



***Este formulario debe ser completado por un miembro de su familia o amigo cercano.
NO por parte del paciente.
Gracias***

Completado por: _____ Relación con el paciente:

Teléfono:
Casa () _____ Trabajo () _____ Móvil () _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha:

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Área metropolitana más cercana: _____ Distancia al área metropolitana más
cercana: _____

Teléfono:
Casa () _____ Trabajo () _____ Móvil () _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: [] M [] F

Educación (nivel): _____

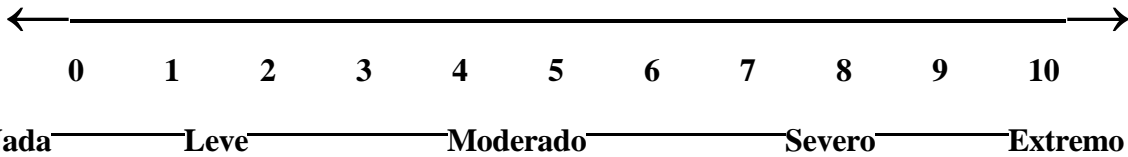
Raza o grupo étnico: _____ Religión: _____

Ciudadanía: _____

Idioma principal: _____ Idioma secundario: _____

Mano usada para escribir (marque uno): [] derecha [] izquierda

Debajo hay una lista de los síntomas que puede o no estar sintiendo su miembro de familia. Si el o ella tiene un síntoma, determine la severidad en una escala de 1 a 10 (**1 = mínima, 10 = extrema**), e indique si el síntoma es actual (**relacionado con una lesión o accidente en los últimos 12 meses**) o previo (**existente antes de la lesión o accidente**). Puede tener síntomas que han variado a través del tiempo y/o existían antes del accidente. Si es así, indique la severidad de los dos casos (antes y después del accidente) Esto nos ayuda a entender cómo los síntomas han cambiado a través del tiempo. Recuerde, solo indique la severidad de los síntomas que su miembro de familia tenga. **Si el o ella no tiene ese síntoma, deje el casillero vacío.**



Habilidad para solucionar problemas:

Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Dificultad para entender como hacer cosas nuevas
_____	_____	Dificultad para planificar a futuro
_____	_____	Dificultad para resolver problemas que la mayoría de gente puede
_____	_____	Dificultad para pensar con la rapidez requerida
_____	_____	Dificultad para hacer cosas en el orden correcto (problemas de secuencia)
_____	_____	Dificultad para describir verbalmente los pasos requeridos para completar una tarea
_____	_____	Dificultad para alterar un plan o actividad en una cantidad de tiempo razonable
_____	_____	Dificultad para hacer más de una cosa a la vez
_____	_____	Dificultad para cambiar de una actividad a otra
_____	_____	Se frustra fácilmente
		Otros problemas para solucionar dificultades:
_____	_____	_____
_____	_____	_____



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

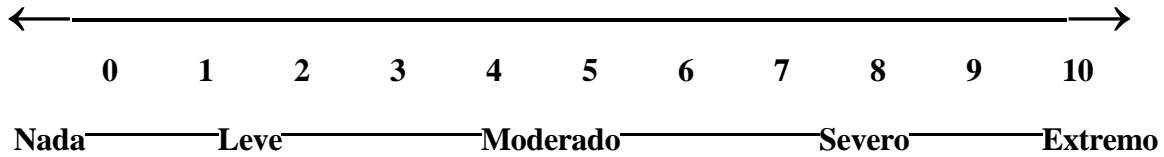
Nada Leve Moderado Severo Extremo

Habla, lenguaje y habilidad académica:

Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Dificultad para hallar la palabra adecuada al expresarse
_____	_____	Dificultad para entender lo que otros le dicen
_____	_____	Inhabilidad para hablar
_____	_____	Dificultad para mantener una idea fija
_____	_____	Dificultad para escribir letras o palabras (no debido a problemas motores)
_____	_____	Balbucear al hablar
_____	_____	Sonidos inusuales o extraños al hablar
_____	_____	Dificultad con las matemáticas (por ejemplo con la contabilidad de su chequera, calculando el cambio correcto, etc.)
_____	_____	Dificultad para entender lo que leo
_____	_____	Dificultad para deletrear
_____	_____	Dificultades para seguir direcciones o instrucciones
_____	_____	Otros problemas del habla, lenguaje o académicos: _____

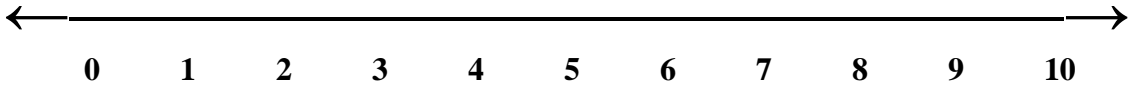
Concentración y vigilancia:

Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Muy distraído
_____	_____	Perder el hilo de sus pensamientos
_____	_____	Problemas con la concentración
_____	_____	Confundirse o desorientarse fácilmente
_____	_____	Desmayos
_____	_____	La mente en blanco
_____	_____	No sentirse muy alerta o conciente de lo que sucede a su alrededor
_____	_____	Otros problemas de concentración o vigilancia: _____



Memoria:

Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Olvidarse donde deja las cosas (por ejemplo sus llaves, guantes, etc.)
_____	_____	Olvidarse los nombres de las personas
_____	_____	Olvidarse de lo que debería estar haciendo
_____	_____	Problemas orientándose en lugares donde había estado antes
_____	_____	Olvidarse de quien es y/o adonde va
_____	_____	No tener conciencia del tiempo (por ejemplo hora del día, estación, año)
_____	_____	Olvidarse la hora del día
_____	_____	Olvidarse eventos que sucedieron recientemente (por ejemplo su última comida)
_____	_____	Olvidarse eventos que sucedieron hace mucho tiempo (meses o años)
_____	_____	Necesitar que alguien le de una pista para poder acordarse de las cosas
_____	_____	Depender de apuntes con más frecuencia para recordar las cosas
_____	_____	Olvidarse del orden en que se hacen ciertas tareas (por ejemplo al cocinar, etc.)
_____	_____	Olvidarse de hechos, pero recordar como se hacen ciertas tareas
_____	_____	Olvidarse de como se hacen ciertas tareas, pero recordar hechos
_____	_____	Olvidarse la cara de gente que conoce (cuando no están presentes)
_____	_____	Olvidarse de sus citas con frecuencia
_____	_____	Otros problemas de memoria:
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Nada ————— **Leve** ————— **Moderado** ————— **Severo** ————— **Extremo**

Coordinación y movimiento motor:

Actual Antes de la lesión/accidente

_____ _____ Dificultades hacienda cosas que debería poder realizar automáticamente

(por ejemplo lavarse los dientes, peinarse el cabello, etc.)

_____ _____ Problemas dibujando o copiando

_____ _____ Dificultad para vestirse

_____ _____ Decaer en su habilidad musical

_____ _____ Escritura muy pequeña

_____ _____ Escritura muy grande

_____ _____ Reaccionar con lentitud

_____ _____ Caminar más lentamente que otras personas

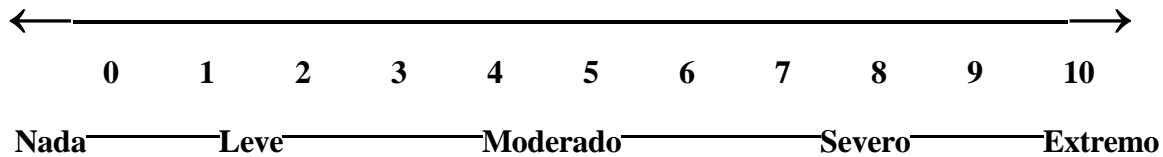
_____ _____ Problemas de equilibrio

_____ _____ Dificultad para iniciar un movimiento

_____ _____ Golpearse frecuentemente con objetos al moverse

Otros problemas de coordinación o movimiento motor:

_____ _____ _____

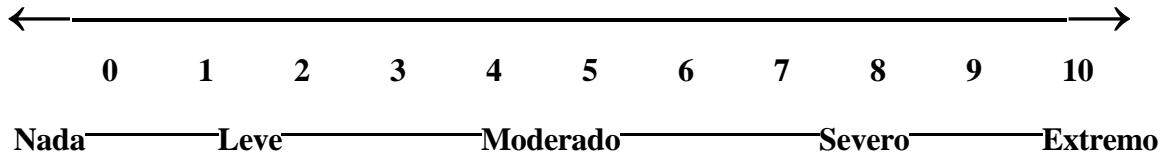


Coordinación y movimiento motor (continuado):

Actual	Antes de la lesión/accidente	<i>Marque el lado :</i>	<u>Derecho</u>	<u>Izq.</u>	<u>Ambos</u>
_____	_____	Problemas controlando el movimiento motor fino (por ejemplo al usar un lápiz, llave, etc.)	[]	[]	[]
_____	_____	Debilidad o parálisis en un lado del cuerpo	[]	[]	[]
_____	_____	Dificultad sosteniendo o asiendo objetos	[]	[]	[]
_____	_____	Temblor	[]	[]	[]
_____	_____	Tics musculares o movimientos extraños	[]	[]	[]
_____	_____	Espasmo muscular	[]	[]	[]
_____	_____	Sensación de rigidez	[]	[]	[]
_____	_____	Tirones en los músculos	[]	[]	[]
_____	_____	Músculos se cansan rápido	[]	[]	[]
_____	_____	Se le caen los objetos de la mano o tiene dificultades usando herramientas	[]	[]	[]
_____	_____	Otros: _____	[]	[]	[]

Sensorio:

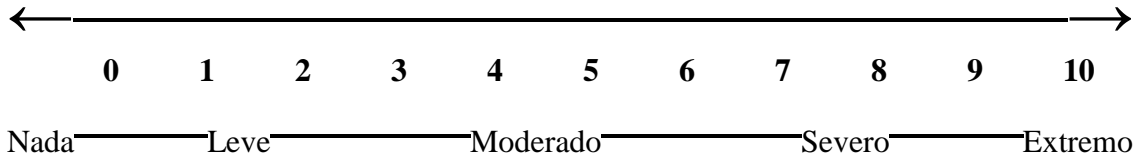
Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Pérdida del sentido del gusto, mal sabor en la boca
_____	_____	Dificultad sintiéndole el sabor a la comida
_____	_____	Dificultad para diferenciar la derecha de la izquierda
_____	_____	Dificultad al mover la mirada rápidamente de un objeto a otro
_____	_____	Dificultad para reconocer lugares u objetos
_____	_____	Necesitar entrecerrar los ojos u acercarse para ver mejor
_____	_____	Visión doble
_____	_____	Ver cosas inusuales



Sensorio (continuado):

- _____ _____ Visión borrosa
- _____ _____ Manchas blancas en su visión
- _____ _____ Períodos cortos de ceguera
- _____ _____ Ver “estrellas” o destellos de luz
- _____ _____ Pérdida de visión

Actual	Antes de la lesión/accidente	Marque el lado :	<u>Derecho</u>	<u>Izq.</u>	<u>Ambos</u>
_____	_____	Pérdida del sentido del tacto o adormecimiento	[]	[]	[]
_____	_____	Cosquilleo o sensaciones extrañas en la piel	[]	[]	[]
_____	_____	Sensación de agujeta en la piel	[]	[]	[]
_____	_____	Dificultad diferenciando lo frío de lo caliente	[]	[]	[]
_____	_____	Pérdida de sensación	[]	[]	[]
_____	_____	Ardor en la piel	[]	[]	[]
_____	_____	Problemas de visión en un lado	[]	[]	[]
_____	_____	Sentir que partes de su cuerpo no le pertenecen o son foráneas	[]	[]	[]
_____	_____	Pérdida de audición	[]	[]	[]
_____	_____	Sordera	[]	[]	[]
_____	_____	Escuchar cosas inusuales	[]	[]	[]
_____	_____	Zumbido en los oídos o escuchar Sonidos extraños	[]	[]	[]
_____	_____	No tener conciencia de las cosas en un lado de su cuerpo	[]	[]	[]
_____	_____	Otro: _____	[]	[]	[]
_____	_____	_____	[]	[]	[]



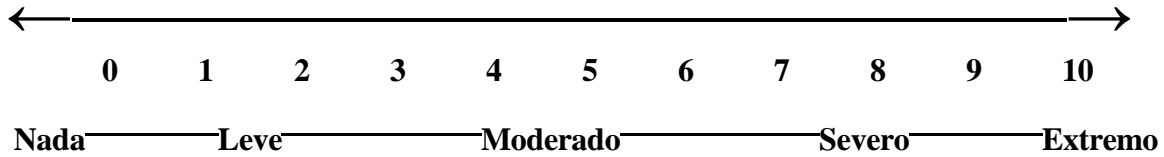
Comportamiento:

Actual	Antes de la lesión/accidente
--------	------------------------------

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Tristeza o depresión |
| _____ | _____ | Ansiedad o nerviosismo |
| _____ | _____ | Estrés |
| _____ | _____ | Problemas relacionados con el sueño:
[] dormirse [] mantenerse dormido |
| _____ | _____ | Enojarse con mayor facilidad |
| _____ | _____ | Euforia (sentirse como si estuviera en la cima del mundo) |
| _____ | _____ | Mucho mas emocional (por ejemplo llorar más fácilmente) |
| _____ | _____ | Pérdida de interés |
| _____ | _____ | Cambio en actitud |
| _____ | _____ | Hacer cosas automáticamente (sin pensarlas) |
| _____ | _____ | Dificultad para ser espontáneo |
| _____ | _____ | Cambio en hábitos de alimentación: _____ |
| _____ | _____ | Cambio en su interés por el sexo: _____ |
| _____ | _____ | Otros cambios recientes en su comportamiento o personalidad:
_____ |

¿Usa anteojos o lentes de contacto? [] Si [] No

Si su respuesta si, ¿Por qué motivo? _____



Físico:

¿El o Ella tiene problemas con alguna de estas actividades? Si su respuesta es si, por favor califica la gravedad del problema del 1 al 10.

Actividad	Si	No	Gravedad	Actividad	Si	No	Gravedad
Sentir				Prensil			
Alcanzar				Hablar			
Ver				Escuchar			
Pararse				Sentarse			
Caminar				Trepar			
Agacharse				Equilibrarse			
Arrodillarse				Inclinarse			
Alzar				Respirar			
Manejar				Otro:			

¿El o Ella tiene problemas particulares en estos ambientes?:

	Si	No	Gravedad		Si	No	Gravedad
Adentro				Sucio o polvoriento			
Afuera				Ruidoso			
Calor				Alturas			
Frio				Vibraciones			
Húmedo o mojado				Condiciones tóxicas			

El o Ella tiene problemas con:

	Si	No	Gravedad		Si	No	Gravedad
Intestino				Nausea			
Urinar				Actividad sexual usual			
Dolores de cabeza				Funciones femeninas			
Vértigo				Cansancio excesivo			
Otro:				Otro			

Señales externas de la herida o lesión:

Movilidad: Cojera Rigidez o dureza Postura Otra

Aparato de asistencia protésico u ortopédico: _____

¿Problemas con el aparato de asistencia? _____

¿Demuestra su dolor?: Si No

Si su respuesta es si, ¿Cuándo? Al caminar Al estar parado Al estar sentado
 cuando se levanta

Cicatrices visibles: Si No

Si su respuesta es si,

¿Dónde? _____

Mano dominante (si aplica): Derecha Izquierda

Altura: _____ Peso, antes de su lesión/accidente: _____ Peso actual: _____

En general, mis síntomas se han desarrollado: lentamente rápidamente

Mis síntomas ocurren: ocasionalmente seguido

En los últimos seis meses, mis síntomas han: mejorado
 mantenido igual
 empeorado

En resumen: definitivamente estoy mal o enfermo
 posiblemente estoy mal o enfermo
 no estoy mal o enfermo

COMENTARIOS: