



Cuestionario de re entrevista

Nombre: _____ Fecha: _____ Entrevistado por: _____

I. ACTIVIDADES DIARIAS:

¿Ha habido algún cambio en su condicion desde que lo vimos?

¿Qué limitaciones, si las hay, tiene con respecto a las actividades de la vida diaria (por ejemplo, vestirse, arreglarse, higiene, ir al baño)?

¿Hay algunas actividades que su esposo, esposa, o familia le ayuda?-

¿Cómo ha cambiado su papel en su hogar?

¿Puedes conducir un coche? [] Si [] No

¿Puede equilibrar su chequera? [] Si [] No

II. HISTORIA OCUPACIONAL:

¿Está trabajando actualmente? [] Si [] No

Si no, ¿está de baja médica? [] Si [] No

¿Ha sido liberado para volver al trabajo?_____ Si su repuesta es Si, cuando?

Título de trabajo:_____

Describe las limitaciones físicas o mentales que tenga en su trabajo:

Proveedores de tratamiento:

Identifique a los médicos o proveedores de tratamiento que estén más familiarizados con sus problemas recientes. **(Si recomendaron cirugía / rehabilitación, asegúrese de indicar si se ha programado / en curso y con quién / cuándo / dónde / frecuencia, etc.)**

1. Nombre del médico / proveedor: _____

Especialidad: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Frecuencia de visita: _____

Recomendaciones de tratamiento más recientes:

2. Nombre del médico / proveedor: _____

Especialidad: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Frecuencia de visita: _____

Recomendaciones de tratamiento más recientes:

3. Nombre del médico / proveedor: _____

Especialidad: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Frecuencia de visita: _____

Recomendaciones de tratamiento más recientes:

4. Nombre del médico / proveedor: _____

Especialidad: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Frecuencia de visita: _____

Recomendaciones de tratamiento más recientes:

5. Nombre del médico / proveedor: _____

Especialidad: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Frecuencia de visita: _____

Recomendaciones de tratamiento más recientes:

Medicamentos:

Lista todos los medicamentos que toma actualmente, la razón por la que los está tomando, la dosis, la frecuencia y si está ayudando o no. Incluya todos los medicamentos de venta libre.

(Además, si es prn, todavía necesita la dosis / con qué frecuencia / cuándo).

Nombre de medicacion	Razon por tomar	Dosis	Frecuencia	¿Le esta ayudando?
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No
				[] Si [] No

III. HISTORIA PSICOSIAL:

¿Con quién vives ahora?

¿Vives en un [] Casa [] Apartamento [] Hotel [] Otro: _____
Describe su hogar: _____

Describe las barreras arquitectónicas, si las hay:

Local de su hogar: [] Rural [] Urbano [] Suburbio

¿Qué tan lejos es su hogar del trabajo previo (si aplica)? _____

Describe cualquier organización, voluntariado, pasatiempos, intereses de lectura u otras actividades de tiempo libre en las que participó antes del accidente o lesión que **ya no pueda hacer:**

Estado financiero:

¿Estás llegando a fin de mes? _____

¿Recibe (o ha recibido) algún servicio financiado por el estado (es decir, servicios estatales de rehabilitación vocacional o de empleo) o ha recibido fondos de caridad? En caso afirmativo, describa:

¿Ha requerido servicios externos para mantener su hogar (es decir, servicio de limpieza para limpieza, servicio de jardín)? _____

Si es así, ¿con qué frecuencia son estos servicios? _____ ¿Cuánto cuesta? _____

Servicios y síntomas Psicológicos / Psiquiátricos:

¿Está bajo el cuidado de un psiquiatra, psicólogo o consejero? [] Sí [] No

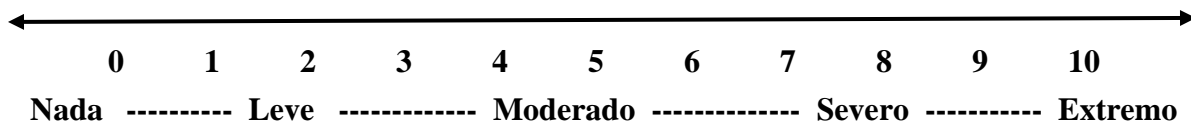
En caso afirmativo, nombre del médico / terapeuta: _____

¿Ha tenido una evaluación psicológica o neuropsicológica previa? [] Sí [] No

En caso afirmativo, nombre del psicólogo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

IV. ENCUESTA DE SÍNTOMAS:



AREA	EJEMPLO	CALIFICACIÓN NUMÉRICA
Resolución de problemas	Planificación, multitarea, seguimiento de pasos	
Hablar, lenguaje, habilidades académicas	Hablar, escribir, hablar, matemáticas, ortografía	
Concentración y conciencia	Distracción, concentración, confusión	
Memoria	Olvido, confiando en listas, necesita recordatorios	
Motor y Coordinación	Vestirse, escribir, AVD, equilibrio, reacción	
Sensorial	Gusto, olfato, vista, entumecimiento, hormigueo, zumbido en los oídos, pérdida de audición (D vs. I)	

