿El participante ha experimentado un aumento en la frecuencia de las caídas comparado con su línea de base antes del inicio del síndrome actual?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>15c.</b>	<b>Lentitud</b> — ¿El participante ha disminuido notablemente su velocidad al caminar, moverse o escribir a mano, no debido a una lesión o enfermedad?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>15d.</b>	<b>Temblores</b> — ¿El participante ha experimentado temblores rítmicos, especialmente en las manos, brazos, piernas, cabeza, boca o lengua?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>15e.</b>	<b>Debilidad en las extremidades</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>15f.</b>	<b>Cambio en la expresión facial</b> — ¿La expresión facial del participante ha cambiado o se ha vuelto más "rígida" o inexpresiva?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
<b>15g.</b>	<b>Cambio en el habla</b> — ¿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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

**Sección 4 – Cambios motores***continuación...*

<b>15h.</b>	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))			_____									
<b>16.</b>	<b>Modo de inicio de los cambios motores:</b> Indique el modo de inicio del problema motor <b>más prominente</b> que está causando las quejas del participante y/o afectando la función del participante.	<input type="checkbox"/> 1 Gradual <input type="checkbox"/> 2 Subagudo <input type="checkbox"/> 3 Abrupto	<input type="checkbox"/> 4 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 99 Desconocido										
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>Desconocido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>	No	Sí	Desconocido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
No	Sí	Desconocido											
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9											
<b>17.</b>	¿Los cambios en la función motora son sugestivos de parkinsonismo?												
<b>18.</b>	¿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**

<b>19.</b>	Curso general del síndrome cognitivo/conductual/motor:	<input type="checkbox"/> 1 Progresión gradual <input type="checkbox"/> 2 Escalonado <input type="checkbox"/> 3 Estático <input type="checkbox"/> 4 Fluctuante <input type="checkbox"/> 5 Mejor que antes <input type="checkbox"/> 8 No aplicable <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
<b>20.</b>	Indique el dominio <b>predominante</b> que se reconoció primero como alterado en el participante:	<input type="checkbox"/> 1 Cognición <input type="checkbox"/> 2 Conducta <input type="checkbox"/> 3 Función motora <input type="checkbox"/> 8 No aplicable <input type="checkbox"/> 9 Desconocido

## Formulario C2: Puntajes de la Batería Neuropsicológica

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"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0 No (Indique el código, 95 – 98): ____ (SALTE A LA PREGUNTA 2A) <input type="checkbox"/> 1 Sí (SIGA A LA PREGUNTA 1B)
1b.	El MoCA fue administrado:	<input type="checkbox"/> 1 En el ADRC o clínica <input type="checkbox"/> 2 En el hogar del participante <input type="checkbox"/> 3 En persona — otro
1c.	Idioma de administración del MoCA:	<input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFIQUE): _____
1d.	El participante no pudo completar una o más secciones debido a un problema visual:	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí
1e.	El participante no pudo completar una o más secciones debido a un problema auditivo:	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 1 En el ADRC o clínica <input type="checkbox"/> 2 En el hogar del participante <input type="checkbox"/> 3 En persona — otro
2b.	Idioma de administración:	<input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español <input type="checkbox"/> 3 Otro ( <b>ESPECIFICAR</b> ): _____

**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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 4a.</b> )	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 6a.</b> )	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 7a.</b> )	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 8b.</b> )	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 9a.</b> )	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 10a.</b> )	____ (0–17, 95–98)
9b.	¿Se reconoce el estímulo original entre las cuatro opciones?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 11a.</b> )	____ (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	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 11d.</b> )	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 12.</b> )	____ (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. <b>SALTE A LA PREGUNTA 16a.</b> )	____ (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	<input type="checkbox"/> 1 Lista mostrada <input type="checkbox"/> 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. <b>SALTE A LA PREGUNTA 16a.)</b></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) <i>(99=Desconocido)</i>	____ (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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 16a.)</b></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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 16a.)</b></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 <b>SALTE A LA PREGUNTA 17a)</b></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 <i>(88 = No aplica)</i>	____ (0–32, 88)
16e.	Clave fonológica: Número de claves proporcionadas	____ (0–32)
16f.	Clave fonológica: Número de palabras correctas con clave <i>(88 = No aplica)</i>	____ (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:	<input type="checkbox"/> 1 Superior a lo normal para su edad <input type="checkbox"/> 2 Normal para su edad <input type="checkbox"/> 3 Uno o dos puntajes fueron anormales <input type="checkbox"/> 4 Tres o más puntajes fueron anormales o más bajos de lo esperado <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 1 Muy válidas, probablemente una indicación precisa de las habilidades cognitivas del participante <b>(TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ)</b> <input type="checkbox"/> 2 Cuestionablemente válidas, posiblemente una indicación inexacta de las habilidades cognitivas del participante <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 1 Impedimento auditivo 18b2. <input type="checkbox"/> 1 Distracciones 18b3. <input type="checkbox"/> 1 Interrupciones 18b4. <input type="checkbox"/> 1 Falta de esfuerzo o desinterés 18b5. <input type="checkbox"/> 1 Fatiga 18b6. <input type="checkbox"/> 1 Problemas emocionales 18b7. <input type="checkbox"/> 1 Asistencia no permitida 18b8. <input type="checkbox"/> 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<sup>a</sup>, MCI<sup>a</sup>/MBI<sup>a</sup>, 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 FTLD<sup>a</sup> o DLB<sup>a</sup> y/o dominios de comportamiento o lenguaje FTLD<sup>a</sup>=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<sup>a</sup>/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<sup>a</sup>, 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**)

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento

**Sección 1 – Nivel de deterioro***continuación...***Criterios clínicos principales para MCI<sup>a</sup>***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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup>/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<sup>a</sup> (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<sup>a</sup>/demencia” es captar a aquellas personas con evidencia de deterioro cognitivo que no cumplen con los criterios formales de MCI<sup>a</sup>.

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

5. ☐ 1 Evidencia de impedimento funcional (*por ej., CDR SB<sup>a</sup>>0 y/o FAS<sup>a</sup>>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<sup>a</sup>=0 and FAS<sup>a</sup>=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<sup>a</sup>/demencia?

- ☐ 0 No (**SALTE A LA PREGUNTA 7**)
- ☐ 1 Sí (**SALTE A LA PREGUNTA 7**)

**Dominios afectados – Demencia y MCI<sup>a</sup>**

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<sup>a</sup>) 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	<input type="checkbox"/> 1
6b.	Lenguaje	<input type="checkbox"/> 1
6c.	Atención	<input type="checkbox"/> 1
6d.	Función Ejecutiva	<input type="checkbox"/> 1
6e.	Visuoespacial	<input type="checkbox"/> 1
6f.	Comportamiento ( <i>para participantes con demencia solamente; véase MBI para participantes con MCI</i> )	<input type="checkbox"/> 1
6g.	Apraxia	<input type="checkbox"/> 1

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento

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

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

**Domínios afectados por MBI<sup>a</sup> — 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)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7b. Regulación afectiva (por ej., ansiedad, irritabilidad, depresión y/o euforia en el Formulario B9)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7c. Control de impulsos (por ej., obsesiones/compulsiones, cambio de personalidad y/o síntomas de abuso de sustancias en el Formulario B9)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7d. Comportamiento social (por ej., síntomas de desinhibición, cambio de personalidad y/o pérdida de empatía en el Formulario B9)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7e. Contenido del pensamiento/percepción (por ej., delirios y/o alucinaciones en el Formulario B9)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 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<sup>a</sup> o MBI<sup>a</sup>, 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<sup>a</sup> y "deterioro, no MCI<sup>a</sup>"). 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	<input type="checkbox"/> 1
8b. Síndrome predominantemente disejecutivo	<input type="checkbox"/> 1
8c. Presentación primaria visual (como síndrome de atrofia cortical posterior (PCA <sup>a</sup> ))	<input type="checkbox"/> 1
8d. Afasia progresiva primaria (PPA <sup>a</sup> ):	<input type="checkbox"/> 1
8d1. Si está presente, seleccione uno:	
<input type="checkbox"/> 1 PPA <sup>a</sup> semántica	
<input type="checkbox"/> 2 PPA <sup>a</sup> logopénica	
<input type="checkbox"/> 3 PPA <sup>a</sup> no fluente/agramática	
<input type="checkbox"/> 5 Apraxia progresiva primaria del habla	
<input type="checkbox"/> 4 Otra PPA/no especificada	
8e. Variante comportamental del síndrome de demencia frontotemporal (bvFTD <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 1
8f. Síndrome de cuerpos de Lewy	<input type="checkbox"/> 1
8f1. Si está presente, seleccione uno:	
<input type="checkbox"/> 1 Demencia con cuerpos de Lewy	
<input type="checkbox"/> 2 Enfermedad de Parkinson	
<input type="checkbox"/> 3 Síndrome de demencia por enfermedad de Parkinson	

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento

**Sección 2 – Síndrome clínico***continuación...*

		Presente
8g.	Síndrome multidominio no amnésico de dominio múltiple, no PCA <sup>a</sup> , PPA <sup>a</sup> bvFTD <sup>a</sup> o DLB <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 1
8h.	Síndrome de parálisis supranuclear progresiva (PSP <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 1
8h1.	Si está presente, seleccione uno: <input type="checkbox"/> 1 Criterios del síndrome de Richardson <input type="checkbox"/> 2 No-Richardson	
8i.	Síndrome de encefalopatía traumática	<input type="checkbox"/> 1
8j.	Síndrome corticobasal (CBS <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 1
8k.	Atrofia multisistémica (MSA <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 1
8k1.	Si está presente, seleccione uno: <input type="checkbox"/> 1 MSA-Tipo cerebeloso <input type="checkbox"/> 2 MSA-Tipo Parkinsoniano <input type="checkbox"/> 3 MSA-Disautonomía predominante	
8l.	Otro (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1
9b.	Pruebas cognitivas	<input type="checkbox"/> 1
9c.	Biomarcadores (MRI <sup>a</sup> , PET <sup>a</sup> , CSF <sup>a</sup> , plasma)	<input type="checkbox"/> 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<sup>a</sup>, MBI<sup>a</sup>, 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*)	<input type="checkbox"/> 1	10a. <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11.	Otro trastorno depresivo especificado (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	11a. <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12.	Trastorno bipolar (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	12a. <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13.	Esquizofrenia u otro trastorno psicótico (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	13a. <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.	Trastorno de ansiedad (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	14a. <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Si está presente, (ESPECIFIQUE) (marque todas las que correspondan):					
14b.	<input type="checkbox"/> 1 Trastorno de ansiedad generalizada				
14c.	<input type="checkbox"/> 1 Trastorno de pánico				
14d.	<input type="checkbox"/> 1 Trastorno obsesivo-compulsivo				
14e.	<input type="checkbox"/> 1 Otro (ESPECIFIQUE) : _____				

<sup>a</sup>consultar 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) <sup>a</sup> (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	15a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16.	Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo ( <i>por ej., trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dislexia</i> )	<input type="checkbox"/> 1	16a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17.	Delirium (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	17a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.	Otro trastorno psiquiátrico (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 1	18a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18b. Si está <b>presente</b> , (ESPECIFIQUE) : _____						
19.	Lesión cerebral traumática ( <i>Distinto de TES<sup>a</sup> y CTE<sup>a</sup>, que están documentados como un Síndrome Clínico y Diagnóstico Etiológico, respectivamente</i> )	<input type="checkbox"/> 1	19a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20.	Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1	20a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.	Hidrocefalia de presión normal	<input type="checkbox"/> 1	21a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.	Neoplasia del sistema nervioso central	<input type="checkbox"/> 1	22a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22b. Si está <b>presente</b> , seleccione uno: <input type="checkbox"/> 1 Benigna <input type="checkbox"/> 2 Maligna						
23.	Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 1	23a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24.	Deterioro cognitivo post COVID-19	<input type="checkbox"/> 1	24a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25.	Apnea del sueño ( <i>es decir, apnea obstructiva, central, mixta o compleja</i> )	<input type="checkbox"/> 1	25a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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> )	<input type="checkbox"/> 1	26a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26b. Si está <b>presente</b> , (ESPECIFIQUE): _____						
27.	Deterioro cognitivo debido al consumo o abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> 1	27a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28.	Deterioro cognitivo debido al uso o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> 1	28a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29.	Deterioro cognitivo debido a medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	29a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30.	Deterioro cognitivo no especificado	<input type="checkbox"/> 1	30a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30b. Si está <b>presente</b> , (ESPECIFIQUE): _____						
31.	Deterioro cognitivo no especificado	<input type="checkbox"/> 1	31a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31b. Si está <b>presente</b> , (ESPECIFIQUE): _____						
32.	Deterioro cognitivo no especificado	<input type="checkbox"/> 1	32a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
32b. Si está <b>presente</b> , (ESPECIFIQUE): _____						

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento



**<sup>a</sup>Glosario de abreviaturas por sus siglas en inglés**

<b>Abreviatura</b>	<b>Nombre de Español</b>	<b>Nombre de Inglés</b>
<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 Cefalorraquídeo</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 <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
3b.	Consistente con Degeneración Frontotemporal (FTLD <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
3c.	Consistente con Enfermedad de Cuerpos de Lewy (LBD <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
3d.	Consistente con otra etiología ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento

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

4. Biomarcadores en Líquido Cefalorraquídeo (CSF <sup>a</sup> )	No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
4a. Consistente con AD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
4b. Consistente con FTLT <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
4c. Consistente con LBD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
4d. Consistente con otra etiología ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

**Imágenes**

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

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<sup>a</sup>/SPECT<sup>a</sup>**

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

Si se utilizaron en el diagnóstico, indique los resultados:		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Indeterminado</b>	<b>No evaluado</b>
6a1.	Amiloide elevado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6a2.	Patología tau elevada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

6b. <b>FDG<sup>a</sup> PET<sup>a</sup></b> – ¿Se utilizó información o datos de FDG PET para respaldar un diagnóstico etiológico?	<input type="checkbox"/> 0 No ( <b>SALTE LA PREGUNTA 6c</b> ) <input type="checkbox"/> 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales <input type="checkbox"/> 2 Sí, los resultados fueron indeterminados
---	---

	No, inconsistente	Sí, consistente	Indeterminado	No evaluado
6b1. Consistente con AD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6b2. Consistente con FTLT <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6b3. Consistente con LBD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6b4. Consistente con otra etiología ( <b>ESPECIFIQUE</b> ): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

6c. <b>DAT Scan<sup>a</sup></b> – ¿Se utilizó información o datos de un DAT scan <sup>a</sup> para respaldar un diagnóstico etiológico?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí, los resultados fueron normales o anormales <input type="checkbox"/> 2 Sí, los resultados fueron indeterminados
---	---

<sup>a</sup>consultar 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 <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6b2.	Consistente con FTLD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6b3.	Consistente con LBD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
6b4.	Consistente con otra etiología <b>(ESPECIFIQUE):</b> _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

**7. Imágenes Estructurales**

**7a. Imágenes estructurales (es decir, MRI<sup>a</sup> o CT<sup>a</sup>)** – ¿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 <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a2.	Patrón de atrofia consistente con FTLD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a3.	Consistente con enfermedad cerebrovascular (CVD <sup>a</sup> )	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
Si hay evidencia de CVD <sup>a</sup> en las imágenes, indique los hallazgos:			No   Sí	Indeterminado	No evaluado
7a3a.	Infarto(s) de vaso sanguíneo mayor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a3b.	Infarto(s) lacunares	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a3c.	Macrohemorragia(s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a3d.	Microhemorragia(s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a3e.	Hiperintensidad de sustancia blanca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8
7a3e1.	<b>Si SI, marque el nivel de severidad:</b> <input type="checkbox"/> 1 Hiperintensidad de sustancia blanca moderada (puntuación de CHS 5-6) <input type="checkbox"/> 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

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento

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

		<b>No, inconsistente</b>	<b>Sí, consistente</b>	<b>Indeterminado</b>	<b>No evaluado</b>
8a.	Consistente con AD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
8b.	Consistente con FTLD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
8c.	Consistente con LBD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
8d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

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

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

		<b>No, inconsistente</b>	<b>Sí, consistente</b>	<b>Indeterminado</b>	<b>No evaluado</b>
9a.	Consistente con AD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
9b.	Consistente con FTLD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
9c.	Consistente con LBD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
9d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

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

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

		<b>No, inconsistente</b>	<b>Sí, consistente</b>	<b>Indeterminado</b>	<b>No evaluado</b>
10a.	Consistente con AD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
10b.	Consistente con FTLD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
10c.	Consistente con LBD <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
10d.	Consistente con otra etiología (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**Apoyo genético**

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

☐<sub>0</sub> No  
☐<sub>1</sub> Sí  
☐<sub>9</sub> Desconocido/No divulgado

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

<sup>a</sup>consultar glosario al final del documento

**<sup>a</sup>Glosario 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